

現在の事業に変更事項が 発生した場合の手続と届出の方法

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

令和4年4月

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部
障害サービス課 事業支援グループ

目 次

ページ

現在の事業に変更が発生した場合の手続きと届出の方法 1

変更届出書（記載例） 7

廃止・休止・再開届出書（記載例） 8

指定辞退届出書（記載例） 9

特定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設指定変更申請書（記載例） 10

変更届出書（第3号様式）に添付する書類について 11

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（記載例） 13

実務経験証明書（記載例） 14

指定障害福祉サービス事業所管理者誓約書（記載例） 15

指定障害者支援施設等管理者誓約書（記載例） 16

指定一般相談支援事業所管理者誓約書（記載例） 17

役員名簿（記載例） 18

サービス管理責任者等実践研修受講誓約書（記載例） 19

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受講誓約書（記載例） 20

現在の事業に変更が発生した場合の手続きと届出の方法

1 指定に係る変更の届出

- (1) 指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業所は次に掲げる事項に変更があった場合、変更の日から10日以内に県（政令市・中核市に所在する事業所は各市）に届け出る必要があります。県域に所在する事業所は、原則郵送にて提出してください。
- (2) 変更届出書の提出に当たって、変更の内容によりそれぞれ添付書類が異なります（表1）ので、変更届出書（第3号様式）に添付して提出してください。
- (3) 事業所の管理者変更の場合は、変更時の直近で開催される指導講習会（年3回程度開催）に必ずお申し込みの上、ご参加ください。
(指導講習会は障害福祉情報サービスかながわのお知らせ及び自動配信メールでご案内します。)

表 1

	変更の届出を要する事項	必要な添付書類(いずれも変更後のもの)	備考
1	事業所（施設）の名称	運営規程	
2	事業所（施設）の所在地（設置の場所） ＊グループホームの共同生活住居追加（サテライト住居の追加も含む）、日中活動サービスの従たる事業所の追加の場合も該当します。	運営規程 事業所・施設の平面図 居室面積等一覧表 事業所の設備・備品の一覧表 事業所の外観及び内部の写真 建物賃貸借契約書 付表7 ※グループホームのみ	・電話番号、FAX番号も変更になっている場合は、変更届出書に記載してください。 ・郵便番号の変更についても記載してください。 ・通所系事業所の移転・増改築や共同生活住居の追加・移転の場合は、施設・設備等が関係法令及び指定基準を満たしていることを事前に確認させていただく必要があります。遅くとも移転等する日の1か月前までに事前確認表を持参し、ご相談ください。
3	事業所（施設）の連絡先（電話番号・FAX）のみ変更	添付書類は特になし	
4	申請者（申請法人）の名称	定款 登記事項証明（現在事項証明書等） 運営規程	・複数の事業所がある場合は、登記事項証明書の原本は1部の添付でかまいません。他の事業所分については、当該証明書の写しをそれぞれに添付してください。 ・事業所の設置者（法人）が変わる場合は新規指定申請を行う必要があります。
5	法人の主たる事務所の所在地	定款 登記事項証明（現在事項証明書等）	電話番号、FAX番号も変更になっている場合は、変更届出書に記載してください。
6	法人代表者の氏名、生年月日及び住所（法人の代表者）	登記事項証明（現在事項証明書等） 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」といいます。）第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書（指定障害福祉サービス、指定障害者支援施設の場合） 法第51条の19第2項において準用する同法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書（指定一般相談支援の場合） 役員等名簿	
7	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）	定款 登記事項証明（現在事項証明書等）	
8	建物の構造概要及び平面図（用途を明示）並びに設備の概要	事業所・施設の平面図 居室面積等一覧表 事業所の設備・備品の一覧表 事業所の外観及び内部の写真 建物賃貸借契約書	
9	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	管理者の経歴書 管理者誓約書	・法第36条第3項各号（一般相談は第51条の19第2項）の規定に該当しない旨の誓約書は省略可としますが、同号の規定に該当しないことを法人代表者は必ず確認してください。
10	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日及び住所	サービス提供責任者の経歴書 資格証明書の写し 実務経験証明書 ※1・2	※1 資格が介護職員初任者研修（ヘルパー2級）である場合は、3年以上の実務経験証明書が必要です。 ※2 行動援護のサービス提供責任者は5年（あるいは3年）以上の実務経験証明書が必要です。
	事業所のサービス管理責任者・相談支援専門員の氏名、生年月日及び住所	サービス管理責任者（相談支援専門員）の経歴書 各研修の修了証の写し 実務経験証明書	サービス管理責任者の場合は、各研修修了の状況により提出書類が異なります。 以下の「サビ管変更の必要書類詳細」を参照してください。
11	主たる対象者	運営規程 主たる対象者を特定する理由等	

