

現在の事業に変更事項が  
発生した場合の手続と届出の方法

2012年4月 適用版

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部  
障害サービス課

## 現在の事業に変更が発生した場合の手続きと届出の方法

### 1 変更の届出

- (1) 指定障害福祉サービス事業所、施設は次に掲げる事項に変更があった場合、変更の日から10日以内に県に届け出る必要があります。
- (2) 変更届の提出に当たって、それぞれ添付書類があります（表1）ので、変更届（様式第2号）に添付して提出してください。
- (3) 管理者の変更の場合は、個別に予約の上、簡単な面接を行いますので障害サービス課事業支援グループまでお問い合わせください。

表1

	変更の届出を要する事項	必要な添付書類(いずれも変更後のもの)	備考
1	事業所（施設）の名称	運営規程	
2	事業所（施設）の所在地 （設置の場所） （グループホーム、ケアホームの共同生活住居追加の場合も該当します）	運営規程 事業所・施設の平面図 居室面積等一覧表 事業所の設備・備品の一覧表 事業所の外観及び内部の写真 建物賃貸借契約書 各付表	電話番号、FAX番号も変更になっている場合は、変更届に記載してください。
3	申請者の名称 （申請法人の名称）	定款 登記事項証明（履歴事項全部証明書） 運営規程	複数の事業所がある場合は、定款、登記事項証明書は1部の添付でかまいません。
4	主たる事務所の所在地 （法人の所在地）	定款 登記事項証明（履歴事項全部証明書）	電話番号、FAX番号も変更になっている場合は、変更届に記載してください。
5	代表者の氏名及び住所（法人の代表者）	登記事項証明（履歴事項全部証明書）	
6	定款・寄付行為等およびその登記簿の謄本又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る）	定款 登記事項証明（履歴事項全部証明書）	
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要	事業所・施設の平面図 居室面積等一覧表 事業所の設備・備品の一覧表 事業所の外観及び内部の写真 建物賃貸借契約書 各付表	
8	事業所（施設）の管理者に氏名及び住所	管理者の経歴書 管理者誓約書	管理者の変更の場合は、予約の上簡単な面接を行います。
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所	サービス提供責任者の経歴書 資格証明書の写し 実務経験証明書	資格がヘルパー2級である場合は、3年以上の実務経験証明書が必要です。 ※行動援護のサービス提供責任者は5年以上の実務経験証明書が必要です。
10	事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所（相談支援専門員が変更になる場合も該当）	サービス管理責任者（相談支援専門員）の経歴書 各研修の修了証 実務経験証明書	

11	主たる対象者	運営規程 主たる対象者を特定する理由等	
12	運営規程（定員変更も運営規程の変更になります。生活介護、就労継続支援B型、障害者支援施設の定員変更に関しては1.（3）（4）を参照）	運営規程 定員変更に伴い、従業員の配置変更などがある場合は、組織体制図、勤務体制表も添付してください。	定員変更の場合は、「介護給付費等算定に係る体制に関する届出書」も同時に提出してください。
13	介護給付費等の請求に関する事項	添付書類は特になし	
14	事業所の種別（併設型・空床型の別）	運営規程	
15	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所の定員	運営規程	
16	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	協力医療機関との契約内容	
17	知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要	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	
18	当該申請に係る事業の開始予定年月日	添付書類は特になし	
19	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要	併設施設の変更が分かる書類	
20	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	入所施設及び病院の変更が分かる書類	

#### （４）生活介護、就労継続支援B型事業所の定員を増加させる場合の手続き

生活介護、就労継続支援B型事業所が、利用定員を増加させる場合は変更申請となります。変更申請書（様式1－2号）とともに、添付書類（表2）を添付して、変更の前月15日までに提出してください。

なお、変更申請を行うにあたり、障害福祉計画との整合性を図った結果、場合によって指定権者は変更指定をしないことができるとされています。（障害者自立支援法第37条第2項）

表2

	必要な添付書類（いずれも変更後のもの）	備考
生活介護 就労継続 支援B型  共通	事業所の名称及び設置の場所	変更申請書に記載欄があります。
	申請者の名称（申請法人の名称）	
	主たる事務所の所在地	
	代表者の氏名及び住所	
	事業所・施設の平面図	定員を増加させたい月の前月15日までに変更申請をする必要があります。
	居室面積の一覧表	
	事業所の設備・備品の一覧表	
	運営規程	
	変更申請に係る事業に係る従業員の勤務体制、組織体制図	
	各付表	「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」も同時に提出してください。

