

**指定通所支援及び指定障害児入所施設指定申請に係る
添付書類、参考様式の種類と記載時の留意事項・説明**

【令和2年1月現在】

◇申請書・添付書類の様式等は、ウェブサイト「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」よりダウンロードできます。
◇必ず最新版のものをダウンロードして使用してください。

様式名等	記載時の留意事項・説明
新規指定申請書確認表（障害児通所支援事業所）	・各項目を確認して、確認欄にチェックをお願いします。
様式第1号 指定申請書	<ul style="list-style-type: none"> ・「指定申請書」は通所・入所共通の様式です。 ・「付表」は指定を受けようとする事業の種類により異なります(様式第1号に必要事項を入力すると、事業に対応した付表が表示されます)。 ※「指定申請書」、「口座振込(変更)依頼書」、「付表」はA4の紙に出力し押印(必要なもののみ)したものと電子データを提出してください。電子データは1枚のCD(MO、USB等不可)で提出ください。データは必ずウイルスチェックを行いウイルスの感染防止にご協力ください。提出されたCDの返却はできませんので予めご了承ください。なお、他の添付書類の電子データの提出は必要ありません。
口座振込(変更)依頼書	
各種付表	
別紙1 同一法人において既に指定を受けている事業等について	同一法人において既に指定を受けている事業がある場合記載してください(児童福祉法・障害者総合支援法・介護保険法等)。ない場合は別紙添付の必要はありません。
申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本(又は条例)	<ul style="list-style-type: none"> ・申請に係る事業を実施する旨の認可がされていることが必要です。 ・登記簿は、履歴事項全部証明を提出ください。複数のサービスを同時に申請する場合は、原本は1部で差支えありませんが、他の申請書には写しを必ず添付してください。
運営規程	・多機能型で指定を受けようとする場合でも、それぞれの事業ごとに作成してください。
参考様式1 事業所・施設の平面図	<ul style="list-style-type: none"> ・既製の平面図(建築図面等)がある場合はそれをA3(またはA4)に縮尺の上、添付してください。複数の事業所で同じ建物を使う場合は、事業で使う場所が分かるように色分け等をしてください。 ・事業所の写真(外観及び内部)を添付してください。写真には、どの部分の写真であるか記載してください。写真は現像したものではなく、A4紙等に印刷したものでかまいません。(様子が確認できるように、可能な限りカラーをお願いします。) ・指定上必要な設備・備品のほか、個人情報に配慮した設備(例; 鍵付書庫等)、消防設備(例; 消火器、火災報知機等)、感染症予防(例; 手指消毒)の写真も添付してください。
参考様式2 居室面積等一覧表	・事業所の設備の面積等について記載してください。
参考様式3 事業所の設備・備品等一覧表	・消防設備、個人情報保護の為の設備、衛生用品を含め、事業所の設備・備品等について、基準条例の規定に沿って配慮、措置している事項について記載してください。
参考様式4 管理者・児童発達支援管理責任者の経歴書	・管理者、児童発達支援管理責任者について、それぞれ別に作成してください。兼務する場合は1枚で構いません。
参考様式5 実務経験(見込)証明書	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援管理責任者について、実務要件や研修要件について確認のうえ提出してください。 ・児童指導員(実務経験により任用資格がある者のみ)及び障害福祉サービス経験者についても、必ず提出してください。 ・業務に従事した日数を必ず記載してください。
資格証の写し	<ul style="list-style-type: none"> ・児童発達支援管理責任者について、実務経験年数(日数)に必要な場合(資格により実務経験年数が短縮される場合)は、資格を証する書面の写しを添付してください。 (居宅介護初任者研修修了証、社会福祉主事の任用資格証 保育士証等)

様式名等	記載時の留意事項・説明
研修修了証	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス管理責任者補足研修（相談支援従事者初任者研修の講義部分）の受講証明書に加えて次のいずれかの修了証。 ①平成30年度までに受講したサービス管理責任者研修（いずれかの分野若しくは児童発達支援管理責任者研修） <ul style="list-style-type: none"> *更新研修を修了した場合は、更新研修修了証も提出して下さい。 ②令和元年度以降受講したサービス管理責任者等基礎研修（平成33年度までの経過措置） <ul style="list-style-type: none"> *基礎研修修了者のみなし配置の場合は参考様式14「受講誓約書」を提出。
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 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者（入所者）からの苦情を解決するために講じる具体的な方法を記入してください。苦情解決に関して法人の内規等がある場合は一部添付してください。（連絡先や担当者名は必ず記入してください。）
別紙 2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 <ul style="list-style-type: none"> ・従業者の一ヶ月の勤務体制について記入してください。
参考様式 7	組織体制図 <ul style="list-style-type: none"> ・職種だけでなく個人名を入れて作成してください。事業所に既存の組織体制図があればその写しで構いません。
参考様式 8	主たる対象とする障害の種類を定める理由等 <ul style="list-style-type: none"> ・主たる対象者を特定している場合に提出してください。特定しない場合は提出の必要はありません。
参考様式 9	児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書 <ul style="list-style-type: none"> ・複数の事業所について同時申請する場合や多機能型事業所の場合は、原本は1部で差支えありませんが、他の申請書には写しを必ず添付してください。
参考様式 9 別紙	役員等名簿 <ul style="list-style-type: none"> 参考様式9に添付する役員名簿です。当該法人の役員及び事業所の管理者について記入し、全員の押印が必要です
参考様式10	協力医療機関との契約の内容 <ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関との契約内容について記入してください。「契約の内容」欄は、契約書の写しでもかまいません。なお、医療型障害児入所施設については提出する必要はありません。
管理者誓約書	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の個人印が必要です。指定申請書提出時は管理者の立会いが必要です。
申請する事業の資産の状況 <ul style="list-style-type: none"> ・財産目録又は決算書等 ・事業計画書(参考様式11) ・収支予算書 	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の「財産目録」又は「決算書」（直近のもの）を添付してください。 ・「事業計画書」は当該事業所の指定日が属する年度の事業計画を作成（様式は任意）し添付してください。 ・事業の内容については、<u>支援プログラム等具体的な支援内容について詳細に記載してください。</u>（あればパンフレット等も添付してください） ・研修計画については、具体的な研修名、内容及び実施スケジュールを記載してください。 ・「収支予算書」は、事業計画を基に、申請事業に係る当該事業所の収支予算を作成してください。（事業開始後12か月分※必ず利用者の見込数を記載すること）
参考様式12	障害児通所支援事業所事業開始届出書 <ul style="list-style-type: none"> ・運営規程等を参考に記載してください。職員定数等が運営規程や別紙2の内容と矛盾しないか確認して下さい。
参考様式14	サービス管理責任者等実践研修受講誓約書 <ul style="list-style-type: none"> 児童発達支援管理責任者として基礎研修修了者をみなし配置する場合は提出してください。
事業者指定前の確認・誓約事項	内容を確認の上、法人印を押印の上、提出してください。
社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	<ul style="list-style-type: none"> ・リーフレット「社会保険への加入手続きはお済みですか？」及び「労働保険への加入手続きはお済みですか？」をご確認ください。 ・社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

様式名等	記載時の留意事項・説明
その他必要なもの	<ul style="list-style-type: none"> ・有資格職として配置する従業員（社会福祉士、介護福祉士、保育士、看護師、理学療法士等）については、資格を証する書面の写しを添付してください。 ・不慮の事故等に備えた、「<u>損害賠償責任保険証書</u>」の写しを添付してください。（事故が発生した場合の補償の概要がわかる資料の写しも添付してください。） ・事業所の建物が賃貸等の場合は「建物賃貸借契約書」等の写しが必要です。法人として事業用に契約していることが必要です。 <ul style="list-style-type: none"> ・給付費算定に係る体制届出書一式（体制届記載例参照） ・提出する様式第1号、口座振込依頼書、付表のデータをＣＤ－Ｒ等で提出して下さい。（返却不可）
非常災害対策に関する計画書	<ul style="list-style-type: none"> ・水害、土砂災害を含む地域の実情に応じた非常災害対策計画が策定されているか確認してください。 ・非常災害対策計画に以下の項目がそれぞれ含まれているか確認してください。 ・障害者支援施設等の立地条件 ・避難場所、避難経路、避難方法 ・災害に関する情報の入手方法 ・災害時の人員体制、指揮系統 ・災害時の連絡先及び通信手段の確認 ・関係機関との連携体制 ・避難を開始する時期、判断基準