	変更の届出を要する事項	必要な添付書類(いずれも変更後のもの)	備考
12	運営規程（定員変更も運営規程の変更になります。生活介護、就労継続支援A・B型の定員を増やす場合は1.（4）を参照）	<div>運営規程</div> <div>定員変更に伴い、従業員の配置変更などがある場合は、組織体制図、勤務形態一覧表も添付してください。</div>	<ul style="list-style-type: none"> ・地域生活支援拠点等に該当する場合には、拠点に該当することに加え、拠点に必要な機能のうち何の機能を満たすかについても運営規程に明記して下さい。 ・定員変更及び地域生活支援拠点等に該当する場合は、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」も同時に提出して下さい。
13	事業所の種別〔短期入所〕（併設型・空床型の別）	<div>運営規程</div> <div> [併設型に種別を変更する場合] <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の平面図 ・居室面積等一覧表 ・事業所の設備・備品の一覧表 ・併設型で使用する居室等の写真 </div>	
14	短期入所の併設型・単独型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所定員	<div>運営規程</div> <div> [併設型・単独型の定員変更の場合] <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の平面図 ・居室面積等一覧表 ・事業所の設備・備品の一覧表 ・追加された居室等の写真 </div>	
15	事業所の種別〔共同生活援助〕（包括型・日中サービス支援型・外部サービス利用型の別）	<div>運営規程</div> <div> [外部サービス利用型へ変更する場合] 受託居宅介護サービス事業所との委託契約書の写し </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・日中サービス支援型へ変更する場合には、あらかじめ事業所が所在する市町村自立支援協議会において評価を受けることが必要です。また短期入所に係る申請等も必要となります。日中サービス支援型への変更の場合、通例半年以上はかかりますので、余裕をもってご相談ください。
16	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	協力医療機関との契約内容	
17	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要	指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要	
18	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要	併設施設の変更が分かる書類	
19	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	入所施設及び病院の変更が分かる書類	
20	指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日及び住所	指定地域相談支援の提供に当たる者の経歴書	
21	重度障害者等包括支援に係る障害福祉サービスの種類	運営規程	
22	重度障害者等包括支援に係る第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類又は第三者の事業所の名称及び所在地	委託契約書	
23	他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要	連携体制又は支援体制が分かる書類	
24	連携する公共職業安定所等の名称	添付書類は特になし	

＊事前に届け出ている介護給付費等の各種加算等に変更がある場合は、「2 体制届の各種加算・減算等の変更がある場合の手続き」を参照してください。

サビ管必要書類詳細

	研修修了状況	必要な添付書類(いずれも変更後のもの)
1	更新研修修了者	①経歴書
		②更新研修修了証の写し ※神奈川県以外で更新研修を修了している場合は、分野別研修・相談支援従事者初任者研修講義部分の修了証の写しも送付願います
		③実務経験証明書
2	実践研修修了者	①経歴書
		②修了証(基礎、補足、実践)の写し
		③実務経験証明書(実践研修受講に係るもの) ※基礎・補足研修修了後から実践研修受講前5年間のうち2年以上の経験
		④実務経験証明書(サビ管配置に係るもの) ※サビ管配置の要件を満たす年日数のもの(③の経験と合算して必要年日数満たせればよい)
3	基礎研修修了者(みなし配置)	①経歴書
		②修了証(基礎、補足)の写し
		③実務経験証明書 ※サビ管配置の要件を満たす年日数のもの
		④実践研修受講誓約書
4	旧制度修了者(更新未修了)	①経歴書
		②修了証(分野別、補足)の写し
		③実務経験証明書 ※サビ管配置の要件を満たす年日数のもの