※ 生活介護・就労継続支援B型事業所が、利用定員増加以外の変更をする場合は、変更届を（様式2号）を使用し、表1に示す添付書類を添付して提出してください。

(5) 障害者支援施設の昼間実施サービスの種類の変更、生活介護の定員を増加させる場合の手続き

障害者支援施設の昼間実施サービスにおいて、以下に示す事項(①、②)の変更の際は、変更申請となりますので、変更申請書(様式第1-2号)とともに、添付書類(表3)を添付して提出してください。

なお、変更申請を行うにあたり、障害福祉課との整合性を図った結果、場合によって指定権者は変更指定を変更指定をしないことができるとされています。(障害者自立支援法第37条第2項)

- ① 昼間実施サービスの種類の変更
- ② 入所定員(生活介護に係るものに限る)の増加

表3

	必要な添付書類(いずれも変更後のもの)	備考
①、②共通	事業所の名称及び設置の場所 申請者の名称(申請法人の名称) 主たる事務所の所在地 代表者の氏名及び住所	変更申請書に記載欄があります。  変更したい月の前月15日までに変更申請をする必要があります。  「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」も同時に提出してください。
	事業所・施設の平面図	
	居室面積の一覧表	
	事業所の設備・備品の一覧表	
	事業所の外観及び内部の写真	
	建物賃貸借契約書	
	利用者の推定数(付表に記載します)	
	運営規程	
	変更申請に係る事業に係る従業員の勤務体制、組織体制図	
	変更するサービスの付表	

※ 障害者支援施設が、(5)以外の変更をする場合は、変更届を(様式第2号)を使用し、表1に示す添付書類を添付して提出してください。

## 2 各種加減算の算定に変更がある場合の手続き

- (1) 各種加減算を新たに算定する、算定が終了する場合、あるいは加減算の種類が変更になる場合は、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」の提出が必要です。
- (2) 毎月15日までに届出があった場合、翌月から適用になりますが(加算される場合)、16日以降の届出に関しては、翌々月からの適用になります。ただし減算になる場合は15日以降でも翌月からの適用となります。

※ 定員変更や職員の配置に伴い、加減算の定員規模が変わる場合や、サービス費が変更になる場合、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」の提出が未提出である事業所が多く見られますので、ご注意ください。

提出書類は「障害福祉情報サービスかながわ(<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>)」→「書式ライブラリ」→「8. 変更届・体制届等様式」→「2. 体制等に関する届出様式」に掲載されています。

- (3) 療養介護、生活介護、児童デイサービス、共同生活援助(GH)、共同生活介護(CH)、施設入所支援、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型は、通常年度当初に前年度実績により算定するサービス費を決定します。算定するサービス費の見直しに当たっては、県より必要書類の提出などをその都度お知らせします。

### 3 事業を廃止・休止・再開する場合の手続き

- (1) 指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、旧法施設が事業を廃止・休止・再開（施設においては、指定の辞退）を行う場合は、県に届け出る必要があります。
- ※ 休止期間は最長3ヶ月としてください。期間が終了した後、継続して休止する場合、再度県に届け出る必要があります。
- (2) 旧法施設（旧身体障害者/知的障害者更生施設・授産施設・療護施設等）が新体系の事業所に移行する場合は、3ヶ月前までに「指定の辞退届」が必要になります。  
また、この場合、指定の辞退の理由には「新体系に移行のため」であることと「移行後のサービスの種類」を明記して下さい。

(3) 必要な書類

	サービス種類	提出の必要がある届出書類	提出期限	備考
1	指定障害福祉サービス事業所	様式第3号	廃止・休止とする日の1ヶ月前	
2	指定障害福祉サービス事業所	様式第3号	再開の日から10日以内	再開する場合で、勤務体制、勤務形態が休止前と異なる場合は、組織体制図（参考様式7）、勤務体制（別紙2）を添付して下さい。
3	旧法施設・障害者支援施設	様式第4号	指定を辞退する日の3ヶ月前まで	

### 4 指定の取消し等

- (1) 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定障害福祉福祉サービス事業所の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部もしくは一部の効力を停止することができます。（障害者自立支援法第50条）

