

**指定障害福祉サービス事業所等
指定申請 添付書類様式集**

平成24年2月3日

神奈川県保健福祉部障害福祉課

記載例

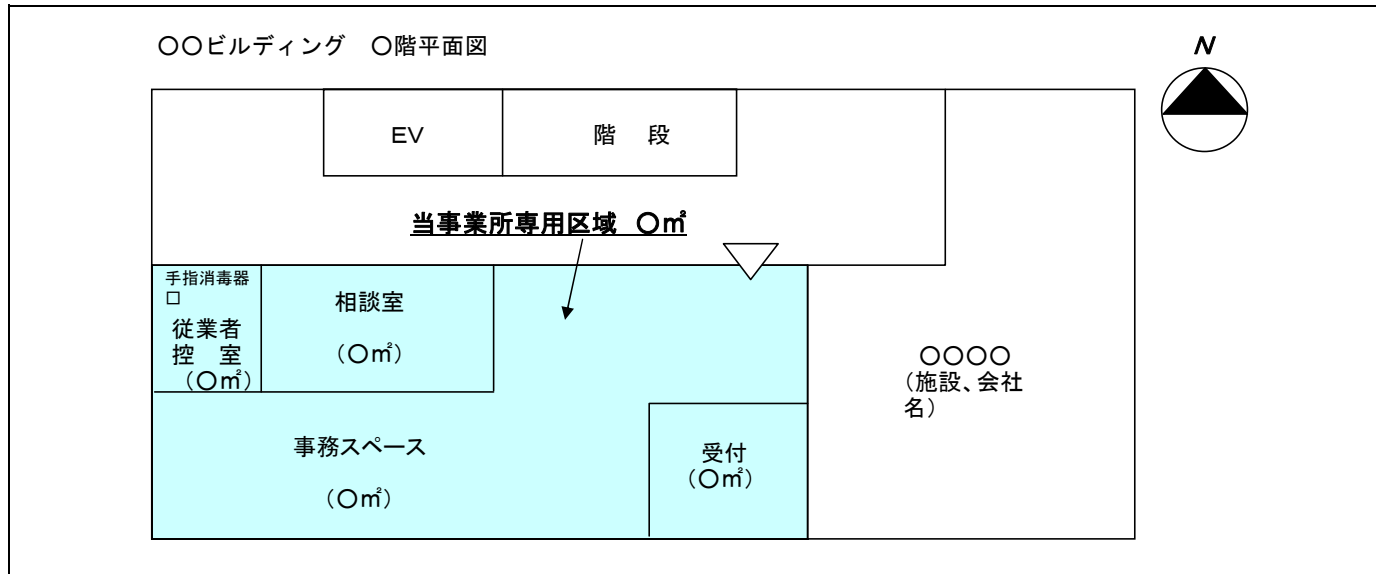
同一又は隣接した場所で他のサービスを実施している場合は、それぞれの配置がわかる位置図等を添付してください。

参考様式1

事業所・施設の平面図

事業所の名称	(申請書記載の名称と同一であること)
--------	--------------------

建物の名称	〇〇ビルディング (ビル、施設等の名称)
構造概要	〇造〇階建 〇階
事業所の共用の有無	(〇〇介護保険事業所と共用等)



- (備考) 1 各室、区画の用途及び面積を記載し、他の事業や施設と共用する場合は、その旨を記載し色分けする等わかりやすく表示してください。
- 2 既製の平面図がある場合にはそれを添付してください。(その場合、A3に縮尺の上、折り込んでください。)
- 3 療養介護事業所、共同生活介護、共同生活援助、短期入所事業所、障害者支援施設においては既製の平面図を添付して下さい。短期入所事業所で、併設事業所の場合は、本体施設の平面図を添付してください。
- 4 事業所の外観及び内部(各室、区画)の写真を添付してください。
- 5 多機能型、従たる事業所や複数の共同生活住居がある場合は、それぞれの位置関係がわかる地図等を添付してください。