必要書類一覧		障害児通所支援				障害児入所施設
		児童発達支援 ・福祉型・医療型	放課後等デイサービス	居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援	・福祉型 ・医療型
新規指定申請書確認表(障害児通所支援事業所)		○	○	○	○	×
様式第1号	申請書	○	○	○	○	○
	別紙	○	○	○	○	○
口座振込依頼書		○	○	○	○	○
付表		福祉型は付表1 医療型は付表3 ＋ 従たる事業所がある 場合は付表1の2 多機能型の場合は 付表5その1 付表5その2	付表1 ＋ 従たる事業所がある 場合は付表1の2 多機能型の場合は付 表5その1 付表5その2	付表6 ＋ 多機能型の場合は付 表5その1 付表5その2	付表2 ＋ 多機能型の場合は付 表5その1 付表5その2	付表4
定款		○	○	○	○	○
履歴事項全部証明書		○	○	○	○	○
運営規程		○	○	○	○	○
参考様式1	平面図	○	○	○	○	○
参考様式2	面積	○	○			○
参考様式3	設備	○	○	○	○	○
	写真	○	○	○	○	○
参考様式4	経歴書 (管理者)	○	○	○	○	○
	経歴書 (児童発達支援管理責任者)	○	○	○	○	○
参考様式5	実務経験	○	○	○	○	○
資格証の写し	児童発達支援管理責任者 必要な実務経験年数が短縮される 場合	△	△	△	△	△
研修修了証等の写し *みなし配置の場合は参 考様式14提出	※「提出書類の説明」の該当 部分を参照	○	○	○	○	○
参考様式6	苦情解決	○	○	○	○	○
別紙2	勤務形態	○	○	○	○	○
参考様式7	組織体制	○	○	○	○	○
参考様式8	主たる対象者	○	○	○	○	○
参考様式9	誓約書	○	○	○	○	○
参考様式9 別紙	役員名簿	○	○	○	○	○
参考様式10	協力医療機関	○ (医療型を除く)	○			○ (医療型を除く)
管理者の誓約書		○	○	○	○	○
資産の状況	財産目録または決算書	○	○	○	○	○
	事業計画書(参考様式11)	○	○	○	○	○
	収支予算書	○	○	○	○	○
参考様式12	事業開始届出書	○ (センターは除く)	○ (センターは除く)	○ (センターは除く)	○ (センターは除く)	
参考様式14	サービス管理責任者等実践研 修受講誓約書	△	△	△	△	△
確認・誓約事項		○	○	○	○	○
社会保険等確認票		○	○	○	○	○
その他	有資格者の資格証の写し	△	△	△	△	△
	損害賠償責任保険証書の写し	○	○	○	○	○
	建物賃貸借契約書の写し	○	○	○	○	○
	申請書、口座振込依頼書、付表の データ(CD-R等で提出)	○	○	○	○	○
給付費算定に係る体制等に関する届出書一式		○	○	○	○	○

(様式第1号)

※受付番号		
※指定市町村番号		

指 定 申 請 書

令和 年 月 日

(申請先)

川崎市長

(申請者)

所在地

神奈川県横浜市中区日本大通1

日付は申請書を提出する
日を記載してください。

プルダウンメニューに
なっています。
該当するものを選択

名称

社会福祉法人かながわ福祉会

代表者氏名

理事長 金賀 和多郎

障害者自立支援法に規定する

障害児通所支援

に係る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。

申請者 (設置者)	フリガナ	シカイフクシホウジンカナガワ			◆		半角カナで入力
	名称	社会福祉法人 金賀会					
	主たる事務所の 所在地	〒 231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください				◆
		神奈川県横浜市中区日本大通1 2 3 4 - 5					
	連絡先	電話番号	045-210-1111	FAX番号	045-201-2051	◆	半角数字で入力
	法人の種類	社会福祉法人(社協以外)		法人所轄庁	神奈川県知事		
	代表者	役職	理事長				
氏名		金賀 和多郎					
住所		〒 254-****	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください			◆	
指定を受けようとする 事業所・施設の 種類	フリガナ	マルマルコトモキョウシツカナガワ					◆
	名称	〇〇こども教室 かながわ					
	事業所(施設) の所在地	〒 123-4567	※事業所(施設)所在地市町村番号		※級地区分		◆
		神奈川県横浜市中区日本大通1					
	事業等の種類	障害児通所支援					◆
		児童発達支援		指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	付表	備考	
	主たる事業所名称		〇〇こども教室 かながわ				
同一の法律において既に 指定を受けている場合	サービスの種類	事業所番号			◆		
	事業所名称						
指定有効開始年月日		平成25年5月1日	◆	指定有効終了年月日	平成31年4月30日	◆	
※指定更新申請中区分							
※効力停止開始年月		◆		※効力停止終了年月	◆		

プルダウンメニューになっ
ています。
該当するものを選択してく

事業所名称は必ず記載し

事業開始年月日と同じ
年月日を入力。

指定有効開始年月
日から6年経過する

(備考)

- 1 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類」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。
- 3 「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。
- 4 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。

注

新規指定申請書確認表(障害児通所支援事業所)

Ver.R2.1

法人名			事業所名		確認者名	
-----	--	--	------	--	------	--

様式名等	大項目	小項目	記載時の留意事項	確認欄
まず最初に	法令遵守	事前確認表	＜全事業者対象＞ 指定予定日の前々月末日までに提出していますか？	
		事業所等に係る情報の公表	＜すでに指定を受けている事業所がある場合＞ 児童福祉法(以下「法」という。)第33条の18により、指定障害児事業者等には事業所等に係る情報の公表が義務付けられています。WAM-NETの「障害福祉サービス等情報検索」ですでに指定を受けている全ての事業所の直近の情報を公表していますか？	
		業務管理体制の届出	＜すでに指定を受けている事業所がある場合＞ 法第21条の5の26及び第24条の19の2により、指定障害児事業者等は業務管理体制の整備に関する事項の届出が義務付けられています。直近の内容で届け出ていることを確認しましたか？	
様式第1号 指定申請書			日付けは提出日になっていますか？	
	申請者(設置者)	名称及び主たる事務所の所在地	法人の名称・所在地は「履歴事項全部証明書」の表記と同様になっていますか？(数字やハイフンは全角となっていますか)	
	指定を受けようとする事業所・施設の種類の	名称及び事業所(施設)の所在地	事業所の名称及び住所は「運営規程」の表記と同様になっていますか？(数字やハイフンは全角となっていますか)郵便番号はハイフン無しの半角7桁で記入していますか？	
		主たる事業所名称	主たる事業所名称は記載されていますか？ ※多機能型事業所の場合、主たる事業所に統一してください。	
	規定様式の種類		規定様式は直近のものを使用していますか？ ※Verは「様式第1号 指定申請書」の右下に表示されています。	
口座振込(変更)依頼書	振込先		振込先は正確に記載されていますか(通帳の写し等と突合)？	
	委任状		申請者と口座名義人が異なる場合は、申請者による委任を行っていますか？ ※異なる場合だけ右欄にチェックしてください。	
付表1	管理者・児童発達支援管理責任者		管理者・児童発達支援管理責任者の氏名や住所は参考様式4の「経歴書」と相違ないですか？	
	従業者の職種・員数	従業者数	従業者の職種に係る員数は「運営規程」と「別紙2勤務形態一覧表」共に相違ないですか？	
	設備		最大定員＝定員 1人あたりの最小床面積＝指導訓練室の面積／定員(小数点第二位以下を切り捨て)	
	単位		単位を分ける場合は、単位ごとに記載していますか？	
		営業日	営業日は「運営規程」と相違ないですか？	
		営業時間	営業時間は「運営規程」と相違ないですか？ * サービス提供時間ではありません。	
		単位ごとの利用定員	記載もれはありませんか？	