1	指定障害福祉サービス事業者が、第36条第3項第4号、第5号、第12号又は第13号のいずれかに該当するに至ったとき。
2	指定障害福祉サービス事業者が、第42条第3項の規程に違反したと認められるとき。
3	指定障害福祉サービス事業者が、第43条第1項の厚生労働省令で定める基準を満たすことができなくなったとき。
4	指定障害福祉サービス事業者が、第43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及び運営に関する基準に従って適正な指定障害福祉サービスの事業の運営をすることができなくなったとき。
5	介護給付費若しくは訓練等給付費又は療養介護医療費の請求に不正があったとき。
6	指定障害福祉サービス事業者が、第48条第1項の規程により報告又は帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。
7	指定障害福祉サービス事業者又は当該指定に係るサービス事業所の従業者が第48条第1項の規程により出頭を求められてこれに 응 ぜず、同項の規程による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規程による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定に係るサービス事業所の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定障害福祉サービス事業者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。
8	指定障害福祉サービス事業者が、不正の手段により第29条第1項の指定を受けたとき。
9	前各号に掲げる場合のほか、指定障害福祉サービス事業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又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき。

10	前各号に掲げる場合のほか、指定障害福祉サービス事業者が、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とき。
11	指定障害福祉サービス事業者が法人である場合において、その役員等のうちに指定の取り消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前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があるとき。
12	指定障害福祉サービス事業者が法人でない場合において、その管理者が指定の取り消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前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。

- (2) 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定一般相談支援事業所の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部もしくは一部の効力を停止することができます。（障害者自立支援法第51条の2第1項1～11号）

書類は「障害福祉情報サービスかながわ（<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>）」の「書式ライブラリ」に掲載されています。具体的な場所は以下の表のとおりですので、ダウンロードした上で、必要事項を記入してください。

変更届（様式2号）	「書式ライブラリ」 ⇒「8. 変更届・体制届等様式」 ⇒「1. 変更等に関する届出様式」 ⇒登録日付：2006/12/20 文書名：『変更・廃止・休止・再開・辞退届様式』
廃止・休止・再開届（様式3号）	
指定辞退届（様式4号）	
変更申請書（様式1～2号）	
添付書類	「書式ライブラリ」 ⇒「7. 事業所指定申請書様式」 ⇒「1. 障害福祉サービス事業等」 ⇒登録日付：2007/02/28 文書名：『指定申請 添付書類様式』
各付表	「書式ライブラリ」 ⇒「7. 事業所指定申請書様式」 ⇒「1. 障害福祉サービス事業等」 ⇒登録日付：2006/10/09 文書名：『指定障害福祉サービス事業者等指定申請書様式』
介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	「書式ライブラリ」 ⇒「8. 変更届・体制届等様式」 ⇒「2. 体制等に関する届出様式」 ⇒登録日付：2011/03/23 文書名：『介護給付費算定に係る体制等に関する届出書【届出様式①】・【届出様式②】』

## 5 変更手続きに関する問合せ・書類の郵送先

### 問合せ先

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課事業支援グループ  
TEL 045-210-4732  
FAX 045-201-2051

### 書類の郵送先

〒231-8588  
神奈川県横浜市中区日本大通1  
神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課事業支援グループ



記載例

指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設、  
指定相談支援事業者)変更届出書

平成 24 年 ○ 月 ○ 日

神奈川県知事 殿

所在地 神奈川県横浜市中区日本大通1  
事業者名称 社会福祉 かながわ福祉会  
(施設の設置者) 代表者 神奈川 一郎

印

法人代表者印を押印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

	事業所番号	1	4	1	0	4	*	*	*	*	*	サービス種類コード	2	2
指定内容を変更した事業所(施設)	名称	デイセンター かながわ												
	所在地	神奈川県横浜市中区日本大通1												
	サービスの種類	生活介護												
変更があった事項		変更の内容												
1 事業所(施設)の名称		(変更前)												
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)														
3 申請者(設置者)の名称		管理者 かわさき 次郎												
4 主たる事務所の所在地														
5 代表者の氏名及び住所		〒 000-**00 住所 神奈川県川崎市川崎区宮本町1番地												
6 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)														
7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要														
8 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所														
9 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所														
10 事業所のサービス管理責任者の氏名及び住所														
11 主たる対象者														
12 運営規程		(変更後)												
13 介護給付費等の請求に関する事項														
14 事業所の種別(併設型・空床型の別)		管理者 よこすか 花子												
15 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員		〒 111-**11 住所 神奈川県横須賀市小川町11												
16 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容														
17 知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要														
18 当該申請に係る事業の開始予定年月日														
19 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要														
20 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要														
変更年月日		平成 24年 ○月 ×日												

