

指定特定・障害児相談支援事業所 指定申請時提出書類一覧
(及び記入例)

- 事業所名：
- ご担当者名：
- TEL：
- E-mail：

※特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所の指定申請を同時に行う場合は、それぞれ書類が必要です

提出書類		チェック欄
様式第 1 号	申請書	
	別紙	
口座振込依頼書		
付表 1		
付表別紙		
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 3	設備	
	写真	
参考様式 4	経歴書（管理者）	
	経歴書（相談支援専門員）	
	相談支援従事者初任者研修の修了証・現任研修の修了証	
	資格証の写し	
参考様式 5	実務経験	
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	
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	
その他	建物賃貸借契約書	
	事業開始届け（参考様式12）	
	C D ※ 【特定相談1／2】のデータをC Dに入れてご提出ください。	

チェック	書式・様式名	注意点
<input type="checkbox"/>	様式第1号	「主たる事務所の所在地」 定款に記載されている事務所の住所表記と一致するようにご記入ください。
<input type="checkbox"/>	(別紙)	他の法律で指定を受けている指定書の写しも合わせてご提出ください。 ※ (別紙) に記入されている分全て
<input type="checkbox"/>	口座振込依頼書	通帳の写しは、①通帳の表紙面、②表紙を一枚めくってカナや口座番号等が記載されているページ の2部のご提出をお願いいたします。
<input type="checkbox"/>		名義人の「フリガナ」ですが、通帳に記載されているカナ表記をそのままご記入ください。 例) カ) カワサキ などのように入力 ※ 名義人の「氏名」欄は、通帳表紙に記載されている表記のままだご記入ください。
<input type="checkbox"/>	付表	営業日、営業時間、主たる対象者等については、運営規程上の定めと一致しているか、ご提出前に改めてご確認下さい。
<input type="checkbox"/>		「従業員の職種・員数」の箇所は別紙2の人員数等の内容とズレがないようご入力をお願いします。
<input type="checkbox"/>	付表 別紙	相談支援専門員が他の事業所または施設の従業者と兼務する場合は、忘れずにご提出ください。
<input type="checkbox"/>	参考様式4	「主な職歴」欄の記載が参考様式5の内容と一致しているか、ご提出前に改めてご確認下さい。
<input type="checkbox"/>		書類をご提出いただく際に、相談支援専門員の要件について確認させていただきます。資格や研修、実務経験等が 相談支援専門員の要件を満たしていることを念のため再度ご確認ください。
<input type="checkbox"/>	別紙2	常勤・専従、常勤・兼務等、勤務形態についての記載モレがないよう再度ご確認ください。
<input type="checkbox"/>	参考様式8	運営規程上で主たる対象者を限定している場合のみこの書類を提出して下さい。
<input type="checkbox"/>	参考様式11	「3 従業者等の人員」ですが、兼務の場合はそのことを明記してください。 例) 管理者が相談支援専門員を兼務し、さらにもう一人専従の相談支援専門員がいる場合 管理者1名、相談支援専門員2名(1名：管理者と兼務、1名：専従) のように記入
<input type="checkbox"/>	参考様式12	「2 職員の定数及び職務の内容」ですが、兼務の場合はそのことを明記してください。

* 次のいずれかを選択し、下の申請書に必要事項を入力してください。

申請する事業所(施設)の種類	1.2
申請者の法人の種類	社会福祉法人(社協以外)
申請する事業の種類	計画相談支援

▼印 をクリックし、
該当する法人の種類を選択

※神奈川県使用欄

事業所番号	
サービス種類	52
異動区分	
異動年月日	
支払方法	
社福・A型減免	<input type="checkbox"/>

(様式第1号)

※受付番号	
※指定市町村番号	

指定特定相談支援事業所 指定申請書

(申請先)

川崎市長

(申請者)