(4) 生活介護、就労継続支援（A・B型）事業所の定員を増やす場合の手続き

生活介護、就労継続支援（A・B型）事業所が、利用定員を増加させる場合は指定変更申請となりますので、指定変更申請書（第2号様式）とともに、添付書類（表2）を添付して、変更の前月15日までに申請してください。また、この場合には指定の変更を受けようとする日の1か月前までに「指定障害福祉サービス事業者等及び指定障害児通所支援事業者等指定申請等に係る事前確認表」の提出が必要です。

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

なお、指定変更申請を行うに当たり、障害福祉計画との整合性を図った結果、場合によって指定権者は指定の変更をしないことができるとされています。（法第37条第2項）

表2

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

※ 生活介護、就労継続支援（A・B型）事業所が、利用定員増加以外の変更をする場合は、変更届出書（第3号様式）を使用し、表1に示す添付書類を添付して提出してください。

例）定員を減員させる場合等

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

障害者支援施設の昼間実施サービスにおいて、以下に示す事項（①、②）の変更の際は、指定変更申請となりますので、指定変更申請書（第2号様式）とともに、添付書類（表3）を添付して提出してください。また、この場合には指定の変更を受けようとする日の1か月前までに「指定障害福祉サービス事業者等及び指定障害児通所支援事業者等指定申請等に係る事前確認表」の提出が必要です。

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

なお、指定変更申請を行うに当たり、障害福祉計画との整合性を図った結果、場合によって指定権者は指定の変更をしないことができるとされています。（法第37条第2項）

- ① 昼間実施サービスの種類の変更
- ② 入所定員（生活介護に係るものに限る）の増加（現在は定員増は認めていません。）

表3

	必要な添付書類（いずれも変更後のもの）	備考
①、②共通	事業所の名称及び設置の場所	指定変更申請書に記載欄 があります。
	申請者の名称（申請法人の名称）	
	主たる事務所の所在地	
	代表者の氏名及び住所	
	事業所・施設の平面図	変更したい月の前月15日まで に変更申請をする必要がありま す。
	居室面積の一覧表	
	事業所の設備・備品の一覧表	
	事業所の外観及び内部の写真	
	建物賃貸借契約書	「介護給付費等算定に係る体制 等に関する届出書」も同時に提出 してください。
	利用者の推定数（付表に記載します）	
	運営規程	
	変更申請に係る事業に係る従業者の勤務形態一覧表、組織体制図	

※ 障害者支援施設が、(5)以外の変更をする場合は、変更届出書（第3号様式）を使用し、表1に示す添付書類を添付して提出してください。

2 体制届の各種加算・減算等の変更がある場合の手続き

- (1)

各種加減算を新たに算定する、算定が終了する場合、あるいは加減算の種類が変更になる場合は、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」を県（政令市・中核市に所在する事業所は各市）に提出する必要があります。
- (2)

毎月15日までに届出があった場合、翌月から適用になりますが（加算される場合）、16日以降の届出に関しては、翌々月からの適用になります。ただし、減算及び加算が算定されなくなる場合は、算定されなくなった事実が発生した日から適用になります。
- ※

定員変更や職員の配置に伴い、加減算の定員規模が変わる場合や、サービス費が変更になる場合、「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」が未提出である事業所が多く見られますので、ご注意ください。
提出書類は「障害福祉情報サービスかながわ（<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>）」→「書式ライブラリ」→「6. お知らせ（県内共通）」→「4 体制届に関するお知らせ」に掲載されています。
（様式は改正等により、随時更新されています。必ず最新の届出書をダウンロードしてください。）
- (3)

居宅介護等（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護）、療養介護、生活介護、共同生活援助（GH）、施設入所支援、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、地域移行支援は、通常年度当初に前年度実績により算定するサービス費（居宅介護等の場合は、特定事業所加算）を決定します。算定するサービス費（居宅介護等の場合は、特定事業所加算）の見直しに当たっては、県より必要書類の提出などをその都度お知らせします。

3 事業を廃止・休止・再開する場合の手続き

- (1)

