

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

※横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市に所在する指定障害福祉サービス事業者等については、各市にお問い合わせください。

2012年12月 改訂版

神奈川県保健福祉局福祉・次世代育成部
障害サービス課 事業支援グループ

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、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業所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（政令市・中核市に所在する事業所は各市）に届け出る必要があります。
- (2) 変更届出書の提出に当たって、それぞれ添付書類があります（表1）ので、変更届出書（様式第2号）に添付して提出してください。
- (3) 県域に所在する事業所の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。
※ 横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市に所在する事業所は、取扱いが異なる場合がありますので、事業所が所在する市に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、変更届出書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、変更届出書に記載してください。
5	代表者の氏名、生年月日及び住所 （法人の代表者）	登記事項証明（履歴事項全部証明書） 障害者自立支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書（指定障害福祉サービス、指定障害者支援施設の場合） 障害者自立支援法第51条の19第2項において準用する同法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書（指定一般相談支援の場合） 役員等名簿	役員等名簿は変更に係る代表者のみについて記載してください。
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）の管理者の氏名、生年月日及び住所	管理者の経歴書 管理者誓約書 役員等名簿	・管理者の変更の場合は、予約の上簡単な面接を行います。 ・障害者自立支援法第36条第3項各号（一般相談は第51条の19第2項）の規定に該当しない旨の誓約書は省略可としますが、同号の規定に該当しないことを法人代表者は必ず確認すること。

	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
9	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所	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、生年月日及び住所（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.（4）（5）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	障害者支援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	
21	役員の氏名、生年月日及び住所	役員等名簿	・役員等名簿は変更に係る役員のみについて記載してください。 ・障害者自立支援法第36条第3項各号（一般相談は第51条の19第2項）の規定に該当しない旨の誓約書は省略可としますが、同号の規定に該当しないことを法人代表者は必ず確認すること。
22	指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日及び住所	指定地域相談支援の提供に当たる者の経歴書	

(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指定変更申請となりますので、指定変更申請書（様式第1ー2号）とともに、添付書類（表2）を添付して、変更の前月15日までに申請してください。

県域に所在する事業所の場合は、障害サービス課事業支援グループに事前に予約の上、来庁してください。

※ 横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市に所在する事業所は、取扱いが異なる場合がありますので、事業所が所在する市にお問い合わせください。

なお、指定変更申請を行うに当たり、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指定の変更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 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	指定変更申請書に記載欄 があります。 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。 「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	
	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	

※ 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、変更届出書（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。

例）定員を減員させる場合等

(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、指定変更申請となりますので、指定変更申請書（様式第1ー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。

県域に所在する事業所の場合は、障害サービス課事業支援グループに事前に予約の上、来庁してください。

※ 横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市に所在する事業所は、取扱いが異なる場合がありますので、事業所が所在する市にお問い合わせください。

なお、指定変更申請を行うに当たり、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指定の変更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	指定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、変更届出書（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」を県（政令市・中核市に所在する事業所は各市）に提出する必要があります。
- (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」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」→「1. 神奈川県からのお知らせ」→「3 事業所指定更新、変更申請(届)、体制届様式等（障害者自立支援法関係）」に掲載されています。
（様式は改正等により、随時更新されています。必ず最新の届出書をダウンロードしてください。）
- (3) 療養介護、生活介護、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及び指定一般相談支援事業所が事業を廃止（施設においては、指定の辞退）・休止・再開を行う場合は、県（政令市・中核市に所在する事業所は各市）に届け出る必要があります。
- (2) 廃止・休止しようとするときは、**廃止・休止の日の1ヶ月前まで**に県（政令市・中核市に所在する事業所は各市）に届け出る必要があります。
- ※ 休止期間は最長6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。
- (3) 再開したときは、**再開した日から10日以内**に県（政令市・中核市に所在する事業所は各市）に届け出る必要があります。

表4 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・指定一般相談支援事業所	様式第3号	廃止・休止とする日の1ヶ月前	廃止・休止しようとする理由を具体的に記載してください。 現に指定障害福祉サービス等を受けている者に対する措置についても具体的に記載してください。
2	指定障害福祉サービス事業所・指定一般相談支援事業所	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）を添付してください。
3	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29第1～11号）

5 各種書類をダウンロードするにあたって

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。具体的な場所は次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。