所在地

川崎市川崎区宮本町1-0-0

名称

社会福祉法人かわさき福祉会

代表者氏名

理事長 川崎 太郎

法人の
代表者印

平成26年12月15日

提出日を入力

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 に規定する
指定特定相談支援事業所 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	シヤカイフジカンカワサキフジカイ			
	名称	社会福祉法人かわさき福祉会			
	主たる事務所の所在地	〒210-※※※※ 川崎市川崎区宮本町1-0-0			
	連絡先	電話番号	044-200-※※※※	FAX番号	044-200-※※※※
代表者	法人の種類	社会福祉法人(社協以外)			
	役職	理事長			
	氏名	川崎 太郎			
	住所	〒211-※※※※ 川崎市中原区下新城1-0-0			
事業所・施設の種類	フリガナ	カワサキシヤンジキョウショマカワサキ			
	名称	相談支援事業所〇〇かわさき			
	事業所(施設)の所在地	〒211-※※※※ ※事業所(施設)所在地市町村番号 ※地域区分			
	事業等の種類	指定特定相談支援事業所			
主たる事業所名称	事業所の種類	計画相談支援	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	平成27年1月1日	
	付表	備考		1	
	主たる事業所名称	相談支援事業所〇〇かわさき			
	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		
(備考)	指定有効開始年月日	平成27年1月1日	指定有効終了年月日	平成32年12月31日	
	指定更新申請中区分	○ 有 ● 無			
	効力停止開始年月				
	効力停止終了年月日				

登記簿に記載されている所在地を入力。
※ 番地等の表記も登記簿と合致させてください。

運営規程に記載されている所在地を入力。
※ 番地等の表記も運営規定と合致させてください。

今回指定を受けようとする事業所の名称を入力。

障害者総合支援法に基づき、既に事業者指定を受けている場合、その情報を入力。
※ 複数ある場合はいずれかひとつ。

指定日から6年後の日に入力

- (備考)
- 「※」のついた欄には記載しないでください。
 - 「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。
 - 「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。
 - 「指定を受けようとする事業所・施設の種類」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。
 - 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県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、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。

Ver. 020

(別紙)

他の法律において既に指定を受けている事業等について

[illegible]

口座振込（変更）依頼書（兼 受領委任状）

神奈川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

以下の口座に、次に掲げる介護給付費等の振込を依頼します。

平成	26	年	12	月	15	日
----	----	---	----	---	----	---

提出日を入力

申請者 (債権者)	法人名称	社会福祉法人かわさき福祉会		
	郵便番号	〒	210-※※※※	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください。
	所在地	川崎市川崎区宮本町1-〇-〇		
	代表者氏名	川崎 太郎		
	事業所名称	相談支援事業所〇〇かわさき		
	事業所番号			
	対象事業名	52	計画相談支援	

法人の
代表者印

振込先	金融機関名	〇〇銀行		金融機関コード	※※※※
	店舗名	××支店		店舗コード	※※※
	口座番号	※※※※※※※※		預金種別	● 普通 ○ 当座
	名義人氏名	フリガナ フカ カサキフクカイ 氏名 社会福祉法人かわさき福祉会			

不明な場合は、ご利用の
金融機関にご確認ください。

名義人の「フリガナ」欄は、
通帳に記載されているカナ表記をそのまま
ご入力ください。
名義人の「氏名」欄は、
通帳表紙に記載されている表記のまま
ご入力ください。
※ 左記を参考にご入力ください。

委任状	申請者（債権者）は、口座名義人（受任者）に、上記介護給付費等の受領に関する一切の権限を委任します。	
	平成 26 年 12 月 15 日	
	委任者 川崎 太郎	印