指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業所が事業を廃止（施設においては、指定の辞退）・休止・再開を行う場合は、県（政令市・中核市に所在する事業所は各市）に届出書（表4）を提出する必要があります。
- (2)

廃止・休止しようとするときは、**廃止・休止の日の1ヶ月前まで**に県に届け出る必要があります。
- ※

休止期間は最長6ヶ月としてください。期間が終了した後、継続して休止する場合、再度県に届け出る必要があります。
なお、特別な場合を除き休止のまま指定の更新を受けることはできません。
- ※

廃止・休止の場合、届出書とともに、当該事業所を現に利用している利用者のリスト（氏名、希望サービス、異動先サービスを記載したもの）及び利用者の希望や意向等を聴取した個々の面談等の記録を提出して下さい。
- ※

廃止日以降、指定書（原紙）を県に返納してください。
- (3)

再開したときは、**再開した日から10日以内**に県に届け出る必要があります。

表4 必要な書類

変更事由	サービス種類	提出の必要がある届出書類	提出期限	備考
廃止・休止	指定障害福祉サービス事業所・ 指定一般相談支援事業所	第4号様式	廃止・休止とする日の1ヶ月前	廃止・休止しようとする理由を具体的に記載してください。 現に指定障害福祉サービス等を受けている者に対する措置についても具体的に記載してください。
再開	指定障害福祉サービス事業所・ 指定一般相談支援事業所	第4号様式	再開の日から10日以内	再開する場合、勤務体制、勤務形態が休止前と異なる場合は、組織体制図（参考様式7）、勤務形態一覧表（別紙2）を添付してください。
指定辞退	障害者支援施設	第5号様式	指定を辞退する日の3ヶ月前まで	

4 指定の取消し等

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

1	指定障害福祉サービス事業者が、法第36条第3項第4号から第5号の2、第12号又は第13号のいずれかに該当するに至ったとき。
2	指定障害福祉サービス事業者が、法第42条第3項の規程に違反したと認められるとき。
3	指定障害福祉サービス事業者が、法第43条第1項の都道府県の条例で定める基準を満たすことができなくなったとき。
4	指定障害福祉サービス事業者が、法第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及び運営に関する基準に従って適正な指定障害福祉サービスの事業の運営をすることができなくなったとき。
5	介護給付費若しくは訓練等給付費又は療養介護医療費の請求に不正があったとき。
6	指定障害福祉サービス事業者が、法第48条第1項の規程により報告又は帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。
7	指定障害福祉サービス事業者又は当該指定に係るサービス事業所の従業者が法第48条第1項の規程により出頭を求められてこれに 응 ぜず、同項の規程による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規程による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定に係るサービス事業所の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定障害福祉サービス事業者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。
8	指定障害福祉サービス事業者が、不正の手段により法第29条第1項の指定を受けたとき。
9	前各号に掲げる場合のほか、指定障害福祉サービス事業者がこの法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき。
10	前各号に掲げる場合のほか、指定障害福祉サービス事業者が、障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をしたとき。
11	指定障害福祉サービス事業者が法人である場合において、その役員等のうちに指定の取り消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者があるとき。
12	指定障害福祉サービス事業者が法人でない場合において、その管理者が指定の取り消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

- (2) 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、当該指定一般相談支援事業所の指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部もしくは一部の効力を停止することができます。（法第51条の29第1～11号）

5 各種書類をダウンロードするにあたって

書類は「障害福祉情報サービスかながわ（<http://www.rakuraku.or.jp/shienhi/>）」の「書式ライブラリ」に掲載されています。書類を作成する場合は、最新の様式をダウンロードした上で、必要事項を記入してください。

変更届出書（第3号様式）	「書式ライブラリ」 ⇒「1. 神奈川県からのお知らせ」 ⇒「3-2 変更届・変更申請・その他届出書等 （障害者総合支援法関係）」 ⇒文書名：『2-2 第2号様式～第5号様式』
廃止・休止・再開届出書（第4号様式）	
指定辞退届出書（第5号様式）	
指定変更申請書（第2号様式）	
各種添付書類様式	// ⇒文書名：『2-3 各種添付資料様式』
介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	「書式ライブラリ」 ⇒「6. お知らせ（県内共通）」 ⇒「4 体制届に関するお知らせ」 ⇒文書名：【共通様式】『介護給付費等算定に係る体制等に関する届出様式』

