

## 記載例

受付番号 ※

## サテライト型住居に係る記載事項

事業所名	かながわ○△ホーム		事業所番号	142*****		
フリガナ	ダイイチカナガワホームサテライト1					
名 称	第1 かながわホームサテライト1					
所在地	〒 243 - **** 鎌倉市××町9-8-7					
サテライト型住居に供する建物形態						
①住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input checked="" type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )					
②建物所有者名	鎌倉 三郎					
③賃貸借契約の内容	ア 敷金	100000 円	イ 礼金	100000 円	ウ 家賃(月額)	50000 円
	エ 契約期間	2 年	オ 賃貸料がない理由 :			
④居室の床面積	15.5 m <sup>2</sup>					
本体住居の名称	第1 かながわホーム					
本体住居との距離	1.1 km (利用者移動時間 15 分、移動手段 徒歩)					
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器 :	携帯電話					
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障害者・ <input type="checkbox"/> 知的障害者・ <input checked="" type="checkbox"/> 精神障害者・ <input type="checkbox"/> 難病等対象者					
利用料	運営規程に定めるとおり					
その他の費用	運営規程に定めるとおり					
フリガナ	ダイサンカナガワホームサテライト1					
名 称	第3 かながわホームサテライト1					
所在地	〒 243 - **** 鎌倉市△△町9-7-5					
サテライト型住居に供する建物形態						
①住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( テラスハウス )					
②建物所有者名	鎌倉 五郎					
③賃貸借契約の内容	ア 敷金	70000 円	イ 礼金	0 円	ウ 家賃(月額)	70000 円
	エ 契約期間	3 年	オ 賃貸料がない理由 :			
④居室の床面積	48 m <sup>2</sup>					
本体住居の名称	第3 かながわホーム					
本体住居との距離	2.3 km (利用者移動時間 18 分、移動手段 バス)					
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器 :	携帯電話					
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障害者・ <input checked="" type="checkbox"/> 知的障害者・ <input type="checkbox"/> 精神障害者・ <input type="checkbox"/> 難病等対象者					
利用料	運営規程に定めるとおり					
その他の費用	運営規程に定めるとおり					
フリガナ						
名 称						
所在地	〒 -					
サテライト型住居に供する建物形態						
①住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 ( )					
②建物所有者名						
③賃貸借契約の内容	ア 敷金	円	イ 礼金	円	ウ 家賃(月額)	円
	エ 契約期間	年	オ 賃貸料がない理由 :			
④居室の床面積	m <sup>2</sup>					
本体住居の名称						
本体住居との距離	km (利用者移動時間 分、移動手段 )					
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器 :						
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障害者・ <input type="checkbox"/> 知的障害者・ <input type="checkbox"/> 精神障害者・ <input type="checkbox"/> 難病等対象者					
利用料						
その他の費用						

## サテライト型住居に係る記載事項

事業所名		事業所番号	
フリガナ			
名 称			
所 在 地	〒 ー		
サテライト型住居に供する建物形態			
①住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 (       )		
②建物所有者名			
③賃貸借契約の内容	ア 敷金	円	イ 礼金
	ウ 家賃(月額)	円	
	エ 契約期間	年	オ 賃貸料がない理由 :
④居室の床面積	m <sup>2</sup>		
本体住居の名称			
本体住居との距離	km (利用者移動時間 分、移動手段 )		
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器 :			
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障害者・ <input type="checkbox"/> 知的障害者・ <input type="checkbox"/> 精神障害者・ <input type="checkbox"/> 難病等対象者		
利用料			
その他の費用			
フリガナ			
名 称			
所 在 地	〒 ー		
サテライト型住居に供する建物形態			
①住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 (       )		
②建物所有者名			
③賃貸借契約の内容	ア 敷金	円	イ 礼金
	ウ 家賃(月額)	円	
	エ 契約期間	年	オ 賃貸料がない理由 :
④居室の床面積	m <sup>2</sup>		
本体住居の名称			
本体住居との距離	km (利用者移動時間 分、移動手段 )		
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器 :			
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障害者・ <input type="checkbox"/> 知的障害者・ <input type="checkbox"/> 精神障害者・ <input type="checkbox"/> 難病等対象者		
利用料			
その他の費用			
フリガナ			
名 称			
所 在 地	〒 ー		
サテライト型住居に供する建物形態			
①住居区分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> その他 (       )		
②建物所有者名			
③賃貸借契約の内容	ア 敷金	円	イ 礼金
	ウ 家賃(月額)	円	
	エ 契約期間	年	オ 賃貸料がない理由 :
④居室の床面積	m <sup>2</sup>		
本体住居の名称			
本体住居との距離	km (利用者移動時間 分、移動手段 )		
利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器 :			
主たる対象者	<input type="checkbox"/> 身体障害者・ <input type="checkbox"/> 知的障害者・ <input type="checkbox"/> 精神障害者・ <input type="checkbox"/> 難病等対象者		
利用料			
その他の費用			