様式名等	大項目	小項目	記載時の留意事項	確認欄
付表1	主な揭示事項	営業日	営業日は「運営規程」と相違ないですか？	
		利用定員	記載もれはありませんか？	
			チェック項目にチェックを入れていますか？	
		利用料・その他費用	利用料・その他費用の欄を入力していますか？ ※「運営規程に定めるとおり」と記載している場合は、『程』の漢字に気をつけてください。	
		通常の事業の実施地域	上段ではなく下段に市町村名を入力していますか？	
		苦情解決の措置概要	参考様式6の常設窓口（連絡先）、担当者と相違ないですか？	
		協力医療機関	名称及び診療科名は、参考様式10の内容と相違ないですか？（機関名は正式な名称を記載していますか）	
	「※」のついた欄		「※」のついた欄は記載しないでください。	
多機能型の付表 (付表5)	サービス種類		児童発達支援→61 居宅訪問型児童発達支援→65 放課後等デイサービス→63 保育所等訪問支援→64 サービスコード(数字)で記載をしていますか	
	申請に係る事業所		申請する事業所についての記載となっていますか？	
	多機能型の他の事業所		当該事業所以外が多機能型としての事業所について記載していますか？	
	管理者・児童発達支援管理責任者		管理者・児童発達支援管理責任者の氏名や住所等は記載されていますか？	
	主たる対象とする障害の種別		運営規程の記載と相違ないですか？ 対象の障害に「1」を記載ください(○ではなく)	
多機能型の付表 (付表5の2)	従業員の職種・員数		多機能型として実施する全ての従業員の合計値を記載していますか？	
			従業員の職種で記載されている以外の従業員が配置されている場合、空欄に記載していますか？	
定款、登記簿謄本	※営利法人や特定非営利活動法人の場合		「目的」又は「事業」に、「児童福祉法に基づく障害児通所支援事業」が明記されていますか？	
	登記事項証明(履歴事項全部証明書)		履歴事項全部証明書の原本は用意されていますか？ ※複数事業所を同時申請をする場合は、原本は1部で差支えありませんが、他の申請書には写しを必ず添付してください。	
			履歴事項全部証明書の原本は面接日から3か月以内のものになっていますか？	
	※法人等で申請までに定款又は寄付行為の変更手続きが終了していない場合		変更認可前の定款等及び登記簿謄本(写しでも可)に加えて、当該事業を行う旨の内容が確認できる書類(理事会議事録等)は添付されていますか？	

様式名等	大項目	小項目	記載時の留意事項	確認欄
運営規程 ※右欄の大項目に記載の第○条は「運営規程(作成例)」に合わせているため、異なる場合があります。	運営規程の確認①		ウェブサイト「障害福祉情報サービスかながわ」の中にある「運営規程(作成例)」は参考にしましたか？	
	運営規程の確認②		「運営規程(作成例)」は最新のものを確認されましたか？	
	第3条(事業所の名称等)		「付表」の「名称」と「所在地」は相違ないですか？	
	第4条(従業員の職種、員数及び職務内容)		従業員の職種に係る員数は「付表」と「別紙2 勤務形態一覧表」共に相違ないですか？ ※「基準以上」の記載は避けてください。	
	第5条(営業日及び営業時間等)	営業日	営業日は「付表」と「別紙2 勤務形態一覧表」共に相違ないですか？ ※行事等で営業日以外の日で営業を行う場合は、その旨も記載してください。	
		営業時間	営業時間は「付表」と相違ないですか？	
	第5条(営業日及び営業時間等)	年間の休日	当該事業所の基本の休日を記載していますか？ 例：土、日、祝日、年末年始(12月30日～1月3日) ※年間の休日について、「その他事業所が定める休日」としている場合は、当該事業所の年間スケジュール計画も添付してください。	
	第7条(主たる対象者)		「付表」及び「参考様式8(主たる対象者を特定する理由等)」の「主たる対象者」と相違ないですか？	
	第10条(通常の事業の実施地域)		「付表」の「通常の事業の実施地域」と相違ないですか？ ※「周辺」「近隣」「一部」等地域があいまいな記載は不可となります。 ※神奈川県全域としている場合は訪問・送迎が可能か法人で再度確認をお願いします。	
	第14条(苦情解決)		項目の一つは「都道府県知事が行う報告若しくは～」の記載になっていますか？	
	第16条(その他運営に関する重要事項)	第1	研修の回数は、「事業計画書(参考様式11)」と相違ありませんか？	
		第6	「この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は○○法人と事業所の管理者～」の文中にある○○法人は申請法人名が記載されていますか？	
	附則		事業開始年月日の記載になっていますか？	

様式名等	大項目	小項目	記載時の留意事項	確認欄
参考様式1 事業所・施設の平面図	写真① 写真② 写真③	平面図(既成の建築図面等を含む) ※既成の建築図面等の場合はA3又はA4に縮尺してください。	複数の事業所(サービス)で同じ建物を使っている場合、事業で使う場所が分かるように色分け等していますか？	
		写真①	外観(建物の外観、看板)、内観(鍵つき書庫、手指消毒、消防設備を含む)の写真は用意できていますか？	
		写真②	内観の写真は物品の配置などを済ませて事業を開始できる状態の写真となっていますか？(教材や支援器具も)	
		写真③	建物のどの部分の写真であるか分かるようになっていますか？	
参考様式2 居室面積等一覧表	面積		事業所の設備等の面積が記載されていますか？ ※平面図と相違ないですか？	
参考様式3 事業所の設備・備品等一覧表	備品	備品の品名及び数量	備品の数量は記載されていますか？	
			鍵つき書庫、手指消毒、消防設備は記載されていますか？	
参考様式4 管理者・児童発達支援管理責任者・相談支援専門員等の経歴書		【管理者】(管理又は従事する事業所が複数の場合) ※兼務していない場合はチェック不要	管理者の兼務は、当該事業所の他の職務、又は同一敷地内にある他の事業所の職務だけとなっていますか。また、当該事業所の管理業務に支障がないと認められる範囲内となっていますか？	
		【児童発達支援管理責任者】 ※兼務していない場合はチェック不要	当該事業所の管理者以外で兼務はしていませんか？	
	氏名・住所	氏名・〒・住所は「付表」と相違ないですか？		
	資格の種類 (児童発達支援管理責任者)	児童発達支援管理責任者の実務経験の要件上、資格が必要な場合、資格証の写しを添付していますか？ 「資格取得年月日」は資格証の「登録年月日」の記載になっていますか？		
参考様式5 実務経験(見込)証明書	印		印は当該職員が雇用されていた法人印となっていますか？	
	業務期間		業務期間は「経歴書」と相違はないですか？	
	業務に従事した日数		日数の記載はしていますか？	
	業務内容		職名は直接サービス提供職員時の職名で記載していますか？	
	児童発達支援管理責任者、児童指導員(実務経験により任用資格を得た者)及び障害福祉サービス経験者(※)全員分を提出する必要があります。			
	※同一法人の事業所2か所以上に勤務した場合は、「事業所名」「業務期間」「日数」「職種」「業務内容(職名含む)」をそれぞれ項目を分けて記入していますか？			