記載例

参考様式 2

居室面積等一覧表

事業所の名称	かながわ○△園
サービスの種類	生活介護・施設入所支援

種類 設置階		1 階				2 階				階				階				合 計			
		室数	面積		備考	室数	面積		備考	室数	面積		備考	室数	面積		備考	室数	面積		備考
居室 1室の定員			一人あたり				一人あたり				一人あたり				一人あたり						
1人部屋A	1人	18	10.8㎡	(10.8㎡)				()				()				()		18	194.4㎡		
1人部屋B	1人			()		22	11.6㎡	(11.6㎡)				()				()		22	255.2㎡		
4人部屋	4人	2	48.8㎡	(12.2㎡)				()				()				()		2	97.6㎡		
				()				()				()				()					
				()				()				()				()					
				()				()				()				()					
				()				()				()				()					
				()				()				()				()					
				()				()				()				()					
居室以外																					
食堂		1			共用	1			共用												
特別浴室		1			共用																
一般浴室						1			共用												
洗面所		1			共用	1			共用												
便所		2			共用	2			共用												
訓練・作業室		1			共用																
相談室						1			共用												
多目的室						1			共用												
片廊下幅		(最も狭い個所)		1.55	m	(最も狭い個所)		1.55	m	(最も狭い個所)		m	(最も狭い個所)		m	(最も狭い個所)					
中廊下幅				1.9	m			1.9	m			m			m						
共用する事業所・施設名																					

- 備考 1 設備基準で定められた設備等について、設置階ごとに記載してください。
- 2 居室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも面積に異なる居室がある場合には、それぞれの居室ごとに分けて記入してください。
- 3 「1人あたりの面積」の算出が必要な設備は、面積欄の () 内に記入してください。(算出にあたっては小数点以下第二位を切捨て)
- 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数、面積を記入してください。
- 5 他の事業所、施設と共用がある場合は、備考欄に「共用」と記入し、「共用する事業所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
(様式 1 で添付されている場合は省略可)
- 6 同一の事業所又は施設の他の設備と兼用している場合は「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記載してください。
- 7 施設入所支援の場合は昼間実施するサービスとあわせて記載してください。

記載例

参考様式3

事業所の設備・備品等一覧表

事業所の名称	かながわ〇△園
サービスの種類	生活介護

設備の概要	設備基準上適合すべき項目についての状況	備品の品名及び数量	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要	<div style="border: 2px dashed blue; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>それぞれの施設ごとの設備に関する基準の規定に沿って、配慮した事項等について記載してください。</p> </div>		
例) ・相談室	・室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切りを設けている	机 1、いす 4、パーテーション 2	
非常災害設備等 例) ・消火設備	・消防法に適合したものを備えている。	・消火器 10、スプリンクラー	
<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px;"> <p>通所サービス、共同生活介護、共同生活援助、入所施設、短期入所を実施する場合は、事業所がある地域を所管する消防署に相談し、必要な設備、備品等を備えてください。</p> </div>			

備考 1 申請するサービスの種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」(参考様式2)に記載された項目以外の事項について記載してください。

2 「適合の可否」欄には何も記載しないでください。

記載例

参考様式 4

管 理 者

サービス管理責任者

サービス提供責任者

相談支援専門員

経 歴 書

事業所の名称	かながわ〇△園		
サービスの種類	生活介護		
(管理者の場合で当該管理者が管理する事業所が複数の場合はその全てを記載してください。)			
事業の名称	かながわ〇△園		
サービスの種類	施設入所支援		
フリガナ	かがわいん	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
氏 名	かながわ一郎		
住 所 (自宅)	(〒231-****) 神奈川県平塚市〇〇-〇〇		
電話番号 (自宅)	0463-〇〇-〇〇〇〇		
主な職歴			
期間	勤務先	職務内容	
昭和〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	社会福祉法人△△会特別養護老人ホーム〇△□苑	介護職員	
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	社会福祉法人かながわ福祉会かながわ〇△園	生活支援員	
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	同上	生活支援課長	
職務に関する資格			
資格の種類		資格取得年月日	
介護福祉士		平成〇〇年〇月〇日	
社会福祉士		平成〇〇年〇月〇日	
備考 (研修等の受講の状況等)			