6 変更手続きに関する問合せ・書類の郵送先（県域に所在する事業者）

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

問合せ先
神奈川県障害サービス課 事業支援グループ
TEL 045-210-4732
FAX 045-201-2051

書類の郵送先
〒231-8588
神奈川県横浜市中区日本大通1 （所在地の記載は省略できます。）
神奈川県 福祉子どもみらい局 福祉部 障害サービス課 事業支援グループ

◆よくあるお問合せ

- Q 事業所の所在地は県域だが、法人の主たる事務所が政令市・中核市に所在する場合、政令市・中核市にも届出を行う必要はあるの？
- A 届出は事業所単位で行っていただくものです。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、変更等の各種届出は、事業所所在地を所管する指定権者に届出を行ってください。
法人の主たる事務所が政令市・中核市に所在していても、事業所の所在地が県域の場合は、神奈川県に届け出る必要があります。

記載例
変更届出書

令和〇年〇月〇日

神奈川県知事 殿

所在地 神奈川県秦野市大通1
事業者名称 社会福祉 かながわ福祉会
(施設の設置者) 代表者氏名
担当者 役職・氏名
電話番号

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

	事業所番号	1	4	1	0	4	*	*	*	*	*	サービス種類コード	2	2
指定内容を変更した事業所(施設)	名称	デイセンター かながわ												
	所在地	神奈川県秦野市大通1												
	サービスの種類	生活介護												
変更があった事項		変更の内容												
1	事業所(施設)の名称	(変更前)												
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)													
3	事業所(施設)の連絡先(電話番号・FAX)	管理者 ふくし 次郎												
4	申請者(申請法人)の名称													
5	法人の主たる事務所の所在地	住所 〒243-****												
6	法人代表者の氏名、生年月日及び住所	神奈川県愛川町〇〇1番地												
7	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	生年月日 昭和〇年〇月〇日												
8	建物の構造概要及び平面図(用途を明示)並びに施設の概要													
9	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日及び住所													
10	事業所のサービス提供責任者・サービス管理責任者・相談支援専門員の氏名、生年月日及び住所													
11	主たる対象者													
12	運営規程	(変更後)												
13	事業所の種別[短期入所](併設型・空床型の別)	管理者 ふじさわ 花子												
14	短期入所の併設型における利用定員数又													
15	事業所の種別[共同生活援助](包括型・外部サービス利用型の別)	住所 〒251-****												
16	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	神奈川県藤沢市〇〇11												
17	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要	生年月日 昭和〇年〇月〇日												
18	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要													
19	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要													
20	指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日及び住所													
21	重度障害者等包括支援に係る障害福祉サービスの種類													
22	第三者に委託することにより提供する障害福祉サービスの種類又は第三者の事業所の名称若しくは所在地													
23	他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要													
24	連携する公共職業安定所等の名称													
変更年月日		令和 年 月 日												

備考1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。
4 県域に所在する事業所の管理者変更の場合は、変更時の直近で開催される指導講習会(年3回程度開催)に必ず お申し込みの上、ご参加ください。(指導講習会は障害福祉情報サービスかながわのお知らせ及び自動配信メールでご案内します。)

記載例

廃止・休止・再開届出書

令和〇年 〇月 〇日

神奈川県知事 殿

所在地 神奈川県秦野市大通1

事業者名称 社会福祉法人 かながわ福祉会

代表者氏名 理事長 かながわ 一郎

担当者 役職・氏名
電話番号

次のとおり事業の廃止(休止・再開)を届け出ます。

事業所番号		1	4	1	2	6	*	*	*	*	*	サービス種類コード	1	1
廃止(休止・再開)する事業所	名称	かながわ福祉会ヘルパーステーション												
	所在地	神奈川県真鶴町〇〇12												
	サービスの種類	居宅介護												
廃止(休止・再開)年月日		令和〇年 〇月 〇日												
廃止(休止)の理由		法人の事業再編により当該事業所を閉鎖するため。												
現に指定障害福祉サービスを受けている者に対する措置 (廃止又は休止の場合のみ記入してください。)		全利用者(契約者)に対し、利用可能な近隣事業所を紹介し、契約を締結し、途切れなくサービスが提供されるよう連絡、調整等の措置を行い、手続が完了したことを確認した。												
休止予定期間		令和 年 月 日～令和 年 月 日												