振込エラー防止のため
ここに振込先の店番号、口座番号、口座名義人フリガナ
通帳の写しを貼り付けるか、
以下に、取引金融機関の確認印を受けてください。

上記口座が存在することを確認しました。
金融機関名
確認年月日

確認印

「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ください。
※ 押印忘れにご注意ください。

付表1 指定特定相談支援事業所及び障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

		※受付番号				
事業所	フリガナ	ソウガンソウジキョウショマルカワサキ				
	名称	相談支援事業所〇〇かわさき				
	所在地	〒 211-※※※※ ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください				
		川崎市中原区上小田中2-〇-〇				
連絡先	電話番号	044-※※※-※※※※	FAX番号 044-※※※-※※※※			
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						
		定款第〇条第〇項				
管理者	フリガナ	カワサキ ハナコ				
	氏名	川崎 花子				
	住所	〒 210-※※※※ ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください				
		川崎市川崎区〇〇町100番地				
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input 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	相談支援事業所〇〇かわさき			
事業の種類		一般相談支援（地域移行支援）				
兼務する職種		管理者				
勤務時間		2時間/日				
相談支援専門員	フリガナ	サイワイ イチロウ				
	氏名	幸 一郎				
	住所	〒 212-※※※※ ←郵便番号を半角数字7桁で入力してください				
川崎市幸区××町1-1-1						
従業者の 員数・職数	(単位：人)	相談支援専門員	その他の者	他の事業所又は施設の 従業者との兼務		
		専従	兼務		専従	兼務
	従業者数	常勤	2			
	非常勤					
	常勤換算後の人数		1			
※基準上の必要人数						
主な 掲示事項	営業日	□月 □火 □水 □木 □金 □土 □日				
	営業時間	平日	08:30 ~ 17:30	土曜	~	
		日曜	~	祝日	~	
	主たる対象者	□ 特定なし <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害 □ 知的障害 □ 障害児 □ 精神障害				
	その他費用	運営規程に定めたとおり				
	通常の事業 の実施地域	川崎区		幸区	中原区	横浜市鶴見区
実施 体制	主たる対象としていない者への対応体制		近隣の支援センターと連携し調整する。			
	医療機関や行政との連携体制		主治医等と支援方針や状況を共有し密な連携を行う。また、各区保健福祉センターとも連携を図る。			
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制		法人内部の人材育成研修および〇〇センター、障害者支援施設〇〇等とも連携し、カンファレンスを実施する。			

当該事業の実施を定めている
定款等の条項を入力

別途提出する運営規程や勤務表等の
内容と合うように入力

(備考)

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

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	氏 名		事業所の名称	相談支援事業所〇〇〇〇		
	フリガナ	サイワイ イチロウ	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
	氏名	幸 一郎	勤務時間	2時間／日		
2	氏 名		事業所の名称	相談支援事業所〇〇〇〇		
	フリガナ	ソウダン ハナコ	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
	氏名	相談 花子	勤務時間	2時間／日		
3	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
4	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
5	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			

運 営 規 程

〇〇相談支援事業所 運営規程

（事業の目的）

第1条 〇〇法人〇〇が開設する〇〇〇〇（以下「事業所」という。）が行う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（以下「法」という。）に基づく指定計画相談支援事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関することを定め、事業所の従事者が、障害福祉サービスを利用する障害者若しくは障害児又は地域相談支援を利用する障害者（以下「利用者」という。）並びに障害児の保護者に対し、適正な指定計画相談支援を提供することを目的とする。

（運営の方針）

第2条 この事業所が実施する事業は、利用者又は障害児の保護者（以下「利用者等」という。）の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者等の立場に立つて行う。

2 事業の実施にあたっては、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるように配慮して行う。

3 事業の実施にあたっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス（以下「福祉サービス等」という。）が多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。

4 事業の実施にあたっては、利用者等に提供される福祉サービス等が特定の種類又は特定の障害福祉サービス事業を行う者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行う。

5 事業の実施にあたっては、市町村、障害福祉サービス事業を行う者等との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善及び開発に努める。

6 事業の実施にあたっては、自らその提供する指定計画相談支援の評価を行い、常にその改善を図る。

7 事業の実施にあたっては、前6項の他、関係法令等を遵守する。

（事業所の名称等）

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

1 名称

2 所在地

（従業者の職種、員数及び職務内容）

第4条 事業所に勤務する従業者の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

1 管理者 1名（常勤職員）

管理者は、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、事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。

2 相談支援専門員 〇名（常勤職員）

相談支援専門員は、基本相談支援に関する業務およびサービス等利用計画の作成に関する業務を行う。

3 事務職員 〇名（常勤職員 〇名、非常勤職員 〇名）

事務職員は、事業所運営に必要な事務を行う。

（営業日及び営業時間等）

第5条 事業所の営業日及び営業時間等は、次のとおりとする。

1 営業日

2 営業時間

3 年間の休日

（主たる対象とする障害の種類）*主たる対象者の特定内容に応じて記載。

第6条 事業所は、主たる対象者を以下のとおりとする。

〇〇障害

（指定計画相談支援の提供方法及び内容）

第7条 この事業所が提供する指定計画相談支援の内容は次のとおりとする。

① 指定特定相談支援事業所の管理者は、相談支援専門員に基本相談支援に関する業務及びサービス等利用計画の作成に関する業務を担当させるものとする。

② 指定計画相談支援の提供に当たっては、利用者等の立場に立って懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすいように説明を行うとともに、必要に応じ、同じ障害を有する者による支援等適切な手法を通じ行うものとする。