備考

管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員のいずれかを○印で囲ってください。
 管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員についてそれぞれ別葉で提出してください。

記載例

(参考様式5)

見込証明でないときは(見込)を二重線で消すこと

実務経験~~(見込)~~証明書

神奈川県 知事 様

平成 〇年 〇月 〇日

所在地 神奈川県〇〇市〇〇町〇〇-〇〇

名称 社会福祉法人〇△□会

代表者氏名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

法人代表者印を押印

印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	よこはま花子 (生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日)
現 住 所	横浜市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇
施設又は事業所名	〇〇ホーム 施設・事業所の種別 (身体障害者療護施設)
業 務 期 間	平成〇〇年 〇月 〇日 ~平成〇〇年 〇月 〇日 (〇年 〇月間)
上記のうち業務に従事した日数	〇〇〇日
業 務 内 容	職名 (生活支援員) 入所者に対する介護業務

- (注) 1. 見込証明でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。
 2. 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
 業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間(見込においては援助を行うと見込まれる期間)を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
 3. 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、業務内容について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
 4. 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者(代表者)の印を押すこと。

記載例

参考様式 6

利用者（入所者）又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所の名称	かながわ〇△園
サービスの種類	生活介護

措置の概要	
1	<p>利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設窓口（連絡先）、担当者</p> <p>・相談、苦情に関する常設窓口として、相談担当者を設けている。また、担当者不在の場合、事業所の誰もが対応可能なように相談苦情管理対応シートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。常設窓口（電話番号）〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 担当者 〇〇 〇〇（又は〇〇 〇〇）※利用者には、この内容を印刷物で配布し、周知している。</p> <p>・利用者からの苦情に適切に対処するため、当事業所関係者及び利用者以外の中立・公正な「第三者委員」を設置し、双方の間に入って助言を行い、話し合いに立ち会うなど、積極的な役割を果たしてもらっている。「第三者委員」氏名 〇〇 〇〇（弁護士）氏名 〇〇 〇〇（〇〇法人〇〇〇 監事）</p>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順</p> <p>・苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。</p> <p>・相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、対応を決定する。</p> <p>・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。）</p>
※	<p>具体的な対応方針</p>
3	<p>その他参考事項</p> <p>当事業所において、処理し得ない内容についても、適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。</p>