## 記載例

付表14 別紙 他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員について

他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員を全て記載してください。 ※記入欄が不足する場合は追加して記入してください。						
1	フリガナ	ソウダン イチロウ	事業所の名称	相談支援事業所〇〇		
	氏名	相談 一郎	事業の種類	一般相談支援 (地域移行支援)	兼務する職種	相談支援専門員
			勤務時間	3時間/日		
2	フリガナ	ソウダン イチロウ	事業所の名称	相談支援事業所〇〇		
	氏名	相談 一郎	事業の種類	特定相談支援	兼務する職種	相談支援専門員
			勤務時間	2時間/日		
3	フリガナ	ソウダン イチロウ	事業所の名称	相談支援事業所〇〇		
	氏名	相談 一郎	事業の種類	障害児相談支援	兼務する職種	相談支援専門員
			勤務時間	2時間/日		
4	フリガナ	ソウダン イチロウ	事業所の名称	相談支援事業所〇〇		
	氏名	相談 一郎	事業の種類	障害児相談支援	兼務する職種	相談支援専門員
			勤務時間	2時間/日		
5	フリガナ	アイカワ ダン	事業所の名称	相談支援事業所〇〇		
	氏名	相川 談	事業の種類	障害児相談支援	兼務する職種	相談支援専門員
			勤務時間	2時間/日		
6	フリガナ	カナガワ ジロウ	事業所の名称	グループホーム〇〇		
	氏名	かながわ じろう	事業の種類	共同生活援助	兼務する職種	世話人
			勤務時間	18時間/週		
7	フリガナ	カナガワ ジロウ	事業所の名称	相談支援事業所〇〇		
	氏名	かながわ じろう	事業の種類	一般相談支援(地域定着支援)	兼務する職種	相談支援専門員
			勤務時間	18時間/週		
8	フリガナ		事業所の名称			
	氏名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			
9	フリガナ		事業所の名称			
	氏名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			
10	フリガナ		事業所の名称			
	氏名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			

兼務状況は、当該事業所のものだけでなく、他事業所で従事している場合も記入してください。  
なお、同一事業所で同時並行的に従事している場合は、



# 記載例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	かながわ介護事業所
サービス種類	居宅介護

プルダウンメニューからサービス種類を選択してください。

「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」は「訪問系・一般相談支援用」と「訪問系・一般相談支援を除くサービス用」の2種類あります。該当

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	兼務先		
			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・兼務	かながわ 三郎	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		かながわ介護事業所（訪問介護）		
サービス提供責任者	常勤・兼務	きよかわ 村男	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		かながわ介護事業所（訪問介護）		
ヘルパー	常勤・兼務	あいかわ 花子	6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			120	30.0		かながわ介護事業所（訪問介護）		
ヘルパー	非常勤・専従	湯河 原野	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0				
ヘルパー	非常勤・兼務	まな 鶴子	4		4	4			4		4	4			4		4	4			4		4	4			4		4	4			48	12.0		かながわGH（世話人）
																													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	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	0.0						
																													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						
																													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	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	0.0						
																													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						
																													0	0.0						
																													0	0.0						
											</																									

# 記載例

(訪問系サービス・一般相談支援を除くすべてのサービス)

共同生活介護・共同生活援助の個別 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」は「訪問系・一般相談支援用」と「訪問系・一般相談支援を除くサービス用」の2種類あります。該当す

事業所名	生活介護かながわ(〇〇ホーム)
サービス種類	生活介護

プルダウンメニューからサービス種類を選択してください。

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	加算等に係る資格・兼務先	
			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
管理者	常勤・兼務	かながわ 次郎	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0			
サービス管理責任者	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			
生活支援員	常勤・専従	やまだ 開成	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		介護福祉士	
生活支援員	常勤・兼務	まつだ たろう	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0		かながわB(生活支援員)/介護福祉士	
生活支援員	常勤・専従	おおい 花子	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0		社会福祉士	
生活支援員	非常勤・兼務	なかい 春代	3		3					3		3					3		3					3		3					36	9.0		かながわB(職業指導員)	
生活支援員	非常勤・専従	にのみや 夏子	5	5	5					5	5	5																			60	15.0			
生活支援員	非常勤・専従	おおいそ 秋男		5			5	5									5			5	5										60	15.0			
生活支援員	非常勤・兼務	さむかわ 冬彦	3		3					3		3					3		3												36	9.0			
看護師	非常勤・専従	はやま 海子		3		3					3		3																		24	6.0		看護師	
																															0	0.0			
																																0	0.0		
																																0	0.0		
																																0	0.0		
																																0	0.0		
合計																															616	154.0	3.8		
			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			