様式名等	大項目	小項目	記載時の留意事項	確認欄
サービス管理責任者等研修	研修修了証等		<p>・サービス管理責任者補足研修(相談支援従事者初任者研修の講義部分)の受講証明書に加えて次のいずれかの修了証。</p> <p>①平成30年度までに受講したサービス管理責任者研修(いずれかの分野若しくは児童発達支援管理責任者研修) *更新研修を修了した場合は、更新研修修了証も提出して下さい。</p> <p>②令和元年度以降受講したサービス管理責任者等基礎研修(令和3年度までの経過措置) *基礎研修修了者のみなし配置の場合は参考様式14「受講誓約書」を提出。</p>	
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	措置の概要	1 常設窓口(連絡先)、担当	連絡先と担当は「付表」と相違ないですか？ ※法人に苦情解決の内規があれば添付をお願いします。	
		2 処理体制・手順	管理者の対応は明確に明記されていますか？	
別紙2	従業者の体制及び勤務形態一覧表	職種	「職種」の欄で管理者・児童発達支援管理責任者・指導員等の職種が記載されていますか？	
		児童発達支援管理責任者	児童発達支援管理責任者は直接サービス提供職員と兼務していませんか？	
		氏名	氏名は参考様式7(組織体制図)と相違ないですか？	
		当該事業所・施設において常勤職員が1週間に勤務すべき時間数	法人の就業規則に定められている常勤職員の1週間の時間数が入力されていますか？	
		加算等に係る資格・兼務先	「資格」及び「勤務形態が兼務の場合の兼務先」は記載されていますか？	
	直接支援以外の職員		運転手・事務員・調理員等配置基準に無い職員は記載は不要です。(参考様式7に記載ください)	
参考様式7 組織体制図	組織体制図		従業者の氏名は「別紙2 勤務形態一覧表」と相違ないですか？ 運転手・事務員・調理員等の職員配置があれば、記載ください。	
参考様式8 主たる対象者を特定する理由等	1 主たる対象者		主たる対象者は「付表」と整合していますか？	
	2 特定する理由		特定する理由は客観的で具体的な理由となっていますか？	
参考様式9 誓約書	申請者(法人)の住所、代表者の住所		申請者(法人)の所在地、代表者本人の住所は確認しましたか？	
参考様式9別紙 役員等名簿	申請者(法人)名		申請者(法人)名は記載されていますか？	
	氏名等①		氏名、生年月日、役職名・呼称、住所、TEL、FAXの記載はされていますか？	
	氏名等②		管理者も記載されていますか？	

様式名等	大項目	小項目	記載時の留意事項	確認欄
参考様式10 協力医療機関の契約の内容	契約の内容		事前に協力医療機関の了解を得た上で、契約内容を記載していますか？ ※嘱託医契約ではありません。	
			緊急時の受入れについて、契約内容に含まれていますか？	
			当該事業所と協力医療機関間で契約書（協定書）を結んでいますか？ ※口頭での契約の場合は、契約内容を参考様式10に詳細に記載してください。	
管理者誓約書	管理者誓約書		管理者の印は個人印となっていますか？	
参考様式14 サービス管理責任者等実践研修受講誓約書	サービス管理責任者等実践研修受講誓約書		児童発達支援管理責任者として配置する者が、基礎研修修了者（サービス管理責任者等基礎研修及びサービス管理責任者補足研修（又は相談支援従事者初任者研修）を修了）の場合、受講誓約書の記入はしていますか？	
			みなし配置終了期限が基礎研修修了後3年間以内となっていますか？受講要件を充足したうえで実践研修を修了する予定についてもその3年間の間に満たされますか？	
財産目録又は決算書	財産目録又は決算書		法人の「財産目録」又は「決算書」（直近のもの）の添付はしていますか？ 「財産目録」又は「決算書」がない場合は通帳の写しを添付していますか？ ※負債額が資産に比べ大きすぎないか、ご確認ください。	
参考様式11 事業計画書	事業の内容		一日のスケジュールやプログラムなど、具体的な支援内容が記載されていますか？ また、年間の事業計画や支援計画が具体的にわかる内容になっていますか？（サービスの一般的な内容では不可となります）。 ※パンフレット等もあれば添付してください。	
	研修計画		「運営規程」中に記載されている研修頻度等と相違ないですか？具体的な研修内容が記載されていますか？	
収支予算書	収支予算書		サービス種類ごとに作成していますか？ （例 児童発達支援・放課後等デイサービスの収入を分けて作成）	
			事業開始年月日から起算して1年間で作成していますか？ 例：R2年7月1日指定希望の場合 ⇒ R2年7月～R3年6月	
			「収支予算書」は、事業計画を基に、申請事業に係る当該事業所の収支予算となっていますか？	
社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票			社会保険・労働保険に加入している場合は、それを証明する書類を添付していますか？	
その他	賠償責任保険証書		不慮の事故に備えた、「賠償責任保険証書」の写し及び事故が発生した場合の補償の概要がわかる資料の写しを添付していますか？	

様式名等	大項目	小項目	記載時の留意事項	確認欄
その他	建物が賃貸の場合	建物質貸借契約書①	事業所の建物が賃貸の場合「建物質貸借契約書」等の写しを添付していますか？	
	建物が賃貸の場合	建物質貸借契約書②	契約書の住所・期間・目的は当該事業所の申請と相違ありませんか？ ※賃貸借契約書住所は申請書類と相違がないかご確認ください。 ※期間は指定を希望している年月時点で賃貸物件を使用できる状態としてください。 ※賃貸借契約書内の目的と当該事業所の使用目的が合致しているかご確認ください。	
		建物質貸借契約書③	契約者が法人代表者となっていますか？	
	CD-R		ウイルスチェックは行っていますか？	
参考様式12 障害児通所支援事業所事業開始届出書	1事業の種類及び内容		事業の種類(児童発達支援、放課後等デイサービス等)を記載していますか？	
			事業の内容を記載していますか？	
	3職員の定数及び職務の内容		職員の定数及び各従業者の職務内容を記載していますか？	
	4主な職員の氏名及び経歴		「～参照」とはせず、経歴書と同内容の記載となっていますか？	
	5事業を行おうとする区域		運営規程の内容と相違ないですか？	

様式名等	大項目	小項目	記載時の留意事項	確認欄
------	-----	-----	----------	-----

児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業所等給付費算定に係る体制等に関する届出書

様式第1号 障害児 (通所・入所)給付費算 定に係る体制等に関 する届出書		日付けは提出日になっていますか？	
	サービスの種類	児童発達支援→61 居宅訪問型児童発達支援→65 放課後等デイサービス→63 保育所等訪問支援→64	
別紙1 障害児通所・ 入所給付費の算定に 係る体制等状況一覧	地域区分	別表から事業所所在地の地域区分を適切に記載していますか？	
別紙2-0 人員基準 適合確認シート (児童発達支援)	職種	児童指導員、保育士、障害福祉サービス経験者の記載は適切にされていますか？	
		児童指導員、保育士等の有資格者は資格が確認できる書類を添付していますか？	
	勤務形態	児童指導員又は保育士のうち一人以上は常勤専従職員を配置していますか？	
	氏名	申請に係る添付書類「別紙2勤務形態一覧表」と相違ないですか？	
最低基準の職員配置を上段に、加配部分の職員を下段に記載していますか。 * 営業時間を通じて基準上の職員数の配置が必要です。			
別紙2-1 人員基準 適合確認シート (放課後等デイサービ ス)	職種	児童指導員、保育士、障害福祉サービス経験者の記載は適切にされていますか？	
		児童指導員、保育士等の有資格者は資格が確認できる書類を添付していますか？	
	勤務形態	児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者のうち一人以上は常勤専従職員を配置していますか？	
		児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者の合計数の半数以上は、児童指導員又は保育士ですか？	
	氏名	申請に係る添付書類「別紙2勤務形態一覧表」と相違ないですか？	
		最低基準の職員配置を上段に、加配部分の職員を下段に記載していますか。 * 営業時間を通じて基準上の職員数の配置が必要です。	
別紙		算定する加算に該当する別紙を添付していますか？ ※一部資格証の写し等の添付が必要な加算があります。	

法人名 _____

[illegible]