変更届出書（様式第2号）	「書式ライブラリ」 ⇒「1. 神奈川県からのお知らせ」 ⇒「3. 事業所指定更新、変更申請(届)、体制届様式等（障害者自立支援法関係）」 ⇒登録日付：2012/11/21 文書名：『2-2 変更・廃止・休止・再開・辞退届様式』
廃止・休止・再開届出書（様式第3号）	
指定辞退届出書（様式第4号）	
指定変更申請書（様式第1～2号）	
添付書類 （管理者、相談支援専門員、サービス管理責任者、サービス提供責任者、指定地域相談支援の提供に当たる者、代表者、役員の変更に必要な添付書類の様式と記載例）	「書式ライブラリ」 ⇒「3. 事業所指定更新、変更申請(届)、体制届様式等（障害者自立支援法関係）」 ⇒登録日付：2012/11/21 文書名：『2-3 変更届に必要な添付書類様式』
添付書類 （上記以外の添付書類の様式）	「書式ライブラリ」 ⇒「1. 神奈川県からのお知らせ」 ⇒「2. 事業所新規指定申請様式等（障害者自立支援法関係）」 ⇒登録日付：2012/11/21 文書名：『4-1 添付書類・参考資料様式等』
各付表	「書式ライブラリ」 ⇒「1. 神奈川県からのお知らせ」 ⇒「2. 事業所新規指定申請様式等（障害者自立支援法関係）」 ⇒登録日付：2012/11/21 文書名： 『3-1 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書様式等(Excel2007,2010版)』 『3-2 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書様式等(Excel2003版)』 ※ お使いのエクセルのバージョンに合わせて使用してください。 内容はどちらも同じです。

<p>介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書</p>	<p>「書式ライブラリ」 ⇒「1. 神奈川県からのお知らせ」 ⇒「3. 事業所指定更新、変更申請(届)、体制届様式等 (障害者自立支援法関係)」 ⇒登録日付：2012/11/22</p> <p>文書名： 『3-1 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書①』 『3-3 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書②』 『3-5 介護給付費算定に係る体制等に関する届出書③』</p>
------------------------------	--

6 変更手続きに関する問合せ・書類の郵送先（県域に所在する事業者）

※横浜市・川崎市・相模原市・横須賀市に所在する事業者は各市の所管課にお問い合わせください。

問合せ先

神奈川県保健福祉部障害サービス課 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

◆よくあるお問い合わせ

Q1 事業所の所在地が変わったので変更届を出したいが、付表の様式はどこにあるの？

A1 「付表」は新規申請書様式に含まれています。新規申請書様式をダウンロードする際には、マクロを有効にした上で、各サービス種類に応じた付表を表示させてください（「4 各種書類をダウンロードするにあたって」をご参照ください）。

Q2 事業所の所在地は、県域だが、法人の主たる事務所が政令市・中核市に所在する場合、政令市・中核市にも届出を行う必要はある？

A2 届出は事業所単位で行っていただくものです。障害者自立支援法に基づく、変更等の各種届出は、事業所所在地を所管する指定権者に届出を行ってください。
法人の主たる事務所が政令市・中核市に所在していても、事業所の所在地が県域の場合の変更届等は、神奈川県に届け出る必要があります。

(様式第2号)

記載例

変 更 届 出 書

平成○年 ○月 ○日

神奈川県知事 殿

所在地 神奈川県秦野市大通1
事業者名 社会福祉 かながわ福祉会
(施設の設置者) 代表者氏名 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	デイセンター かながわ																									
	所在地	神奈川県秦野市大通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)														管理者 ふくし 次郎													
3 申請者(設置者)の名称														住所 〒243-****													
4 主たる事務所の所在地														神奈川県愛川町○○1番地													
5 代表者の氏名、生年月日及び住所														生年月日 昭和○年○月○日													
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、生年月日及び住所																											
9 事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所																											
10 事業所のサービス管理責任者・相談支援専門員の氏名、生年月日及び住所																											
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														管理者 ふじさわ 花子													
14 事業所の種別(併設型・空床型の別)														住所 〒251-****													
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														神奈川県藤沢市○○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														生年月日 昭和○年○月○日													
17 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																											
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																											
21 役員の氏名、生年月日及び住所																											
22 指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日及び住所																											
変更年月日														平成 ○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

廃止・休止・再開届出書

平成○年 ○月 ○日

神奈川県知事 殿

所在地 神奈川県秦野市大通1
 事業者名称 社会福祉法人 かながわ福祉会
 代表者氏名 理事長 かながわ 一郎

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
廃止(休止・再開)する事業所	名称	かながわ福祉会ヘルパーステーション												
	所在地	神奈川県真鶴町〇〇12												
	サービスの種類	居宅介護												
廃止(休止・再開)年月日		平成○年 ○月 ○日												
廃止(休止)の理由		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る者に対する措置 (廃止又は休止の場合のみ記入してください。)		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員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・休止する場合は、廃止しようとする日の1ヶ月前までに届け出てください。