管理者・サービス管理責任者を除いた職員の週平均の勤務時間を合計し、就業規則で定められた常勤職員が1週間に勤務すべき時間数(この例は40。32時間を下回る場合は32を基本とします)で割り、**小数点第2位以下を切り捨て**ます。  
 $154 \div 40 = 3.85 \rightarrow$  常勤換算後の

加算等に係る資格を有している場合は記入してください。従業員で他の事業等に兼務する場合は記入してください。

事業所において規定している時間数を記載してください。

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。  
 なお、共同生活介護・共同生活援助については、事業所全体及び住居ごと(「事業所名」欄には住居名を( )をつけて記入)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 管理者・サービス管理責任者は、常勤換算後の人数には含みません。

# 記載例

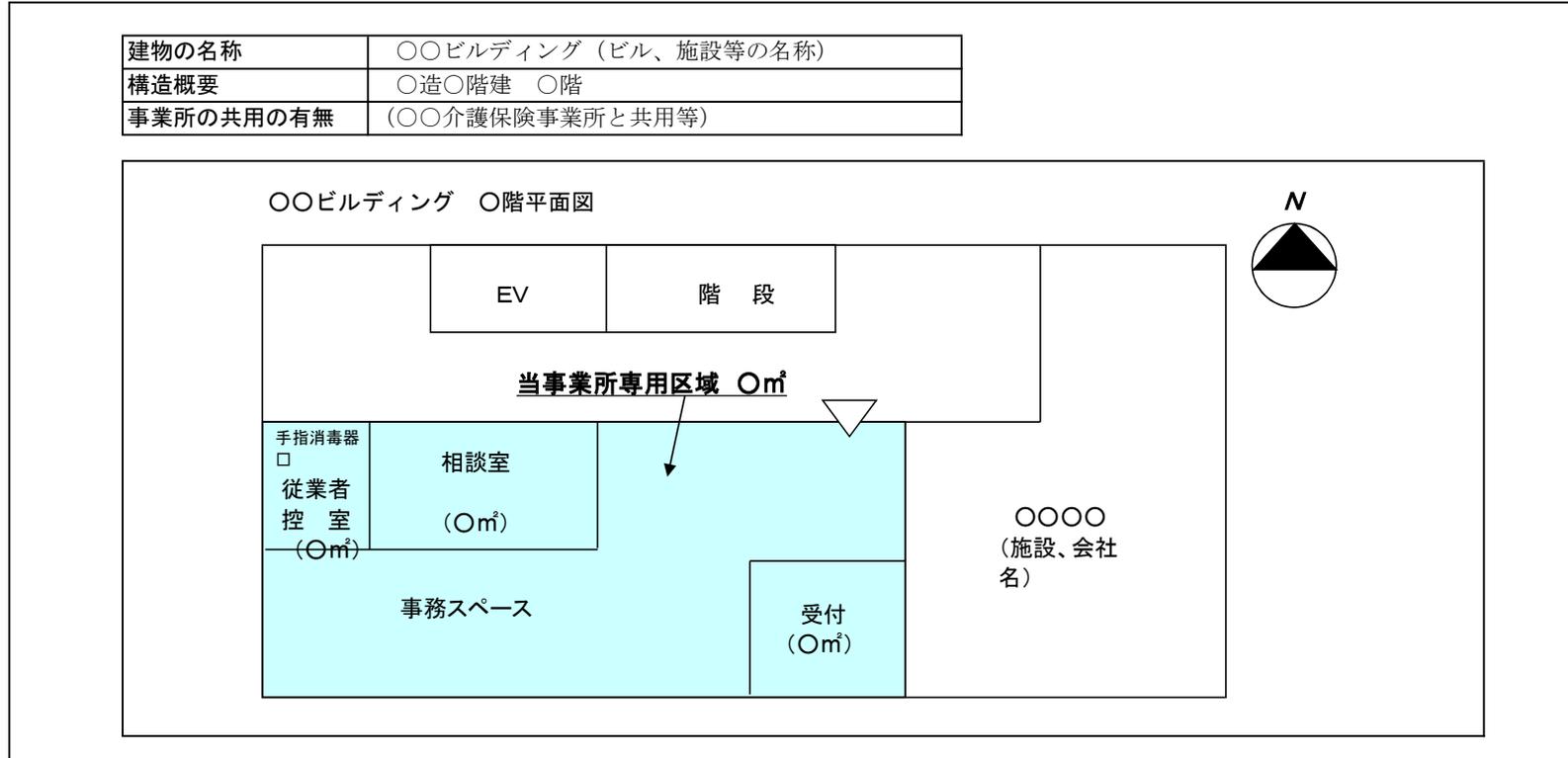
同一又は隣接した場所で他のサービスを実施している場合は、それぞれの配置がわかる位置図等を添付してください。