付表1 指定児童発達支援・指定放課後等デイサービスの指定に係る記載事項

※受付番号

事業所	フリガナ	マルマルコトモキョウシツカナガワ										
	名称	〇〇こども教室カナガワ										
	所在地	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
		神奈川県横浜市中区日本大通1										
連絡先	電話番号	045-210-4725				FAX番号	045-201-2051					
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等												
管理者	フリガナ	カナガワ エコ										
	氏名	神奈川 映子										
	住所	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
		神奈川県横浜市中区日本大通3500 ユーボンプチョウ102										
	当該事業所における相談支援専門員等との兼務の有無					<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無						
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務（兼務の場合記入）					事業所等の名称		放課後等デイサービス					
					兼務する職種		児童発達支援管理責任者					
					勤務時間							
児童発達支援責任者	フリガナ	ヨコハマ タロウ										
	氏名	横浜 太郎										
	住所	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
神奈川県横浜市中区日本大通4201横浜エクセレント405												
従業者の職種・員数			嘱託医		看護師		児童発達支援管理責任者		児童指導員・指導員		保育士	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤（人）					1		1			
		非常勤（人）			1						5	
	※基準上の必要人数（人）											
			栄養士		調理員		機能訓練担当職員		言語聴覚士			
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤（人）										
		非常勤（人）					1					
	※基準上の必要人数（人）											
設備	指導訓練室	1室の最大定員		10人		指導訓練室	1室の最大定員				人	
	入所児1人あたりの最小床面積	2.5㎡				入所児1人あたりの最小床面積					㎡	
設備		<input checked="" type="checkbox"/> 指導訓練室 <input type="checkbox"/> 遊戯室 <input type="checkbox"/> 屋外遊技場 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input checked="" type="checkbox"/> 調理室 <input checked="" type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 聴力検査室										
単位1	(単位：人)		指導員		保育士							
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤	1									
		非常勤			5							
	※基準上の必要人数											
	営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日										
	営業時間	平日	8:30	～	18:15	土曜	8:30	～	17:15	備考		
		日曜				祝日						
	単位ごとの利用定員	10人（単位ごとの利用定員）										
	※利用定員超過減算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		
主な揭示事項	営業日	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日										
	利用定員	10人		多機能型の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無						
	他法との定員合算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		合算先事業所番号								
	利用料	運営規定に定めるとおり		その他費用		運営規定に定めるとおり						
	通常の事業の実施地域											
		横浜市中区										
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無							
			苦情解決の措置概要		窓口（連絡先）		046-254-7111		担当者 田原雄二			
	協力医療機関	名称	〇〇クリニック		主 診療科名	内科						
名称				主 診療科名								
※加算等	障害児施設区分（児童発達支援のみ）			施設等の区分								
	福祉専門職配置加算	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		栄養士配置加算								
	特別支援加算	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		延長支援加算		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無						
	児童発達支援管理責任者専任加算	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		みなし指定		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無						
	処遇改善加算	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		キャリアパス区分								
	処遇改善特別加算	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無										
	新体系定着支援事業の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無										

(備考)

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。

(単位) 児童デイサービス事業を複数の単位で行う場合の記載事項

※受付番号

単位 2	(単位：人)	指導員		保育士							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日								
	営業時間		平日		土曜		備考				
		日曜		祝日							
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）				※単位番号					
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
単位 3	(単位：人)	指導員		保育士							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日								
	営業時間		平日		土曜		備考				
		日曜		祝日							
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）				※単位番号					
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
単位 4	(単位：人)	指導員		保育士							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日								
	営業時間		平日		土曜		備考				
		日曜		祝日							
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）				※単位番号					
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
単位 5	(単位：人)	指導員		保育士							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日								
	営業時間		平日		土曜		備考				
		日曜		祝日							
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）				※単位番号					
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	

単位 6	(単位：人)		指導員		保育士						
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月		<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金		<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日
	営業時間		平日		～		土曜			～	備考
			日曜		～		祝日			～	
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）							※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
単位 7	(単位：人)		指導員		保育士						
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月		<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金		<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日
	営業時間		平日		～		土曜			～	備考
			日曜		～		祝日			～	
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）							※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
単位 8	(単位：人)		指導員		保育士						
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月		<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金		<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日
	営業時間		平日		～		土曜			～	備考
			日曜		～		祝日			～	
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）							※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
単位 9	(単位：人)		指導員		保育士						
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月		<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金		<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日
	営業時間		平日		～		土曜			～	備考
			日曜		～		祝日			～	
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）							※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			
単位 10	(単位：人)		指導員		保育士						
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務
	従業者数	常勤									
		非常勤									
	※基準上の必要人数										
	営業日		<input type="checkbox"/> 月		<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金		<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日
	営業時間		平日		～		土曜			～	備考
			日曜		～		祝日			～	
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）							※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無			

単位 11	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		○有 ●無		※職員欠如減算		○有 ●無		※指導員加配加算	○有 ●無	
単位 12	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		○有 ●無		※職員欠如減算		○有 ●無		※指導員加配加算	○有 ●無	
単位 13	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		○有 ●無		※職員欠如減算		○有 ●無		※指導員加配加算	○有 ●無	
単位 14	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		○有 ●無		※職員欠如減算		○有 ●無		※指導員加配加算	○有 ●無	
単位 15	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		○有 ●無		※職員欠如減算		○有 ●無		※指導員加配加算	○有 ●無	

単位 16	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		
単位 17	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		
単位 18	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		
単位 19	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		
単位 20	(単位：人)		指導員		保育士					
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		専従
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	※基準上の必要人数									
	営業日		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日							
	営業時間		平日	～	土曜	～	備考			
			日曜	～	祝日	～				
単位ごとの利用定員		人（単位ごとの利用定員）						※単位番号		
※利用定員超過減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※職員欠如減算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※指導員加配加算		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無		

付表 1－2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

* 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表 5 を併せて提出してください。

※受付番号	
-------	--

事業所	フリガナ		ジチド・ウハツツシエンジギョウシヨ カナガワンシヨウ										
	名 称		児童発達支援事業所 かながわ分場										
	所在地		〒		123-4567		←郵便番号を半角数字 7 桁で入力してください						
			神奈川県〇〇市〇〇区〇〇町12-3										
連絡先		電話番号		123-456-7890				F A X 番号		123-456-7890			
従業者の職種・員数	(単位：人)		嘱託医		看護師		児童発達支援管理責任者		児童指導員・指導員		保育士		
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤					1		1				
		非常勤			1						5		
	※基準上の必要人数												
	(単位：人)		栄養士		調理員		機能訓練担当職員		言語聴覚士				
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
	従業者数	常勤											
		非常勤											
	※基準上の必要人数												
従たる事業所の利用定員		5		人									

(備考)

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 「兼務」欄は、当該申請に係る事業以外との兼務を行う職員について記載してください。

付表 5

障害児通所支援事業所に係る多機能型による
事業を実施する場合の記載事項(総括表)

その 1

※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。



※受付番号

申請に係る事業所	種別	フリガナ	マルマルコトモキョウシツ カガリ					
		名 称	〇〇こども教室 かながわ					
	児童発達支援	所在地	〒	123-4567	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください			
		神奈川県横浜市中区日本大通1						
	連絡先	電話番号	123-456-7890		FAX番号	123-456-7890		
(注) 多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。								
多機能型の他の事業所Ⅰ	種別	フリガナ	マルマルコトモキョウシツ カガリ					
		名 称	〇〇こども教室 かながわ					
	放課後等デイサービス	所在地	〒	123-4567	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください			
		神奈川県横浜市中区日本大通1						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
多機能型の他の事業所Ⅱ	種別	フリガナ						
		名 称						
		所在地	〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください			
	連絡先	電話番号			FAX番号			
多機能型の他の事業所Ⅲ	種別	フリガナ						
		名 称						
		所在地	〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください			
	連絡先	電話番号			FAX番号			
多機能型の他の事業所Ⅳ	種別	フリガナ						
		名 称						
		所在地	〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください			
	連絡先	電話番号			FAX番号			
管理者	フリガナ	カガリ エロ						
	氏 名	神奈川 映子						
	住 所	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください				
		神奈川県横浜市中区日本大通3500 コーポブンチョウ102						
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称		兼務する職種		勤務時間	
児童発達支援管理責任者	フリガナ	ヨコハマ タロウ						
	氏 名	横浜 太郎						
	住 所	〒	231-8588	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください				
		神奈川県横浜市中区日本大通4201横浜エクセレント405						
主たる対象とする障害の種類		無し	知的	身体	重心	難聴	盲ろうあ	
			○					
実施事業			児童発達支援	放課後等デイ	医療型児童発達支援	保育所等訪問支援		
		単位の有無	○有 ●無	○有 ●無				
定員	合計	単位①						
	10	単位②						
		単位③						
		単位④						



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

※受付番号

従 業 者 の 職 種 ・ 員 数														
			児童発達支援		医師 (嘱託医含む)		看護師		児童指導員		保育士		指導員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤（人）	1						1					
		非常勤（人）					1				5			
	常勤換算後の人数（人）													
	基準上の必要人数（人）													
			理学療法士又は 作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当職 員		訪問支援員		栄養士		調理員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤（人）												
		非常勤（人）												
	常勤換算後の人数（人）													
	基準上の必要人数（人）													
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤（人）												
		非常勤（人）												
	常勤換算後の人数（人）													
	基準上の必要人数（人）													