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容がわかる書類を添付してください。  
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

省令等で規定する届出事項について、  
変更が生じた場合、この様式を用いて、  
届出を行うこと。

## 記載例

指定障害福祉サービス事業者(指定相談支援事業者)廃止  
(休止・再開)届出書

平成24年 ○月 ○日

神奈川県知事 殿

住 所 神奈川県横浜市中区日本大通1  
 事 業 者 名 称 社会福祉法人 かながわ福祉会  
 代 表 者 理事長 かながわ 一郎

いずれかの項目に必ず  
○をつけてください。

印

法人代表者印を押印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

事業所番号	1	4	1	2	6	*	*	*	*	*	サービス種類コード	1	1
名 称	かながわ福祉会さがみはらヘルパーステーション												
所 在 地	神奈川県相模原市中央2-11-15												
サ ー ビ ス の 種 類	居宅介護												
廃止(休止・再開)する事業所													
廃止・休止・再開した年月日	平成24年 ○月 △日												
廃止・休止した理由	法人の事業再編により当該事業所を閉鎖するため。												
現に指定障害福祉サービスを受けていた者 に対する措置(廃止・休止した場合のみ)	全利用者(契約者)に対し、利用可能な近隣事業所を紹介し、契約を締結し、途切れなくサービスが提供されるよう連絡、調整等の措置を行い、 手続が完了したことを確認した。												
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日												

(注) 1 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前  
と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

- 2 廃止・休止とする日から1ヶ月前に届け出てください。
- 3 再開の日から10日以内に届け出てください。

休止期間は1年以内としてください。  
 休止期間終了後、廃止する場合は『廃止届』を、休止を継続する場合は再度  
 『休止届』を提出してください。

事業を廃止、休止、再開する場合はこの書式を提出すること。



(様式第4号)

## 記載例

### 指定障害者支援施設指定辞退届出書

平成24 年 ○ 月 ○ 日

神奈川県知事 殿

住 所 神奈川県横浜市中区日本大通1  
設 置 者 名 称 社会福祉法人 かながわ福祉会  
代 表 者 理事長 かながわ 一郎

印

法人代表者印を押印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

事業所番号	1	4	1	2	*	*	*	*	*	*	サービス種類コード	3	2
指定を辞退する施設	名 称 ひらつか〇〇園												
	所 在 地 神奈川県平塚市〇〇町1-1												
	施 設 の 種 類 指定障害者支援施設												
指定を受けた年月日	平成 ○△年 △月 △日												
指定を辞退する年月日	平成 ○×年 ×月 ×日												
指定を辞退する理由	法人の事業再編により当該施設を閉鎖するため												
現に施設に入所している者に対する措置	全利用者(契約者)に対し、利用可能な近隣事業所を紹介し、契約を締結し、途切れなくサービスが提供されるよう連絡、調整等の措置を行い、手続きが完了したことを確認した。												

(注)指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

指定障害者支援施設および旧法指定施設が指定を辞退する際は、当該書式を用い、指定を辞退する日の3ヶ月前までに届け出ること。

## 記載例

(様式第1-2号)

生活介護・就労継続B型で、特定の変更事由が発生した場合は、この様式を使います。

受付番号

該当するものに○をつけてください。

特定障害福祉サービス事業所  
指定障害者支援施設

変更指定申請書

平成24年 4月 10日

神奈川県知事 殿

該当するものに○をつけてください。

申請者  
(設置者)