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	かながわ〇△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				合 計		
		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	1室の定員															
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			1				共用							
特別浴室		1							共用							
一般浴室					1				共用							
洗面所		1			1				共用							
便所		2			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)		
中廊下幅				1.9	m		1.9		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	<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>		
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	
・事務室	・個人情報の漏えいを防ぐため、鍵付きの書庫を設置している。	鍵付き書庫2	
感染症予防	・事業所入口及び洗面所に手指消毒を設置	ウエルパス 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	
<p>通所サービス、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>			

- 備考 1 申請するサービスの種類に関して、基準条例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  
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○△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○△園		
サービスの種類	施設入所支援		
フリガナ	かがり仔助	生年月日	昭和○○年○月○日
氏 名	かながわ一郎		
住 所 (自宅)	(〒231-****)	神奈川県平塚市○○-○○	
電話番号 (自宅)	0463-○○-○○○○		
主な職歴			
期間	勤務先	職務内容	
昭和○○年○月～平成○○年○月	社会福祉法人△△会特別養護老人ホーム○△□苑	介護職員	
平成○○年○月～平成○○年○月	社会福祉法人かながわ福祉会かながわ○△園	生活支援員	
平成○○年○月～平成○○年○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○○年○月○日		
社会福祉士	平成○○年○月○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○月○日		
相談支援従事者現任者研修	平成22年○月○日		
★ 研修終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

川崎市長 様

令和〇年 〇月 〇日

法人印を押印

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

印

肩書き名も入力ください。

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	職種 ( 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（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</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>

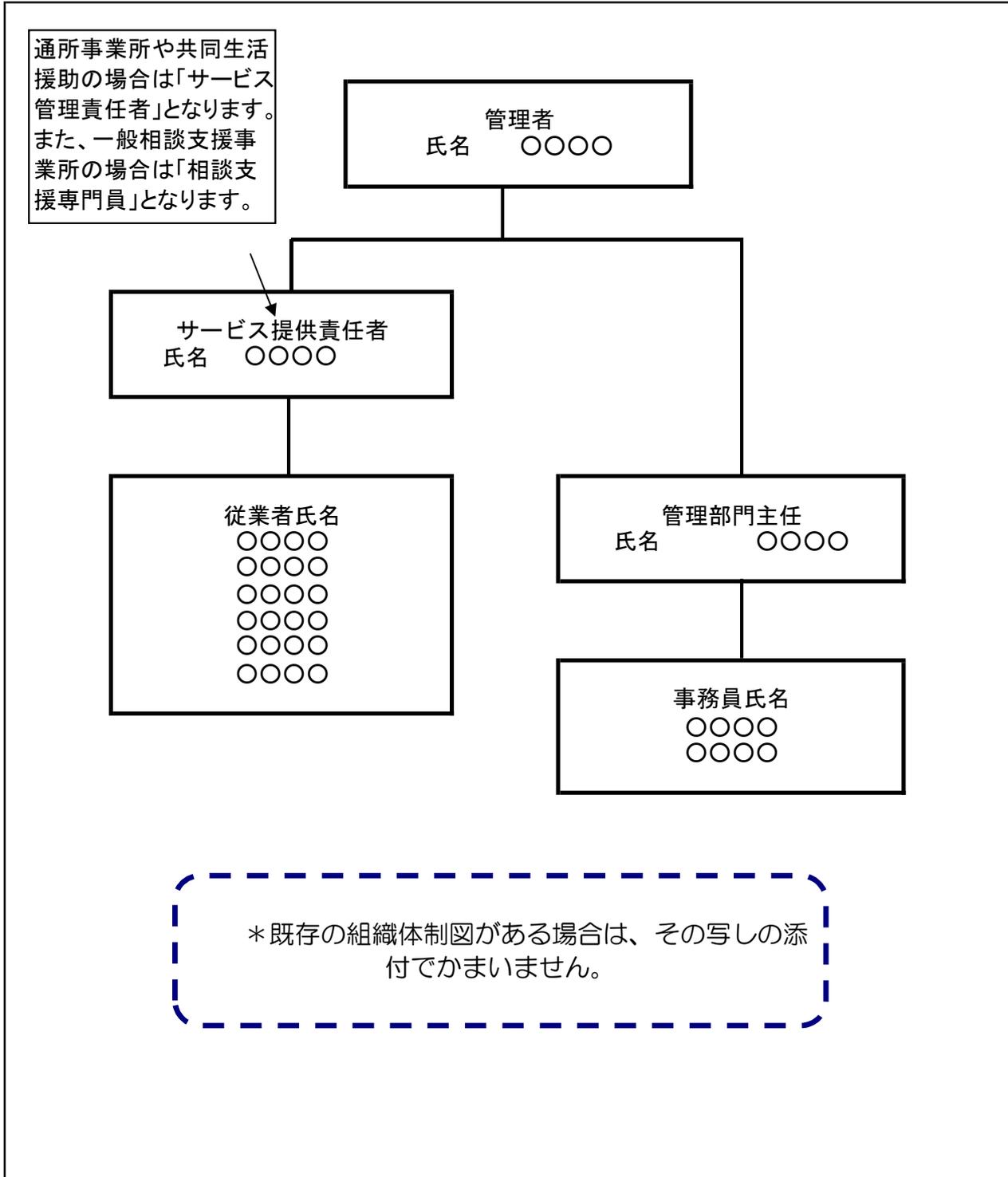
備考 上記は例示であるので、これに関わらず、適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