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。

記載例

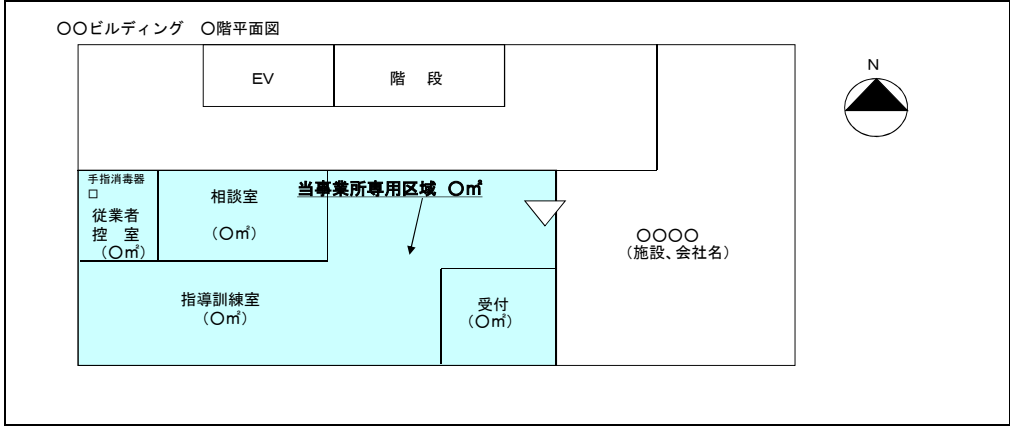
同一又は隣接した場所で他のサービスを実施している場合は、それぞれの配置がわかる位置図等を添付してください。

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、併設事業所の外観及び内部(各室、区画)の写真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		〇〇〇学園																			
サービスの種類		福祉型障害児入所施設																			
種類 居室	設置階	1 階				2 階				階				階				合 計			
	1 室の定員	室数	面積	一人あたり	備考	室数	面積	一人あたり	備考	室数	面積	一人あたり	備考	室数	面積	一人あたり	備考	室数	面積	備考	
居室 A	1人	18	10.8㎡	(10.8㎡)				()				()				()		18	194.4㎡		
居室 B	1人			()		20	9.5	(9.5㎡)				()				()		20	190.0㎡		
居室 C	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		(最も狭い箇所)		1.55	m	(最も狭い箇所)		1.55	m	(最も狭い箇所)			m	(最も狭い箇所)			m				
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。

記 載 例

* 備品の内容について確認をお願いします

参考様式3

事業所・施設の設備・備品等一覧表

事業所の名称	かながわキッズ△△センター
サービスの種類	児童発達支援

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	適合の適否
サービス提供上配慮すべき設備の概要			
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。			
例) ・指導訓練室	・指導訓練に必要な設備を備えている	机 4、いす 4、パーテーション 2 ボールプール、パズル、遊具等	
事務室	個人情報保護に配慮した設備を備えている	事務机4、いす4、鍵付書庫2 パソコン2台、コピー複合機1台	
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	
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。			
感染症予防		・手指消毒 2	

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
児童発達支援管理責任者

経 歴 書

事業所の名称	かながわ△△キッズ		
サービスの種類	児童発達支援		
(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△△キッズ		
サービスの種類	放課後等デイサービス		
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)	(〒123-****) 神奈川県△△市〇〇-〇〇		
電話番号 (自宅)	0123-〇〇-〇〇〇〇		
主な職歴			
期間	勤務先	職務内容	
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	社会福祉法人△△会 知的障害児通園施設 △△園 社会福祉法人かながわ福祉会 かながわ△△キッズ	児童指導員	
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月		管理者	
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)			
サービス管理責任者研修(児童)	平成19年〇月〇日		
サービス管理責任者補足研修	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、児童発達支援管理責任者のいずれかを○印で囲ってください。
管理者、児童発達支援管理責任者についてそれぞれ別業で提出してください。(兼務の場合は1枚で可)

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

川崎市長 様

令和 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△△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	かながわ 一郎 (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	△△園 施設・事業所の種別 (知的障害児通園施設)
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	職種 (児童指導員) 知的障害児の療育活動

業務に従事した日数を必ず記載。
記載がない場合、実務経験証明書として受理できません。

- (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。

記 載 例

参考様式6

利用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	かながわ園
サービスの種類	福祉型障害児入所施設

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>

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

別紙2

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	かながわ△△キッズ
サービス種類	児童発達支援・放課後等デイサービス

職種	勤務 形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27				28
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土				日
			開所日	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○					
管理者	常勤・専従	かながわ 一郎	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		
児童発達支援管理責任者	常勤・専従	はこね 山雄	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		
保育士	常勤・専従	やまだ 良子	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		
指導員	常勤・兼務	まつだ たろう	6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			120	30.0		
指導員	非常勤・専従	おおい 花子	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0		
指導員	非常勤・専従	なかい しずか	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
																															0	0.0		
合計																															760	190.0		
			当該事業所・施設において常勤職員が1週間に勤務すべき時間数																												40			

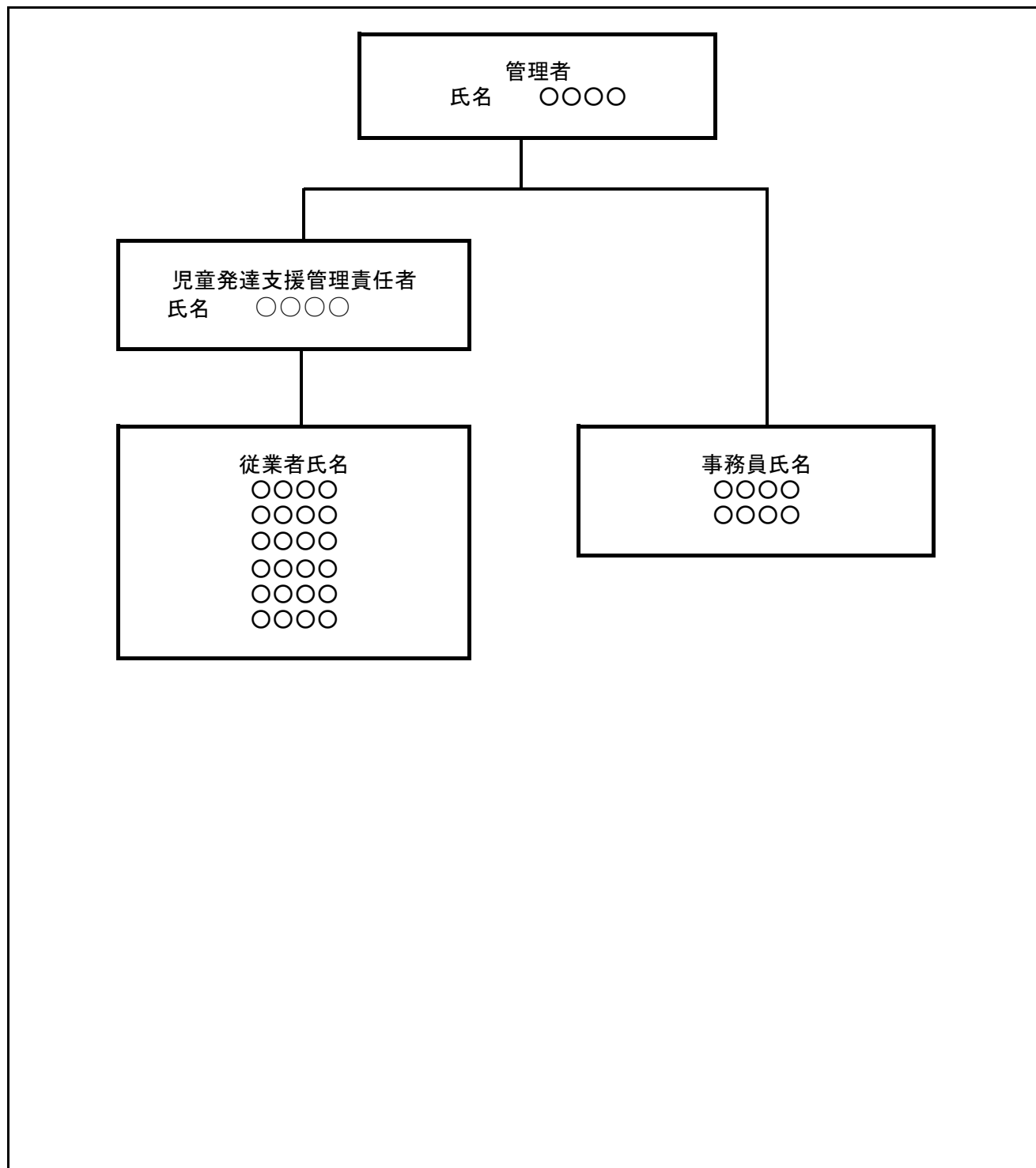
注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。
注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
注4 有資格職者は資格を証する書面の写しを添付してください。