2 指定計画相談支援における指定サービス利用支援の提供方法及び内容は、第2条に規定する基本方針及び前項に規定する方針に基づき、次の各号に掲げるところによるものとする。

① 相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成に当たっては、利用者の希望等を踏まえて作成するように努める。

② 相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成に当たっては、利用者の自立した日常生活の支援を効果的に行うため、利用者の心身又は家族の状況等に応じ、継続的かつ計画的に適切な福祉サービス等の利用が行われるようにする。

③ 相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成に当たっては、利用者の日常生活全般を支援する観点から、指定障害福祉サービス等又は指定地域相談支援に加えて、指定障害福祉サービス等又は指定地域相談支援以外の福祉サービス等、当該地域の

住民による自発的な活動によるサービス等の利用も含めてサービス等利用計画上に位置付けるよう努める。

- ④ 相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成に当たっては、利用者等によるサービスの選択に資するよう、当該地域における指定障害福祉サービス事業者等又は指定一般相談支援事業者に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供するものとする。
 - ⑤ 相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成に当たっては、適切な方法により、利用者について、その心身の状況、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行う。
 - ⑥ 相談支援専門員は、アセスメントの実施に当たっては、利用者の居宅等を訪問し、利用者及びその家族に面接する。この場合において、相談支援専門員は、面接の趣旨を利用者及びその家族に対して十分に説明し、理解を得る。
 - ⑦ 相談支援専門員は、利用者についてのアセスメントに基づき、当該地域における指定障害福祉サービス等又は指定地域相談支援が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題等に対応するための最も適切な福祉サービス等の組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期、福祉サービス等の種類、内容、量、福祉サービスを提供する上での留意事項、厚生労働省令で定める期間に係る提案等を記載したサービス等利用計画案を作成する。
 - ⑧ 相談支援専門員は、サービス等利用計画案に位置付けた福祉サービス等について、介護給付費等の対象となるかどうかを区分した上で、当該サービス等利用計画案の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者等の同意を得る。
 - ⑨ 相談支援専門員は、サービス等利用計画案を作成した際には、当該サービス等利用計画案を利用者等に交付する。
 - ⑩ 相談支援専門員は、支給決定又は地域相談支援給付決定が行われた後に、指定障害福祉サービス事業者等、指定一般相談支援事業者その他の者との連携調査等を行うとともに、サービス担当者会議の開催等により、当該サービス等利用計画案の内容について説明を行うとともに、サービス担当者会議に出席する担当者から、専門的な見地からの意見を求める。
 - ⑪ 相談支援専門員は、前号の担当者から専門的な見地からの意見を求めたサービス等利用計画案の内容について、利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者等の同意を得る。
 - ⑫ 相談支援専門員は、サービス等利用計画を作成した際には、当該サービス等利用計画を利用者等及び第 10 号のサービス担当者会議に出席した担当者に交付する。
- 3 指定計画相談支援における指定継続サービス利用援助の提供方法及び内容は、第 2 条に規定する基本方針及び第 1 項に規定する方針に基づき、次の各号に掲げるところによるものとする。

(苦情解決)

第 10 条 提供した指定計画相談支援又はサービス等利用計画に位置付けた福祉サービス等に関する利用者からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受付けるための窓口を設置する。