# 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



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。

## 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。

【重度訪問介護を除く訪問系・短期入所・共同生活援助・一般相談支援】

身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 障害児

【重度訪問介護】

重度肢体不自由者 ・ 行動障害者

【上記のサービス以外】

身体障害者（肢体不自由） ・ 視覚障害 ・ 聴覚言語障害 ・ 内部障害）  
知的障害者 ・ 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

### 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 法律第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

この誓約書は「欠格事由に該当  
しない旨の誓約書」です。

令和 〇〇年 〇月 〇日

川崎市長 様

申請者	所在地	神奈川県横浜市中区〇〇-〇
	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	理事長 かながわ一郎

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第36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第36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43条第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43条第2項の都道府県の条例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、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、精神保健福祉士法、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、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、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4第15項及び第17項から第19項までの規定に限る）、公認心理師法、（療養介護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）。
- 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。
  - \* ア 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。）
  - イ 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
  - ウ 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50条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)又は第51条の29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(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った日前60日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者その他の政令で定める使用人〔法第36条第1項に規定するサービス事業所を管理する者〕(以下「役員等」という。)であっ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、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であっ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(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50条第1項又は第51条の29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。〔療養介護に係る申請にあっては、この号を除く。〕
- 8 申請者が、第50条第1項又は第51条の29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15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46条第2項又は第51条の25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(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。
- 9 申請者が、第48条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。)又は第51条の27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(当該検査の結果に基づき第50条第1項又は第51条の29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じた場合における当該特定の日をいう。)までの間に第46条第2項又は第51条の25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(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 第8号に規定する期間内に第46条第2項又は第51条の25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60日以内に当該届出に係る法人(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11号までのいずれかに該当する者であるとき。

(参考様式9-2)

## 記載例

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

この誓約書は「欠格事由に該当しない旨の誓約書」です。

令和 年 月 日

川崎市長 殿

申請者 所在地 ○○市××1-2-3  
名称 社会福祉法人○○福祉会  
代表者 住所 ◎◎町▲▲10-20  
氏名 理事長 かながわ はなこ

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第51条の19第2項において準用する同法第36条第3項（第4号、第10号及び第13号を除く。）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第36条第3項（第4号、第10号及び第13号を除く。）の読替後の規定】

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係る一般相談支援事業所（第51条の14第1項に規定する一般相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第51条の23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51条の23第2項の厚生労働省令で定める指定地域相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な一般相談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。
- 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、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、精神保健福祉士法、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、就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律、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4第15項及び第17項から第19項までの規定に限る）、公認心理師法。
- 5の2 申請者が、労働に関する法律の規定であっ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。
  - \* ア 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。）
  - イ 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
  - ウ 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