(参考様式7)

記 載 例

組 織 体 制 図

事業所の名称	
サービスの種類	



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。

(参考様式 8)

記 載 例

主たる対象とする障害の種類を定める理由

事業所名	かながわ△△キッズ
サービスの種類	児童発達支援

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。

障害児（ 知的障害児 ）

※ 障害児について障害種別を特定している場合は、括弧内に記載。

2 主たる対象者を 1 のとおり特定する理由

法人で、前身が知的障害児施設である福祉型障害児入所施設を運営しており蓄積された支援技法を活用した事業展開を考えているため。

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

(参考様式9)

児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

川崎市長 殿

申請者	所在地	神奈川県〇〇市〇〇町1234番地
	名称	社会法人〇〇会
代表者	住所	神奈川県△△市●●町5678番地
	氏名	理事長 神奈川 太郎 印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる児童福祉法第21条の5の15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

【児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 2 当該申請に係る障害児通所支援事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第21条の5の19第1項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第21条の5の19第2項の都道府県の条例で定める指定通所支援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児通所支援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。
 - * 政令で定める法律
精神保健福祉士法、公認心理師法、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、生活保護法、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、児童買春、児童ポルノに係る行為等の規制及び処罰並びに児童の保護等に関する法律、児童虐待の防止等に関する法律、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、認定こども園法、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律、子ども・子育て支援法、国家戦略特別区域法（第12条の5第15項及び第17項から第19項までの規定に限る。）、民間あっせん機関による養子縁組のあっせんに係る児童の保護等に関する法律。医療型児童発達支援を提供するものにあつては、このほか医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律、薬剤師法、再生医療等の安全性の確保等に関する法律、難病の患者に対する医療等に関する法律、臨床研究法。
- 5の2 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるもの（*）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
 - * 政令で定める労働に関する法律の規定
 - ・ 労働基準法第117条、第118条第1項（同法第6条及び第56条の規定に係る部分に限る。）、第119条（同法第16条、第17条、第18条第1項及び第37条の規定に係る部分に限る。）及び第120条（同法第18条第7項及び第23条から第27条までの規定に係る部分に限る。）の規定並びにこれらの規定に係る同法第121条の規定（これらの規定が労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第44条（第4項を除く。）の規定により適用される場合を含む。）
 - ・ 最低賃金法第40条の規定及び同条の規定に係る同法第42条の規定
 - ・ 賃金の支払の確保等に関する法律第18条の規定及び同条の規定に係る同法第20条の規定

- 6 申請者が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6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(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があつた日前60日以内に当該法人の役員又はその障害児通所支援事業所を管理する者(以下この条及び第21条の5の24第1項第11号において「役員等」という。)であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前60日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児通所支援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つ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児通所支援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児通所支援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(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。))の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6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、指定障害児通所支援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つ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児通所支援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児通所支援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。
- 9 申請者が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6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15条の規定による通知があつ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21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)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 申請者が、第21条の5の22第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第21条の5の24第1項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)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 第9号に規定する期間内に第21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該事業の廃止の届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)の管理者であつた者で、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。
- 12 申請者が、指定の申請前5年以内に障害児通所支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 13 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9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。
- 14 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9号から第12号までのいずれかに該当する者であるとき。

【児童福祉法第21条の5の15第3項(第7号を除く)各号の規定は、障害児入所施設の指定について準用する。】

記 載 例

役 員 等 名 簿

申請者（法人）名 （ ）

(ふりがな) 氏 名	生年月日	(ふりがな) 住 所	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	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	
	管理者	×××-×××-××××	×××-×××-××××

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してください。

協力医療機関との契約の内容

事業所の名称	かながわ△△キッズ
サービスの種類	児童発達支援

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
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） 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 通所児童の体調の急変時等に際しての、助言・指導及び受診等の協力体制をとる</p> <p>2 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。

指定障害児通所支援事業所 管理者誓約書

「川崎市指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年川崎市条例第54号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当指定障害児通所支援事業の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

令和 年 月 日

川崎市長

様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名

事業所名

管理者氏名

管理者個人印を押

印

川崎市指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例【抜粋】

（管理者の責務）

第37条 指定児童発達支援事業所の管理者は、当該指定児童発達支援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 指定児童発達支援事業所の管理者は、当該指定児童発達支援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。

（医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援においても準用）

指定障害児入所施設 管理者誓約書

「川崎市指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年川崎市条例第55号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当指定障害児入所施設の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

令和 年 月 日

川崎市長

様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名

事業所名

管理者氏名

管理者個人印を押

印

川崎市指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例【抜粋】

（管理者による管理等）

第34条

（第1項 略）

2 指定福祉型障害児入所施設の管理者は、当該指定福祉型障害児入所施設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 指定福祉型障害児入所施設の管理者は、当該福祉型障害児入所施設の従業者にこの章の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行うものとする。

（医療型障害児入所施設においても準用）

事業計画書

事業所名又は施設名	かながわ△△キッズ
サービス種類	児童発達支援

項 目	内 容
1 事業の内容	* 運営規程を参考に記載してください
2 事業開始年月日	* 事業開始予定年月日を記載
3 従業者等の人員	* 運営規程を参考に記載してください
4 利用者の定員	* 運営規程を参考に記載してください
5 研修計画	適切な利用者支援ができるよう次の研修を行う。 ①人権研修(外部講師)・虐待防止研修 年2回 ②支援技術に関する研修 年4回 ③初任者研修・キャリアアップ研修 その他、他事業所との交換研修等行う。
6 その他	

※事業計画書は、当該事業所の年間事業計画を作成してください。

収支予算書

事業所名：〇〇こども教室 かわさき

サービス種別：

(単位：千円)

		4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	1 0 月	1 1 月	1 2 月	1 月	2 月	3 月	合計
収入見込み	利用者見込数 (1 日当たり)	3 人	5 人	6 人	7 人	8 人	8 人	8 人	9 人	9 人	9 人	9 人	9 人	90
	開所日数	23	24	26	25	23	26	25	23	24	25	24	25	293
	月延べ利用者数	69	120	156	175	184	208	200	207	216	225	216	225	2201
	算定額 (＊) (1 回当たり)	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	8.9	
	障害児 通所給付費 受入れ額	0	0	614	1,068	1,388	1,558	1,638	1,851	1,780	1,842	1,922	2,003	15,664
	合計(A)	0	0	614	1,068	1,388	1,558	1,638	1,851	1,780	1,842	1,922	2,003	15,664
支出見込み	人件費	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	950	11,400
	旅費、交通費	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	840
	事務所賃借費	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130	1,560
	通信費	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
	諸経費	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3,600
	合計(B)	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	1,480	17,760
	利益(A－B)	-1,480	-1,480	-866	-412	-92	78	158	371	300	362	442	523	-2,096