- 2 前項の苦情を受けた場合には、当該苦情の内容等を記録する。
- 3 事業所は、提供した指定計画相談支援に関し、法の定めるところにより、市町村が行う報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示の命令又は当該職員からの質問若しくは事業所の設備、帳簿書類その他の物件の検査に応じ、及び利用者又はその家族からの苦情に関して市町村が行う調査に協力するとともに、市町村から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。
- 4 事業所は、提供した指定計画相談支援に関し、法の定めるところにより、都道府県知事が行う報告若しくは指定計画相談支援の提供の記録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示の命令又は当該職員からの質問に応じ、及び利用者又はその家族からの苦情に関して都道府県知事が行う調査に協力するとともに、都道府県知事から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行う。
- 5 事業所は、社会福祉法第 83 条に規定する運営適正化委員会が同法第 85 条の規定により行う調査又はあっせんのできる限り協力する。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

第 11 条 事業所は、利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずる。

(その他運営に関する重要事項)

第 12 条 事業所は、従業者の資質向上のため研修(前条に規定する利用者等の人権の擁護、虐待の防止等の内容を含む。)の機会を次のとおり設け、また、業務体制を整備する。

- ① 採用時研修 採用後○ヶ月以内
- ② 継続研修 年○回
- 2 従業者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしてはならない。
- 3 従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とする。
- 4 事業所は、サービス担当者会議等において、利用者又はその家族の個人情報を用いる場合は、あらかじめ文書により当該利用者又はその家族の同意を得る。
- 5 事業所は、従業者、設備・備品及び会計に関する諸記録を整備するとともに、当該記録を完結の日から 5 年間保存する。
- 6 事業所は、利用者等に対する指定計画相談支援の提供に関する次に掲げる記録を整理

し当該指定計画相談支援を提供した日から5年間保存する。

① 福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整に関する記録

② 個々の利用者ごとに次に掲げる事項を記載した相談支援台帳

イ サービス等利用計画案及びサービス等利用計画

ロ アセスメントの記録

ハ サービス担当者会議等の記録

ニ モニタリングの結果の記録

③ 市町村への通知に係る記録

④ 苦情の内容等の記録

⑤ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

7 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は〇〇法人〇〇と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

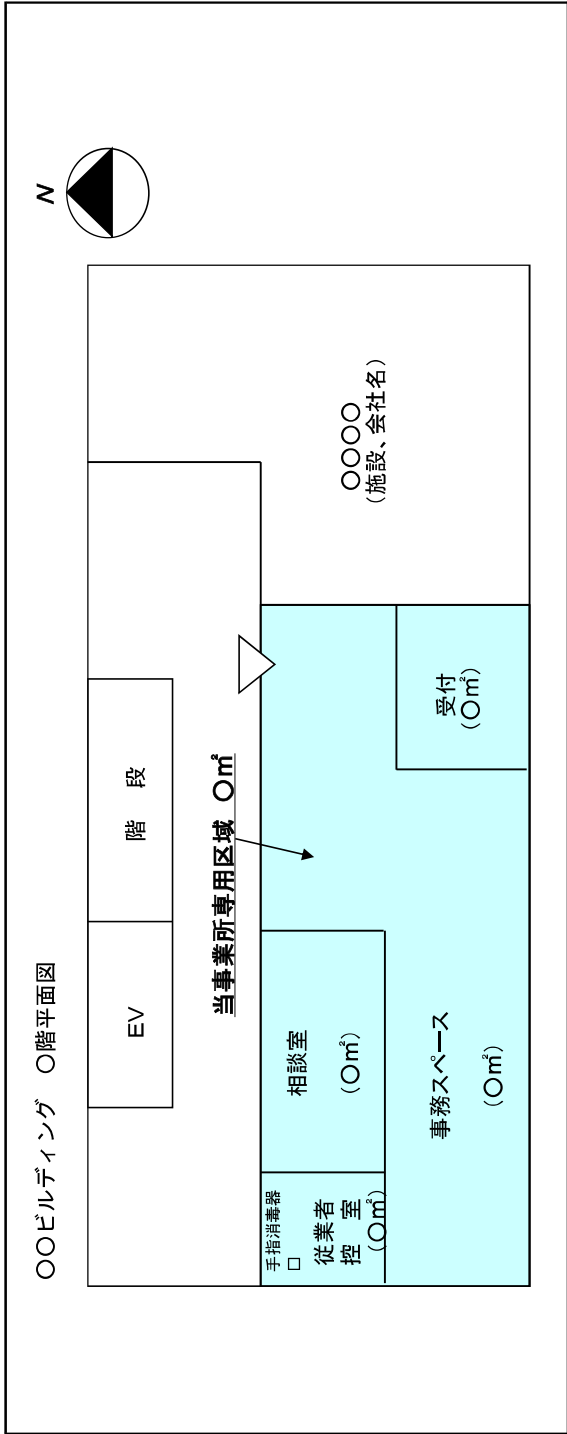
附 則

この規程は、平成〇年〇月〇日から施行する。

事業所・施設の平面図

事業所の名称	相談支援事業所〇〇かわさき
--------	---------------

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	（〇〇居宅介護事業所と共用、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し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 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。