- 6 申請者が、第50条第1項（同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）又は第51条の29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（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（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該法人の役員又はその一般相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であっ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、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であっ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、指定一般相談支援事業者（第51条の14第1項に規定する指定一般相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）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一般相談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一般相談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50条第1項又は第51条の29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、指定一般相談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一般相談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一般相談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。
- 8 申請者が、第50条第1項又は第51条の29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15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46条第2項又は第51条の25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（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。
- 9 申請者が、第48条第1項（同条第3項において準用する場合を含む。）又は第51条の27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（当該検査の結果に基づき第50条第1項又は第51条の29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46条第2項又は第51条の25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（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 申請者が、指定の申請前5年以内に相談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。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第5号から第6号、第8号、第9号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

# 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）

(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 <small>いちろう</small> 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-xx-xxxx	0463-xx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx
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	xxx-xxx-xxxx	xxx-xxx-xxxx

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。

# 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) 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> <ol style="list-style-type: none"><li>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。</li><li>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。</li><li>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。</li></ol> <p style="text-align: right;">等</p> <div style="border: 1px dashed blue; padding: 10px; text-align: center;"><p>* 契約書の写しを添付してもかまいません。</p></div>
-------	---

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○△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○△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"><li>・ 世話人の選定及び世話人の代替要員を確保する。</li><li>・ 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。</li><li>・ 世話人の指導、監督、援助、研修を行う。</li><li>・ 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。</li></ul>

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**  
**関係機関との協力体制**

事業所の名称	相談支援事業所〇〇
サービスの種類	一般相談支援事業所（地域定着支援）

関係機関の名称	社会福祉法人▲▲会■●園
所在地	××市××1234
電話番号	***-***-****

協力体制の内容	・利用者の状況により、一時的な滞在が必要となった場合に、社会福祉法人▲▲会■●園で受け入れてもらう委託契約を締結している。
---------	---

**【次のいずれかに該当する場合は必ず作成】**

①主たる対象者を特定する場合

②地域移行支援を申請する場合であって、体験利用・体験宿泊を委託する場合

③地域定着支援を申請する場合であって、一時的な滞在を委託する場合

複数の協力機関等がある場合は、協力機関ごとに別葉に作成してください

備考

- 「協力の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。
- 「地域移行支援」を行う場合であって、「障害福祉サービス事業の体験的な利用（生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援に限る）」、「一人暮らしに向けた体験的な宿泊」を他の指定障害福祉サービス事業者等に委託する場合も作成すること。
- 「地域定着支援」を行う場合であって、「緊急の場合における一時的な滞在による支援」を他の指定障害福祉サービス事業者等に委託する場合も作成すること。

記 載 例

常時の連絡体制の確保の具体的方法

事業所の名称	相談支援事業所〇〇
サービスの種類	一般相談支援事業所（地域定着支援）

連絡体制の内容	<p>※営業時間外の事業所の人員体制（宿直等）や利用者との連絡体制を含め、具体的に記載してください。</p> <p>常時連絡可能な携帯電話（***-***-***）を配備し、緊急事態発生時は速やかに、相談支援専門員またはその他の地域定着支援の職務を行う者が対応する。</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p><b>地域定着支援を行う場合は作成してください。</b></p> </div>
---------	--

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

このたびの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に基づく指定障害福祉サービス事業者等の指定申請、若しくは、サービス管理責任者の変更の届出にあたり、当該事業所に配置すべきサービス管理責任者について、サービス管理責任者等の研修見直しに伴う経過措置(※)により、サービス管理責任者等基礎研修(「基礎研修」という。)修了者をみなし配置します。

つきましては、サービス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。

**基礎研修修了者をみなし配置する場合、  
提出ください**

1 事業所名	かながわ〇〇△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

(※) 「指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等」(平成18年厚生労働省告示第544号)一八参照

記 載 例

**行動援護従業者養成研修等受講誓約書**

川崎市長 様

**当該研修を未受講の場合、提出ください** 令和〇〇年〇月〇〇日

所 在 地 〇〇市〇〇町〇〇番地

名 称 〇〇ケアサービス株式会社〇〇営業所

代表者役職 代表取締役社長  
名

氏名 〇〇 〇〇

上記の者に令和〇〇年〇月末日までに次のとおり行動援護従業者養成研修、又は強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）を受講させることを誓約します。

区分	修了が必要な研修	氏名	常勤・非常勤の別	備考
サービス提供責任者	行動援護従業者養成研修 又は 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）	神奈川 太郎	常勤	
		平塚 花子	非常勤	
神奈川 太郎		常勤	サービス提供責任者兼務	
平塚 花子		非常勤	サービス提供責任者兼務	
藤沢 さくら		常勤		
鎌倉 百合子		非常勤		
小田原 菊子		非常勤		