3 再開する場合は、再開した日から10日以内に届け出てください。

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 辞 退 届 出 書

平成○年 ○月 ○日

神奈川県知事 殿

所在地 神奈川県秦野市大通1
設置者名称 社会福祉法人 かながわ福祉会
代表者氏名 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・就労継続支援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

指定変更申請書

平成○年 ○月 ○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
名称 秦野市大通1
代表者 かながわ福祉会
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の指定の変更を、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シン 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 257 — ****) 神奈川県 秦野 郡・市				
	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	0463-82-****	FAX 番号	0463-82-****		
	代表者の職・氏名	職 名 理事長	フリガナ	カナガワイチロウ	氏 名 かながわ一郎	
変更指定を受けようとする事業所	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				
	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 257 — ****) 神奈川県 秦野 郡・市 大通1				
	変更指定を受けようとする事業所番号	14*****	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	変更予定年月日 平成○年○月1日		
指定障害福祉事業所の場合	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	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日
	生活介護	○		付表3		
	障害者支援施設					
	障害者支援施設					
	障害者支援施設					
	障害者支援施設					
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21年10月1日	付表10		
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 1 * * * * *				〇〇〇〇	

(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」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「特定非営利活動法人」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」
- 「指定地域相談支援の提供に当たる者の変更」

の際に、変更届出書(様式第2号)に添付する書類を掲載しています。



変更届出書(様式第2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、一般相談支援事業所は「指定一般相談支援事業所」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。

3「役員等名簿」

● 相談支援専門員の変更…

1「経歴書」

2「実務経歴証明書」

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 「資格証明書のコピー」

● 指定地域相談支援の提供に当たる者の変更…

- 1 「経歴書」

※ 「指定地域相談支援の提供に当たる者」=指定地域移行支援事業所において従事する「指定地域移行支援従事者」及び指定地域定着支援事業所において従事する「指定地域定着支援従事者」

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い合わせください。

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」→「1. 神奈川県からのお知らせ」(http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/liblary/L_Result.asp?topid=6)」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24.12 神奈川県障害サービス課

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
指定地域移行支援従事者
指定地域定着支援従事者

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		
(管理又は従事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	かながわいちろう	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△口苑	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		
★ 資格を証する書類の写しを添付してください。			
備考 (研修等の受講の状況等)			
相談支援従事者初任者研修	平成19年〇月〇日		
相談支援従事者現任者研修	平成22年〇月〇日		
★ 研修修了証の写しを添付してください。			

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、指定地域移行支援従事者、指定地域定着支援従事者のいずれかを○印で囲ってください。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 ○年 ○月 ○日

所在地 神奈川県○○市○○町○○-○○

名称 社会福祉法人○△□会

代表者氏名 ○○ ○○

電話番号 ○○○-○○○-○○○○

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○○年 ○○月 ○○日)
現 住 所	横浜市○○区○○町○○-○○
施設又は事業所名	○○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○○年 ○月 ○日 ~平成○○年 ○月 ○日 (○年 ○月間)
上記のうち業務に従事した日数	○○○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。
 3. 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)
 4. 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○○業務、○○実施要綱の○○事業の○○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

この誓約書は「事業所の管理者が規定に従い管理者の責務を適正に果たす旨の誓約書」です。

「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）

法人代表者印を押印してください。

代表者氏名

印

事業所名

管理者氏名

印

管理者の個人印（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、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

この誓約書は「事業所の管理者が規定に従い管理者の責務を適正に果たす旨の誓約書」です。

「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 〇年 〇月 〇日

神奈川県知事 様

事業者名（開設法人名）

法人代表者印を押印してください。

代表者氏名

印

施設名

管理者氏名

印

管理者の個人印（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。

記 載 例

指定一般相談支援事業所管理者誓約書

この誓約書は「事業所の管理者が規定に従い管理者の責務を適正に果たす旨の誓約書」です。

「障害者自立支援法に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年3月13日厚生労働省令第27号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当該指定一般相談支援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 殿

事業者名（開設法人名）

社会福祉法人〇〇福祉会

法人代表者印を押印してください。

代表者氏名

かながわ はなこ

印

事業所名

相談支援事業所〇〇

管理者氏名

相談 一郎

印

管理者の個人印（認印）を押印。

障害者自立支援法に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準【抜粋】

（管理者の責務）

第26条 指定地域移行支援事業所の管理者は、当該指定地域移行支援事業所の職務に従事する者その他の従業者の管理、指定地域移行支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行わなければならない。

2 指定地域移行支援事業所の管理者は、当該指定地域移行支援事業所の職務に従事する者その他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26条は、指定一般相談支援（地域定着支援）について準用されます。

記載例

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
	役職名・呼称	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-××-×××××	0463-××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
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	×××-×××-×××××	×××-×××-×××××	
	変更となった管理者のみ記載してください。			

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、顧問その他のい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。