事業所の設備・備品等一覧表

事業所の名称	相談支援事業所〇〇かわさき
サービスの種類	特定相談支援（計画相談支援）

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	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要 例) ・事務室 ・相談室 ・消毒薬品	・個人情報の漏洩に注意して、相談支援に関する記録を整備・保存している。 ・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。 ・感染症予防のため。	鍵付キャビネット 1 机 1、いす 4、パーテーション 2 手指消毒薬(アルコール消毒薬)	
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 1	

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。

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	相談支援事業所〇〇かわさき		
サービスの種類	特定相談支援（計画相談支援）		
（管理者の場合で当該管理者が管理する事業所が複数の場合はその全てを記載してください。）			
事業の名称	相談支援事業所〇〇	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）	障害児相談支援	
フリガナ	カワサキ ハナコ	生年月日	昭和××年××月××日
氏 名	川崎 花子		
住 所（自宅）	（〒****-****） 川崎区〇〇町100番地		
電話番号（自宅）	****-**-****		
主な職歴			
期間	勤務先	職務内容	
昭和〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日	特定非営利活動法人〇〇××園	介護職員	
平成〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日	社会福祉法人〇〇福祉会●●生活介護	生活支援員	
平成〇年〇月〇日～平成〇〇年〇月〇日	社会福祉法人〇〇福祉会相談支援事業所〇〇	相談支援専門員	
職務に関する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
介護福祉士	平成〇〇年〇月〇日		
社会福祉士	平成〇〇年〇月〇日		
備考（研修等の受講の状況等）			
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研修	平成22年〇月〇日		

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。

実 務 経 験 (見 込) 証 明 書

川崎市長 様

平成 2 6 年 〇 月 〇 日

所在地 〇〇県〇〇市××町 4－3－2－1
名称 特定非営利活動法人〇〇××園
代表者 職・氏名 理事長 ふくし たろう
電話番号 * * *－* * *－* * * *
印

法人の代表者印

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	幸 一 郎 (生年月日 昭和××年××月××日)
現 住 所	川崎市幸区××町 1－1－1
施設又は事業所名	〇〇の家 施設・事業所の種別 (生活介護)
業 務 期 間	平成〇〇年 〇 月 〇 日 ～平成〇〇年 〇 月 〇 日 (〇 年 〇 月間)
上記のうち業務に 従事した日数	〇〇〇日
業 務 内 容	職名 (生活支援員) 利用者に対する介護業務

- (注) 1. 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。
2. 業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間（見込においては援助を行うと見込まれる期間）を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）
3. 見込証明でない場合は、表題の（見込）を二重線で消すこと。
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。

事業所の名称	相談支援事業所〇〇かわさき
サービスの種類	特定相談支援（計画相談支援）

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。</p> <p>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。</p> <p>「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。

[illegible]