- ※ 研修修了後、速やかに研修修了証の写しを提出してください。
- ※ 1人目のサービス提供責任者は、常勤であることが必要です。
- ※ 上記研修の修了に加えて、次に掲げる期間、知的障害者、知的障害児又は精神障害者の直接支援業務に従事することが必要です。  
サービス提供責任者・・・通算3年以上（540日以上）  
従業者・・・通算1年以上（180日以上）
- ※ 行動援護従業者養成研修未修了の者について、修了したものとみなす経過措置令和3年3月31日までとなります。

# 一般就労移行実績

令和 元年 8月 5日

移行元サービス種類	就労移行支援
-----------	--------

申請日

【申請日の属する日から遡って過去3年間に於いて、一般就労に移行した者を記載すること】

	利用者の氏名	就職日	就職先事業所名
1	川崎 太郎	令和1年6月1日	〇〇市役所
2	川崎 太郎1	平成31年1月15日	(株)〇〇〇
3	川崎 太郎2	平成30年11月13日	(社福)〇〇〇
4	川崎 太郎3	平成30年10月1日	〇〇病院
5	川崎 太郎4	平成30年4月1日	(株)〇〇〇
6	川崎 太郎5	平成29年7月1日	〇〇市役所
7	川崎 太郎6	平成28年7月5日	(社福)〇〇〇
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

一般就労移行者が3名以上必要となります。

注1 申請日の属する日から遡って過去3年間に於いて、一般就労に移行した者について記入する。  
一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所への移行は除く。

注2 就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。

注3 申請日の属する日から遡って過去3年間に於いて、一般就労移行者数が3人以上いる場合は指定要件を満たすこととなる。

注4 利用者の移行元事業所である一体的に運営する事業所(多機能型であってもどれか一つのサービスに限る)のサービス種別を記入する。

注5 適宜、欄は追加してください。

### 利用者の推定数と従業者(就労定着支援員)の員数

起算日は指定申請日	就労継続期間が6月に達した者の数	
過去1年間	4	人
過去2年間	1	人
過去3年間	1	人
合計	6	人

利用者の推定数(過去3年間の総数×70%)	4.2	人
-----------------------	-----	---

就労定着支援員の員数	0.1	人
------------	-----	---

白色のセルは自動で表示されますので入力不要です。

(常勤換算)

注 過去3年間のそれぞれの1年間において、一体的に運営する就労移行支援等を受けた後就労し、就労を継続している期間が6月に達した者の数を記入する。

## 6月定着者の状況(利用者の推定数・支援員数)

[指定申請年月日:令和 年 月 日]

## ①過去1年間において就労継続期間が6月に達した者

	利用者の氏名	就職日	就職先事業所名	過去1年間※において6月に達した日	届出時点の継続状況	移行元サービス種別
1	川崎 次郎	平成31年1月15日	(株)〇〇〇	令和1年7月14日	継続	就労移行支援
2	川崎 次郎1	平成30年11月13日	(社福)〇〇〇	令和1年5月12日	継続	就労移行支援
3	川崎 次郎2	平成30年10月1日	〇〇病院	平成31年3月31日	離職	就労移行支援
4	川崎 次郎3	平成30年4月1日	(株)〇〇〇	平成30年9月30日	継続	就労移行支援
5						

※平成30年8月6日～令和元年8月5日

## ②過去2年前の1年間において就労継続期間が6月に達した者

	利用者の氏名	就職日	就職先事業所名	過去2年前の1年間※において6月に達した日	届出時点の継続状況	移行元サービス種別
1	川崎 次郎4	平成29年7月1日	〇〇市役所	平成29年12月31日	継続	就労移行支援
2						
3						
4						
5						

※平成29年8月6日～平成30年8月5日

## ③過去3年前の1年間において就労継続期間が6月に達した者

	利用者の氏名	就職日	就職先事業所名	過去3年前の1年間※において6月に達した日	届出時点の継続状況	移行元サービス種別
1	川崎 次郎5	平成28年7月5日	(社福)〇〇〇	平成29年1月4日	継続	就労移行支援
2						
3						
4						
5						

※平成28年8月6日～平成29年8月5日

注1 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と選択。

注2 過去1～3年の起算日は指定申請日

注3 行が足りない場合は適宜追加して記載。

注4 利用者の移行元事業所である一体的に運営する事業所(多機能型であってもどれか一つのサービスに限る)のサービス種別を選択する。

## 記載例

# 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。

「川崎市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等を定める条例(平成24年川崎市条例第69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。