＊ 算定額 ＝ （ 本体報酬 ＋ 各種加算 ） × 地域区分の単位

・ 諸経費には、消耗品費、光熱水費、車両管理費、研修費、宣伝広告費、租税公課、社会保険料、借入金返済、レンタル料等が見込まれます。

令和 年 月 日

川崎市長

殿

法人名	社会福祉法人 ○○会
届出者 住所	神奈川県○○市○○町1234番地
代表者職氏名	理事長 神奈川 太郎

次のとおり障害児通所支援事業を開始しますので、届け出ます。

1 事業の種類及び内容

*運営規程を参考に記載

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）

社会福祉法人 ○○会

神奈川県○○市○○町1234番地

3 職員の定数及び職務の内容

*運営規程を参考に記載

4 主な職員の氏名及び経歴

*管理者経歴書、児童発達支援管理責任者経歴書等より抜粋

5 事業を行おうとする区域

*運営規程を参考に記載。

6 当該事業の用に供する施設の所在地及び利用定員

*運営規程を参考に記載。

7 事業開始の予定年月日

令和○年○月○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。

記載例

サービス管理責任者等実践研修受講誓約書
(基礎研修修了者みなし配置用)

令和 〇〇年〇月〇〇日

川崎市長 様

所在地 藤沢市〇〇町△―■―●

申請者 名称 社会福祉法人■△

代表者 理事長 よこはま はなこ

基礎研修修了者をみなし配置する場合、
提出ください

このたびは、児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業所の指定申請、若しくは、児童発達支援管理責任者の変更の届出に際し、当該事業所に配置する児童発達支援管理責任者について、サービス管理責任者等の研修修了に伴う経過措置（※）に基づき、みなし配置する旨を申請し、基礎研修（「基礎研修」という。）を修了者としてみなし配置します。

つきましては、児童発達支援管理責任者が未配置とならないよう基礎研修修了後3年を経過するまでに受講要件を充足した上で、次のとおりサービス管理責任者等実践研修を受講させることを誓約します。

また、研修修了後、速やかに修了証書等受講を証明する書類の写しを提出します。

1 事業所名	かながわ〇△園
2 実践研修を受講させる者の氏名	かながわ 二郎
3 基礎研修修了者になった日	令和 △△ 年 △△ 月 △△ 日
4 実践研修の受講要件充足予定年月	令和〇〇 年 〇〇 月
5 みなし配置終了期限	令和 ■■ 年 ■■ 月 ■■ 日

(※) 「障害児通所支援又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの」
(平成24年厚生労働省告示第230号) 四参照

事業者指定前の確認・誓約事項

申請	<p>○申請書の審査に係る標準処理期間は、書類の補正にかかる期間（県から申請者に修正点を伝達し、差し替え等書類を収受するまで）を除き、12日間（営業日計算）です。</p> <p>○なお、申請書に不備ゆえに12日以内の点があった場合には確認を要するところから、上記の限りではありません。</p> <p>○申請書を保証す</p> <p>○意図の如何に関わらず、本書を含む申請書類に虚偽が判明した場合、原則として、指定前の場合は当該申請を拒否、指定後の場合は取消しとします。また、虚偽申請により事業者として不適格とみなされた場合は、事業者として運営する他事業所も合わせて指定を取り消すことがあります。</p> <p>○申請書の提出以降、申請内容について変更があった場合には、一旦、申請取下げの上、再申請していただきます。</p>
指定基準	<p>○基準条例及び報酬告示は遵守していただきます。これらに適合しない場合は、指定を行いません。</p> <p>○関係法令のうち代表的なものは別表1のとおりです。</p> <p>○代表的なQ & Aは、別表2のとおりです。</p> <p>○上記に記載されている内容は、申請者・事業者の責任において理解していただきます。解釈に関するご質問は受け付けますが、個別の事例により取り扱いが異なることがあります。</p>
他法遵守 及び 地域住民 等への説明	<p>○事業所運営に関連する他の法律も遵守していただきます。（関連の多い法律の例は別表3のとおり。）必ず、事前に他法に係る関係機関との連絡・調整を済ませてください。</p> <p>○他の法律に適合せず、事業を実施できないことが判明した場合、指定を行いません。また、指定後に当該事実が判明した場合は、関係機関と協議の上、指定の停止等の処分も含めて対応を検討します。</p> <p>○事業所の開設を予定する市町村への地域ニーズ調査は、必ず実施していただきます。</p> <p>○事業所の開設を予定する地域の住民に対しては必ず十分な説明を行っていただき、ご理解・ご協力を得られるよう努めてください。</p> <p>○事業所の開設後に連携する他事業者や教育機関等に対する事業説明は、できる限り行うよう努めてください。</p>
その他	<p>○児童発達支援管理責任者をみなし配置する場合、開設から規定期間内に適切に研修を受講させてください。（規定期間後も研修未修了の場合、減算等が適用されます。）</p> <p>○管理者を事業所の指導員としても兼務し配置する場合は、専従でなければなりません。また、管理者が指導員ではなく他事業所の管理者と兼務する場合であっても、適切に移動できる範囲内で、適切に管理できる数の事業所に限られます。</p> <p>○事業開始後は、請求の根拠となるサービス提供に係るあらゆる記録が整備保管されていなければなりません。記録されていない場合や、保管されておらず確認できない場合は、報酬・加算の請求を取り下げいただくことがあります。</p>

以上のことを理解し、遵守することを誓約します。

誓約日
法人名
法人所在地
代表者

〇〇年 〇〇月 〇〇日
社会福祉法人 〇〇会
神奈川県〇〇市〇〇町1234番地
理事長 神奈川 太郎

別表 1 〈関係法令等〉

(法律)

- ・ 社会福祉法
- ・ 児童福祉法
- ・ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

(政令)

上記各法の施行令

(省令)

- ・ 上記各法の施行規則
- ・ 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準
- ・ 児童福祉法に基づく指定障害児入所施設等の人員、設備及び運営に関する基準
- ・ 児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準
- ・ 障害児通所給付費等の請求に関する省令

(告示)

- ・ 児童福祉法に基づく指定入所支援に要する費用の額の算定に関する基準
- ・ 児童福祉法に基づく指定通所支援及び基準該当通所支援に要する費用の額の算定に関する基準
- ・ 障害児通所支援又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの
- ・ 厚生労働大臣が定める一単位の単価
- ・ 食事の提供に要する費用及び光熱水費に係る利用料等に関する指針
- ・ 厚生労働大臣が定める施設基準
- ・ 厚生労働大臣が定める児童等
- ・ 厚生労働大臣が定める障害児の数の基準、従業者の員数の基準及び営業時間の時間数並びに所定単位数に乘じる割合
- ・ 児童福祉法に基づく指定通所支援及び基準該当通所支援に要する費用の額の算定に関する基準に基づき厚生労働大臣が定める地域

(条例)

- ・ 児童福祉法施行細則
- ・ 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準を定める条例
- ・ 児童福祉施設の設備及び運営に関する基準を定める条例施行規則
- ・ 指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例
- ・ 指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例施行規則

別表２ 〈Ｑ＆Ａ〉

- ・ 平成24年度障害福祉サービス等報酬改定に関するＱ＆Ａ（平成24年８月31日）
- ・ 平成26年度障害福祉サービス等制度改正に関するＱ＆Ａ（平成26年４月９日）
- ・ 児童福祉法に基づく指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準の一部改正に係るＱ＆Ａについて（平成27年２月20日）
- ・ 平成27年度障害福祉サービス等報酬改定に関するＱ＆Ａ（平成27年３月31日）
- ・ 平成27年度障害福祉サービス等報酬改定に関するＱ＆Ａ VOL. 2（平成27年４月30日）
- ・ 平成27年度障害福祉サービス等報酬改定に関するＱ＆Ａ（VOL. 3）（平成27年５月19日）

別表３ 〈その他関連する主な法律等〉 ※（ ）書きは、法令所管機関

- ・ 行政書士法
- ・ 法人所管法令…社会福祉法、特定非営利活動促進法、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律、会社法 等
- ・ 国税法令…法人税法、消費税法、印紙税法 等
- ・ 地方税法（県税事務所）
- ・ 労働基準法（労働基準監督署）
- ・ 消防法（各市町村消防）
- ・ 建築基準法（建築主事を置く市町村は当該市町村、その他は各土木事務所）
- ・ 都市計画法（建築主事を置く市町村は当該市町村、その他は各土木事務所）
- ・ 県みんなのバリアフリー街づくり条例…（建築主事を置く市町村は当該市町村、その他は各土木事務所）