所在地 横浜市中区日本大通1  
名称 かながわ福祉会  
代表者 かながわ一郎

印

法人代表者印を押印

障害者自立支援法に規定する○特定障害福祉サービス事業所(指定就労継続支援B型事業所・生活介護事業所)  
☐ 指定障害者支援施設に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン カナガワフクシカイ			
	名称	社会福祉法人 かながわ福祉会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 231 — 8588 ) 神奈川県 横浜 郡(市) 中区 日本大通1			
	法人である場合その種別	社会福祉法人	法人所轄庁	神奈川県	
	連絡先 電話番号	045-210-1111	FAX 番号	045-210-****	
	代表者の職・氏名	職 名 理事長	フリガナ 氏 名	カナガワイチロウ	
	代表者の住所	(郵便番号 231 — 0001 ) 神奈川県 横浜 郡(市) 中区 〇〇町2-4-1			
	変更指定を受けようとする事業所番号	フリガナ	カナガワフクシカイ カナガワフクシエン		
名称		かながわ福祉会 かながわ福祉園			
事業所(施設)の所在地		(郵便番号 231 — 8588 ) 神奈川県 横浜 郡(市) 中区 日本大通1			
変更指定を受けようとする事業所番号		1400000000	変更指定を受けようとするサービス種類	生活介護	
変更の内容		変更前 定員20名	変更後	定員35名に増加。定員増と併せて生活介護事業所の作業スペースを追加	
同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	
指定障害福祉事業所の場合		生活介護	○	付表3	
		指定障害福祉事業所			
		指定障害福祉事業所			
		指定障害福祉事業所			
障害者支援施設の場合	生活介護	○			
	就労移行支援	○			
	自立訓練(生活)		平成24年5月1日	付表10	
	障害者支援施設				
同一の法律においてすでに指定を受けている場合	事業所番号(10桁)		サービス種類	サービス名	
	1 4 * * * * * * * *	— 5 1	相談支援		
	1 4 * * * * * * * *	— 3 1	共同生活介護		

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。
- 「同一の法律においてすでに指定を受けている場合」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

このファイルには、

- 「管理者の変更」
- 「相談支援専門員の変更」
- 「サービス管理責任者の変更」
- 「サービス提供責任者の変更」

の際に、変更届出書(様式第二号)に添付する書類を掲載しています。



### 変更届出書(様式第二号)に添付する書類

#### ● 管理者の変更…

- 1「経歴書」
- 2「管理者誓約書」

ただし、障害者支援施設は「指定障害者支援施設等」用、相談支援事業所は「指定相談支援事業所」用、その他のサービスは「指定障害福祉サービス事業所」用の「管理者誓約書」を使用して作成してください。

#### ● 相談支援専門員の変更…

- 1「経歴書」
- 2「実務経験証明書」
- 3 ※下記①～⑤のパターンに該当する修了証のコピー

- ①「平成17年度までの障害者ケアマネジメント研修」+「相談支援従事者研修(追加研修)」
- ②「神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 障害児者支援課程(平成16年度、17年度修了者のみ)」+「相談支援従事者研修(追加研修)」
- ③「神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 障害児者支援課程(平成18年度修了者以降)」
- ④「相談支援従事者初任者研修」
- ⑤「相談支援従事者現任研修」

## ● サービス管理責任者の変更…

1「経歴書」

2「実務経験証明書」

3 ※下記①～④のパターンに該当する修了証のコピー

(ただし平成25年3月31日までは下記研修未修了でも、実務経験が要件を満たす場合はサービス管理責任者になることができます。)

①「平成17年度までの障害者ケアマネジメント研修」+「相談支援従事者研修(追加研修1日コース)」+「サービス管理責任者研修(分野別)」

②「相談支援従事者研修(補足研修2日コース)」+「サービス管理責任者研修(分野別)」

③「相談支援従事者初任者研修」+「サービス管理責任者研修(分野別)」

④「サービス管理責任者補足研修(2日コース)」+「サービス管理責任者研修(分野別)」

⑤「平成17年度までの障害者ケアマネジメント研修」+「サービス管理責任者補足研修(1日コース)」+「サービス管理責任者研修(分野別)」

## ● サービス提供責任者の変更…

1「経歴書」

2「実務経験証明書」(ヘルパー2級の場合のみ)

3「資格証のコピー」

**注** 実務経験証明書は原則原本の提出となりますが、事情によりコピー等の提出になる場合は個別にお問合せください。

**注** その他の変更による添付書類は、「障害福祉情報サービスかながわ」→「書式ライブラリ」→「7. 事業所指定申請書様式」([http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/liblary/L\\_Result.asp?topid=6](http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/liblary/L_Result.asp?topid=6))→「1. 障害福祉サービス事業所等」の中に掲載されていますのでダウンロードしてください。



平成24 .2.1 神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部障害サービス課事業支援グループ

# 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 従事した日数を必ず記入してください。
業 務 内 容	職名 ( 生活支援員 ) 管理者はここでは該当になりませんので兼務していた他の職名があれば記入してください。 入所者に対する介護業務 上記職名に関する具体的な支援内容を記入してください。

- (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。  
 5. 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。



# 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 年 月 日

神奈川県知事 様

事業者名（開設法人名）

法人代表者印

代表者氏名

印

事業所名

個人印

管理者氏名

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 年 月 日

神奈川県知事 様

事業者名（開設法人名）

法人代表者印

代表者氏名

印

施設名

個人印

管理者氏名

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。