令和 年 月 日

川崎市長 様

事業者名 (開設法人名)

代表者氏名

肩書き名も入力ください。

事業所名

管理者氏名

印

管理者の個人印 (認

川崎市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等を定める条例【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31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節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31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68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必要な指揮命令を行うものとする。

\*第68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、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。

## 記載例

# 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。

「川崎市指定障害者支援施設の人員、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71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。

令和 年 月 日

川崎市長 様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名

肩書き名も入力ください。

施設名

管理者氏名

印

管理者の個人印（認印）を押印してください

川崎市指定障害者支援施設の人員、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45条

（第1項 略）

- 指定障害者支援施設の管理者は、当該指定障害者支援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。
- 指定障害者支援施設の管理者は、当該指定障害者支援施設の従業者に第2章から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。

# 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。

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

肩書き名も入力ください。

管理者氏名

印

管理者の個人印（認

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節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。

参考様式

就労継続支援A型事業指定申請における確認書

令和〇〇年〇月〇〇日

川崎市長 様

申請者	所在地	藤沢市〇〇△—■—●
	名称	社会福祉法人■△
代表者	住所	鎌倉市〇〇△—■—●
	氏名	理事長 うめもと なおき

指定就労継続支援A型事業所の指定申請にあたり、以下の点について説明を受け、その内容について承知しました。

- ・ 新規指定を受けた半年後を目途に市が実地指導等を行うこと。
- ・ 上記実地指導等において、川崎市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等を定める条例（平成24年川崎市条例第69号）179条に違反する状況が確認された場合、市により勧告・命令や指定取消等が行われる可能性があること。

記

川崎市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等を定める条例【抜粋】

- 1 指定就労継続支援A型事業者は、第177条第1項の規定により雇用契約を締結した利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援するため、賃金の水準を高めるよう努めなければならない。
- 2 指定就労継続支援A型事業者は、生産活動に係る事業の収入から当該事業に必要な経費を控除した額に相当する金額が、利用者に支払う賃金の総額以上となるようにしなければならない。
- 3 指定就労継続支援A型事業者は、第177条第2項の規定により雇用契約を締結していない利用者（以下この条において「雇用契約を締結していない利用者」という。）に対して、生産活動に係る事業の収入から当該事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払わなければならない。
- 4 指定就労継続支援A型事業者は、雇用契約を締結していない利用者の自立した日常生活又は社会生活を営むことを支援するため、前項の規定により支払われる工賃の水準を高めるよう努めなければならない。
- 5 第3項の規定により雇用契約を締結していない利用者それぞれに対して支払われる1月当たりの工賃の平均額は、3,000円を下回ってはならない。
- 6 賃金及び第3項に規定する工賃の支払いに要する額は、原則として、自立支援給付をもって充ててはならない。ただし、災害その他やむを得ない理由がある場合は、この限りでない。

## 事業計画書

事業所名又は施設名	〇〇介護事業所
サービスの種類	居宅介護・重度訪問介護

1. 事業の目的

※運営規程等を参考に記載してください。

支給決定を受けた利用者が居宅において自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、当該事業所の従業者が、当該利用者の身体その他の状況及び環境に応じて、適正な指定居宅介護及び指定重度訪問介護を提供することを目的とする。

2. 事業開始日

令和 2 年 〇 月 〇 日

3. 年間平均利用者数

全体 19.4 人

居宅介護 18.6 人 ・ 重度訪問介護 0.8 人

4. 月別状況一覧表

令和 2 年 10 月 ~ 令和 3 年 9 月

項目	月												合計	月平均
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月		
居宅介護 利用見込数 (人)	10	10	13	15	15	18	20	20	25	25	25	28	224 人	18.6 人
重度訪問介護 利用見込数 (人)	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10 人	0.8 人
人員見込数 (人)	5	5	6	8	9	10	14	15	18	18	19	19	146 人	12.1 人
その他 (行事・研修の実 施等)	人権研修		介護技術研修		介護技術研修		初任者研修 人権研修		他事業所交流 研修		サービス提供 責任者研修	人権研修		

※事業開始月から12ヶ月分で作成してください。

※人員見込数は、管理者を含め従業員の人数を記載してください。

※その他は概要を簡潔に記載してください。



# 記載例

## 障害福祉サービス事業等開始届出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

川崎市長殿

届出者 住所  
氏名

神奈川県〇〇市△△1-1  
社会福祉法人×××××××

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：神奈川県〇〇市××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 △△ ○○ ←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・事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、業所の従業者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、他の従業者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 この届出書は、指定申請書と同時に提出してください