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。

注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

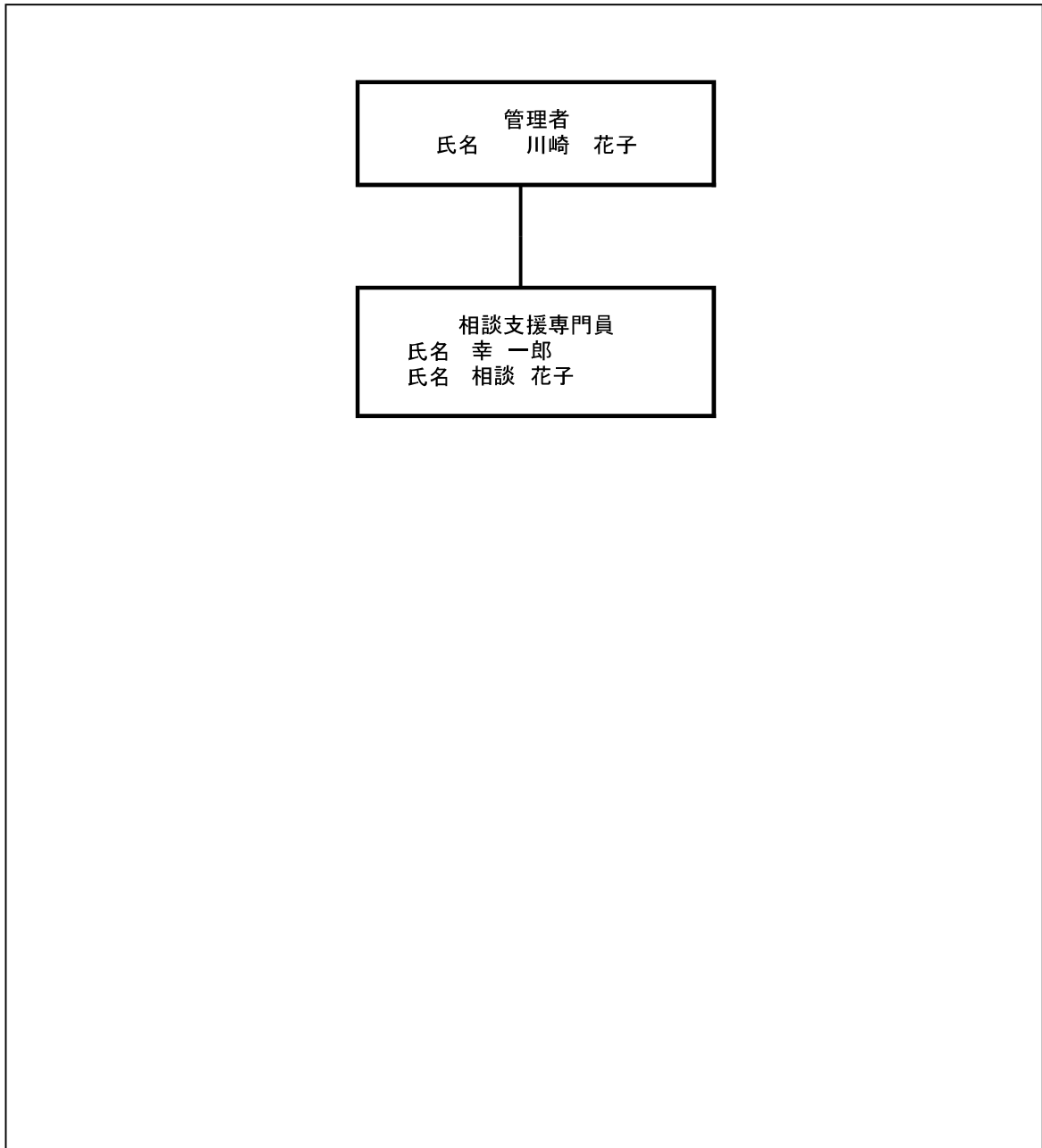
注4 有資格職者は資格を証する書面の写しを添付してください。

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。

参考様式7

組 織 体 制 図

事業所の名称	相談支援事業所〇〇かわさき
サービスの種類	特定相談支援(計画相談支援)



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

主たる対象とする障害の種類を定める理由

事業所名	相談支援事業所〇〇かわさき
サービスの種類	特定相談支援（計画相談支援）

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。

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

配置されている職員の体制上、最初は身体障害者（肢体不自由者）に
対し、専門的に特化して対応していくことが適切であると判断したため。
（今後は知的障害者等も対象者に拡大予定。）

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

平成〇〇年〇月頃までに、知的障害者の受け入れを行う。

（3）拡充のための方策

知的障害者に関する研修の受講や経験者の採用を行い、対応できる人材を確保する。

参考様式 9

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

平成26年12月15日

川崎市長 殿

申請者 所在地 川崎市川崎区宮本町1-0-0
名称 社会福祉法人かわさき福祉会
代表者 住所 川崎市中原区下新城1-0-0
氏名 理事長 川崎 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。