備考 上記は例示であるので、これに関わらず、適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

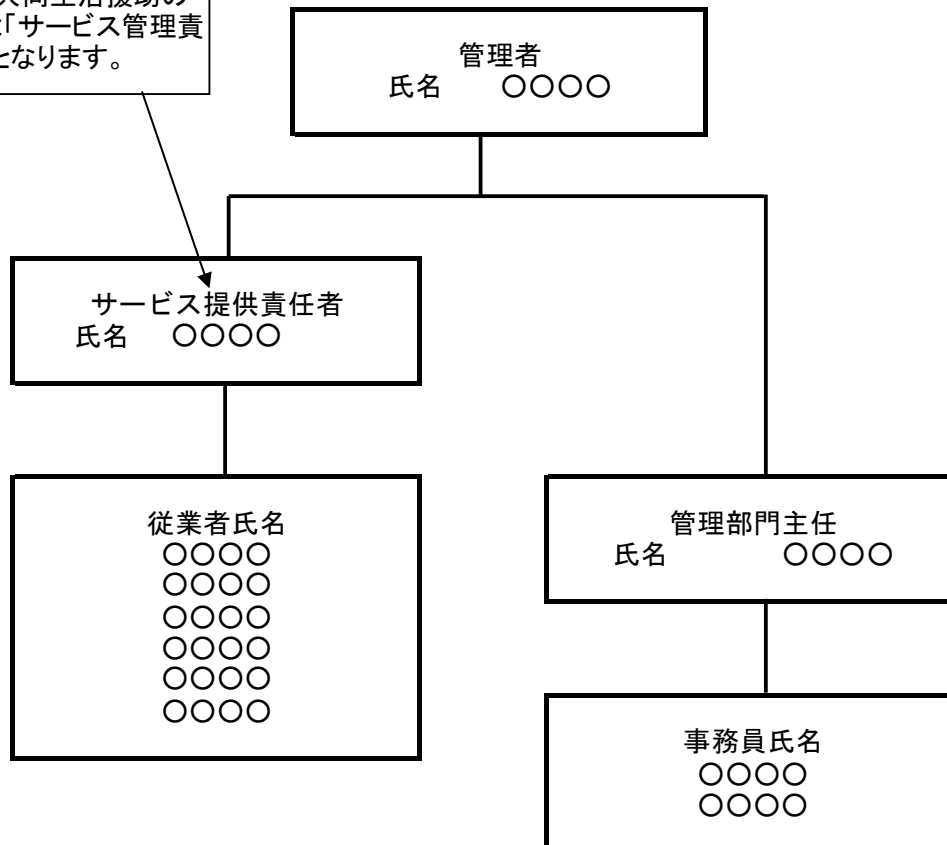
記載例

(参考様式7)

組織体制図

事業所の名称	○△介護サービス
サービスの種類	居宅介護

通所事業所や共同生活介護、共同生活援助の場合は「サービス管理責任者」となります。



備考 既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

記載例

(参考様式 8)

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	○△更生ホーム
サービスの種類	自立訓練（機能訓練）

1 申請に係るサービスの主たる対象者

※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者 (肢体不自由) ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害)
知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者

2 主たる対象者を 1 のとおり特定する理由

前身施設が身体障害者更生施設であり、施設の構造・設備や職員体制が
肢体不自由者の機能訓練に特化したものであるため。

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

記載例

(参考様式 9)

障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成 〇〇年 〇月 〇日

神奈川県知事 様

申請者 所在地 神奈川県横浜市中区〇〇-〇〇
 名称 社会福祉法人かながわ福祉会
 代表者 住所 神奈川県平塚市〇〇-〇〇
 氏名 かながわ一郎



法人代表者印を押印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【障害者自立支援法第 3 6 条第 3 項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係るサービス事業所の従業員の知識及び技能並びに人員が、第 4 3 条第 1 項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第 4 3 条第 2 項の厚生労働省令で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの（※）の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
 （※）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 6 申請者が、第 5 0 条第 1 項又は第 5 1 条の 2 9 第 1 項若しくは第 2 項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過しない者であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者が、第 5 0 条第 1 項又は第 5 1 条の 2 9 第 1 項若しくは第 2 項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第 5 0 条第 1 項又は第 5 1 条の 2 9 第 1 項若しくは第 2 項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 4 6 条第 2 項又は第 5 1 条の 2 5 第 2 項若しくは第 4 項の規定による事業の廃止の届出をした者で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第 4 8 条第 1 項又は第 5 1 条の 2 7 第 1 項若しくは第 2 項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に第 4 6 条第 2 項又は第 5 1 条の 2 5 第 2 項若しくは第 4 項の規定による事業の廃止の届出をした者で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 10 第 8 号に規定する期間内に第 4 6 条第 2 項又は第 5 1 条の 2 5 第 2 項若しくは第 4 項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前 6 0 日以内に当該届出に係る法人の役員等又は当該届出に係る法人でない者の管理者であった者で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前 5 年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第 4 号から第 6 号まで又は第 8 号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 申請者が、法人でない者で、その管理者が第 4 号から第 6 号まで又は第 8 号から第 1 1 号までのいずれかに該当する者であるとき。