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務形態一覧表を添付してください。
- 2 廃止・休止する場合は、廃止しようとする日の1ヶ月前までに届け出てください。
- 3 再開する場合は、再開した日から10日以内に届け出てください。

事業を廃止、休止、再開する場合は
この書式を提出すること。

記載例

指 定 辞 退 届 出 書

令和〇 年 〇 月 〇 日

神奈川県知事 殿

所 在 地 神奈川県秦野市大通1
設 置 者 名 称 社会福祉法人 かながわ福祉会
代 表 者 氏 名 理事長 かながわ 一郎
担 当 者 役職・氏名
電話番号

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	事業所番号	1	4	1	2	*	*	*	*	*	*	サービス種類コード	3	2
指定を辞退する施設	名 称	ひらつか〇〇園												
	所 在 地	神奈川県平塚市〇〇町1-1												
	施 設 の 種 類	指定障害者支援施設												
指定を受けた年月日	令和 〇△年 △月 △日													
指定を辞退する年月日	令和 〇×年 ×月 ×日													
指定を辞退する理由	法人の事業再編により当該施設を閉鎖するため													
現に施設に入所している者に対する措置	全利用者(契約者)に対し、利用可能な近隣事業所を紹介し、契約を締結し、途切れなくサービスが提供されるよう連絡、調整等の措置を行い、手続きが完了したことを確認した。													

(注) 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

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

記載例

(第2号様式)

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

受付番号

該当するものに○をつけてください。

特定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設

指定変更申請書

令和〇年 〇月 〇日

神奈川県知事 殿

該当するものに○をつけてください。

申請者
(設置者)

所在地 秦野市大通1
名称 かながわ福祉会
代表者 かながわ一郎

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○ 特定障害福祉サービス事業所(生活介護事業所・指定就労継続支援A型事業所・指定就労継続支援B型事業所) 指定障害者支援施設の指定の変更を、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン カナガワフクカイ				
	名称	社会福祉法人 かながわ福祉会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 257 — ****) 神奈川県 秦野 郡 (市) 大通1				
	法人である場合その種別	社会福祉法人	法人所轄庁	神奈川県		
	連絡先 電話番号	0463-82-****	FAX 番号	0463-82-****		
	代表者の職・氏名	職 名 理事長	フリガナ	カナガワイロウ		
	代表者の住所	(郵便番号 231 — 0001) 神奈川県 横浜 郡 (市) 中区 〇〇町2-4-1				
変更指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ	カナガワフクカイ カナガワフクセン				
	名称	かながわ福祉会 かながわ福祉園				
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 257 — ****) 神奈川県 秦野 郡 (市) 大通1				
	変更指定を受けようとする事業所番号	14*****	変更指定を受けようとするサービス種別	生活介護	変更予定年月日	令和〇年〇月1日
	変更の内容	変更前 定員20名	変更後 定員35名に増加。定員増と併せて生活介護事業所の作業スペースを追加			
	同一所在地において行う事業等の種類					
		事業所番号	サービスの種類	定員	指定年月日	事業所名称
	サ一特 ー定 ビ 障 害 福 祉 事 業 所					
施指 定 障 害 者 支 援	14*****	生活介護	30	2012年4月	かながわ福祉園	
	14*****	就労移行支援	10	2012年4月	かながわ福祉園	
	14*****	自立訓練(生活)	10	2012年4月	かながわ福祉園	
同一の法律においてすでに指定を受けている場合		事業所番号(10桁) — サービス種別 サービス名称				
		1 4 1 * * * * * * * * * * — * * * 〇〇〇〇				
		—				

変更の内容を、変更前と変更後で簡潔に記載してください。

変更予定の年月日を記入してください。

実施している事業(生活介護・就労継続支援(A・B型))を記載してください。
障害者支援施設の場合は、実施している昼間実施サービスをすべ

(備考)