法人の代表者印

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。この誓約書は「欠格事由に該当しない旨の誓約書」です。
- 2 当該申請に係る特定相談支援事業（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、第五十一条の二十四第一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、第五十一条の二十四第二項の厚生労働省令で定める指定計画相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な特定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。
- 6 申請者が、第五十条第一項（同条第三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。）又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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五年を経過しない者（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（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその特定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五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六十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五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、指定特定相談支援事業者（第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定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特定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特定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、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定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特定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特定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、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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十五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四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四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五年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第四十八条第一項（同条第三項において準用する場合を含む。）又は第五十一条の二十七第一項若しくは第二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五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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又は市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十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。）までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四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五年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前五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五号、第六号、第八号、第九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。

役員等名簿

申請者（法人）名 (社会福祉法人かわさき福祉会)

[illegible]

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・押印してください。

指定特定相談支援事業所管理者誓約書

「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計画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28号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当該指定特定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26年12月15日

川崎市長 様

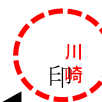
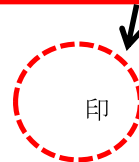
事業者名（開設法人名）
社会福祉法人かわさき福祉会

代表者氏名
理事長 川崎 太郎

事業所名
相談支援事業所〇〇かわさき

管理者氏名
川崎 花子

法人の代表者印



管理者の個人印(認印)

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計画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18条 指定特定相談支援事業所の管理者は、当該指定特定相談支援事業所の相談支援専門員その他の従業者の管理、指定計画相談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 指定特定相談支援事業所の管理者は、当該指定特定相談支援事業所の相談支援専門員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。

事業計画書

事業所名又は施設名	相談支援事業所〇〇かわさき
サービス種類	特定相談支援(計画相談支援)

項 目	内 容
1 事業の内容	<p>●地域の障害者等の福祉に関する問題につき、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行う。併せて、指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整、その他の厚生労働省令で定める便宜を総合的に供与する。</p> <p>●利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の心身または家族の状況等に応じ、サービス等利用計画案を作成する。</p> <p>●利用者の心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて、解決すべき課題等の把握(アセスメント)を行う。</p> <p>●サービス担当者会議の開催等により、障害福祉サービス事業所等の担当者にサービス等利用計画案について説明を行うとともに、担当者から専門的な見地から意見を求め、サービス等利用計画を作成する。</p> <p>●サービス等利用計画の実施状況の把握(モニタリング)を行い、必要に応じてサービス等利用計画の変更、新たな支給決定等に係る申請の勧奨を行う。</p>
2 事業開始年月日	平成〇〇年〇月〇日
3 従業者等の人員	<p>・管理者 1名(常勤専従)</p> <p>・相談支援専門員 2名(常勤兼務)</p>
4 利用者の定員	
5 研修計画	<p>・利用者の人権の擁護、虐待の防止等の研修(年4回)</p>
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。

平成26年12月15日

川崎市長 殿

届出者 住所
氏名川崎市川崎区宮本町1-〇-〇
社会福祉法人かわさき福祉会
理事長 川崎 太郎 印

次のとおり計画相談支援事業を開始しますので、届け出ます。

法人の代表者印

1 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）

社会福祉法人かわさき福祉会 川崎市川崎区宮本町1-〇-〇

2 職員の定数及び職務の内容

・管理者 1名（常勤専従）

管理者は、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、事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。

・相談支援専門員 2名（常勤兼務2名）

相談支援専門員は、基本相談支援に関する業務およびサービス等利用計画の作成に関する業務を行う。

3 主な職員の氏名及び経歴

管理者 川崎 花子

昭和〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 特定非営利活動法人〇〇××園 介護職員

平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 社会福祉法人〇〇福祉会●●生活介護 生活支援員

平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 社会福祉法人〇〇福祉会相談支援事業所 相談支援専門員

4 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。）

川崎市〇〇区、川崎市△△区、川崎市□□区

5 事業開始の予定年月日

平成27年1月1日

備考1 この届出書は、指定申請書と同時に、政令・中核市に所在する事業所は、それぞれの市に、その他の市町村に所在する事業所は神奈川県に提出してください。