記載例

参考様式9別紙

役員等名簿

申請者（法人）名 （社会福祉法人かながわ福祉会）

認め印で可

(ふりがな) 氏 名	生年月日	(ふりがな) 住 所		押印
		TEL	FAX	
かながわ ^{いちろう} 一郎	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけんひらつかし 神奈川県平塚市〇〇-〇〇		押印
	理事長	0463-xx-xxxxxx	0463-xx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	理事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	理事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	理事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	理事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	理事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	理事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	理事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	監事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	監事	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	
〇〇〇〇	昭和〇〇年〇月〇日	かながわけん ^し 神奈川県〇〇市〇〇-〇〇		押印
	管理者	xxx-xxxx-xxxxxx	xxx-xxxx-xxxxxx	

管理者についても押印してください。

注 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他のかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

記載例

参考様式10

協力医療機関との契約の内容

事業所の名称	かながわ〇〇ホーム
サービスの種類	共同生活援助
協力医療機関の名称	医療法人〇〇会 〇〇〇病院
所在地	神奈川県〇〇市△△町〇丁目〇〇番
診療科目	〇〇科、〇〇科、〇〇科
事業所・施設からの距離	〇〇 km (徒歩 〇〇分 車 〇〇分)
契約の内容	<p>(例)</p> <p>協力病院と以下のような契約を結び、緊急時等に対する体制を整えている。</p> <p>1 入居者の緊急な医学的治療を要する際には、迅速に入院、往診の処置を行う。</p> <p>2 日祝日並びに夜間についても、入居者の緊急な医学的治療を要する場合は、直ちに医学的処遇を行うため万全の体制を確保する。</p> <p>3 相互に疑義を生じたときは、双方誠実に協議善処するものとする。</p> <p style="text-align: right;">等</p>

備考 「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。

記 載 例

参考様式11

指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要

事業所の名称	かながわ〇△ホーム
サービスの種類	共同生活援助
連携及び支援を受ける施設の名称	かながわ〇△園
所在地	〇〇市〇〇町〇〇－〇〇
事業所・施設からの距離	〇 km (徒歩 〇分 車 〇分)
連携支援の概要	<p>上記の施設と以下のような連携・支援体制を整えている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 世話人の選定及び世話人の代替要員を確保する。 ・ 入居者に対して食事の提供、健康管理・金銭管理の援助等日常生活に必要な援助を行う。 ・ 世話人の指導、監督、援助、研修を行う。 ・ 緊急時の対応、職場等における問題への対応について、必要な援助を行う。

備考 バックアップ施設のない事業所は、運営法人等との連携体制、支援体制を記載して下さい。

記載例

障害福祉サービス事業等開始届出書

平成〇〇年〇〇月〇〇日

神奈川県知事殿

届出者 住所
氏名

神奈川県〇〇市△△1-1
社会福祉法人×××××
理事長 〇〇 〇〇

表法
者人
印代

次のとおり障害福祉サービス事業等を開始しますので、届け出ます。

1 事業の種類及び内容

種類：生活介護←指定申請書様式の第1号(事業等の種類)と合わせてください。

内容：生活介護計画の作成、食事の提供、入浴又は清拭、身体の介護、機能訓練、創作的活動、生産的活動、余暇活動、健康管理、利用者又は家族に対する相談及び助言
←運営規程(事業所が提供する事業の内容)と合わせてください。

2 経営者の氏名及び住所（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）

住所：神奈川県〇〇町××00-00←指定申請書様式の第1号(主たる事業所の所在地)と合わせてください。

氏名：社会福祉法人××××←指定申請書様式の第1号(申請者の名称)と合わせてください。

理事長 △△ 〇〇 ←指定申請書様式の第1号(代表者)と合わせてください。

3 職員の定数及び職務の内容←運営規程(職員の職種、員数及び職務内容)と合わせてください。

定数：22名

職務：管理者 1名・事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、業所の従業員に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

サービス管理責任者 1名・生活介護計画の作成に関するを行うほか、利用申込者の心身の状況等の把握、利用者の自立した日常生活に向けた検討、他の従業員に対する技術指導又は助言等を行う。

生活支援員 8名・日常生活上の支援、相談、介護を行う。

看護師 3名・利用者の日常生活上の健康管理に関するを行う。

理学療法士 2名・日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。

事務職員 2名・事業所運営に必要な事務を行う。

栄養士 2名・利用者の栄養管理及び食事の献立に関するを行う。

調理員 2名・調理業務に関するを行う。

医師 1名・利用者の日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行う。

4 主な職員の氏名及び経歴←参考様式4経歴書(主な職歴)と合わせてください(1名のみ)。

氏名：〇〇 △△ (管理者)

経歴：平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日

：株式会社〇〇に勤務

- 5 事業を行おうとする区域（市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含みます。）←**運営規程(通常の事業の実施地域)**と合わせてください。

区域：〇〇市全域 及び □□町の一部

- 6 障害福祉サービス事業（療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援（施設を必要とする障害福祉サービスに係るものに限る。）、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援に限る。）を行おうとする者にあつては、当該事業の用に供する施設の名称、種類（短期入所を行おうとする場合に限る。）、所在地及び利用定員

施設名称：生活介護事業所××←**指定申請様式の第1号(指定を受けようとする事業所・施設の種類の名称)**と合わせてください。

所在地：神奈川県〇〇市△△1-1←**指定申請様式の第1号(事業所(施設)の所在地)**と合わせてください。

利用定員：30人←**運営規程(利用定員)**と合わせてください。

- 7 事業開始の予定年月日←**指定申請書様式の第1号(事業等の種類)**と合わせてください。

利用開始：平成〇〇年〇月〇日

備考 1 この届出書は、指定申請書と同時に提出してください

(別紙)

他の法律において既に指定を受けている事業等について

[illegible]

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。
 注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
 注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
 注4 有資格職者は資格を証する書面の写しを添付してください。

指定障害福祉サービス事業所管理者誓約書

「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省令第171号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当指定障害福祉サービス事業所の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

平成〇〇年 〇月 〇日

神奈川県知事 様

事業者名 社会福祉法人かながわ福祉会

代表者氏名 かながわ一郎

事業所名 ○△介護サービス

管理者氏名 かながわ一郎

法人代表者印を押印

管理者の認印を押印

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準【抜粋】

■指定居宅介護事業所の場合

（管理者及びサービス提供責任者の責務）

第30条 指定居宅介護事業所の管理者は、当該指定居宅介護事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定居宅介護事業所の管理者は、当該指定居宅介護事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

*第30条は、重度訪問介護、同行援護及び行動援護事業所に係る指定障害福祉サービスの事業について準用されています。

■指定居宅介護事業所以外の指定障害福祉サービス事業所の場合

（管理者の責務）

第66条 指定療養介護事業所の管理者は、当該指定療養介護事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定療養介護事業所の管理者は、当該指定療養介護事業所の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

*第66条は、以下の指定障害福祉サービスの事業について準用されています。

生活介護、児童デイサービス、短期入所、重度障害者等包括支援、共同生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、共同生活援助。

指定障害者支援施設等管理者誓約書

「障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省令第172号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当指定障害者支援施設の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

平成〇〇年 〇月 〇日

神奈川県知事 様

事業者名 社会福祉法人かながわ福祉会

代表者氏名 かながわ一郎

施設名 かながわ〇△園

管理者氏名 かながわ一郎

法人代表者印を押印

管理者の認印を押印

障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準【抜粋】

（管理者による管理等）

第40条

（第1項 略）

- 2 指定障害者支援施設等の管理者は、当該指定障害者支援施設等の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行わなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等の管理者は、当該指定障害者支援施設等の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。