- 「受付番号」、「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「特定非営利活動法人」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。
- 「同一の法律においてすでに指定を受けている場合」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

このファイルには、

- 「管理者の変更」
- 「相談支援専門員の変更」
- 「サービス管理責任者の変更」
- 「サービス提供責任者の変更」
- 「指定地域相談支援の提供に当たる者の変更」

の際に、変更届(第3号様式)に添付する書類を掲載しています。



変更届(第3号様式)に添付する書類

● 管理者の変更…

1「経歴書」

2「管理者誓約書」

ただし、障害者支援施設は「指定障害者支援施設等」用、一般相談支援事業所は「指定一般相談支援事業所」用、その他のサービスは「指定障害福祉サービス事業所」用の「管理者誓約書」を使用して作成してください。

● 相談支援専門員の変更…

1「経歴書」

2「実務経験証明書」

3「相談支援従事者初任者研修」及び「相談支援従事者現任研修」修了証の写し(初任者研修修了後5年以上経過の場合)

● サービス管理責任者の変更…

1「経歴書」

2「実務経験証明書」

3「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)

※更新研修を修了した場合は、更新研修修了証も提出してください。

②令和元年度以降受講したサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修(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「サービス管理責任者等実践研修受講誓約書」も併せて提出してください。

● サービス提供責任者の変更…

1「経歴書」

2「資格証明書のコピー」

3「実務経験証明書」(ヘルパー2級の場合のみ。ヘルパー2級により配置される場合、減算が適用されます。)

● 指定地域相談支援の提供に当たる者の変更…

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

1「経歴書」

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

注 その他の変更による添付書類は、「障害福祉情報サービスかながわ」→「書式ライブラリ」→「1. 神奈川県からのお知らせ」→「3-2 変更届・変更申請・その他届出書等(障害者総合支援法関係)」に掲載されていますのでダウンロードしてください。

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	かながわ〇△園		
サービスの種類	生活介護		
(管理又は従事する事業所が複数の場合はその全てを記載してください。)			
事業の名称	かながわ〇△園		
サービスの種類	施設入所支援		
フリガナ	かがわいん	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
氏 名	かながわ 一郎		
住 所 (自宅)	(〒231-****) 神奈川県平塚市〇〇-〇〇		
電話番号 (自宅)	0463-〇〇-〇〇〇〇		
主な職歴			
期間	勤務先	職務内容	
昭和〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	社会福祉法人△△会特別養護老人ホーム〇△□苑	介護職員	
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	社会福祉法人かながわ福祉会かながわ〇△園	生活支援員	
平成〇〇年〇月～平成〇〇年〇月	同上	生活支援課長	
職務に関する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
介護福祉士	平成〇〇年〇月〇日		
社会福祉士	平成〇〇年〇月〇日		
★ 資格を証する書類の写しを添付してください。			
備考 (研修等の受講の状況等)			
相談支援従事者初任者研修	平成19年〇月〇日		
相談支援従事者現任者研修	平成22年〇月〇日		
★ 研修修了証の写しを添付してください。			

備考

管理者、サービス管理責任者、サービス提供責任者、相談支援専門員、指定地域移行支援従事者、指定地域定着支援従事者のいずれかを〇印で囲ってください。それぞれ別葉で提出してください。

記載例

参考様式 5

見込証明でないときは(見込)を二重線で消すこと

実務経験(見込)証明書

神奈川県 知事 様

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 社会福祉法人〇△□会

代表者氏名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

法人代表者印を押印

印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	よこはま花子 (生年月日 昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日)
現 住 所	横浜市〇〇区〇〇町〇〇-〇〇
施設又は事業所名	〇〇ホーム 施設・事業所の種別 (身体障害者療護施設)
業 務 期 間	平成〇〇年 〇月 〇日 ~平成〇〇年 〇月 〇日 (〇年 〇月間)
上記のうち業務に従事した日数	〇〇〇日
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

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。

「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25年神奈川県条例第9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

神奈川県知事 様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名

事業所名

管理者氏名

印

管理者の個人印（認印）の
押印、若しくは署名してく
ださい。

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章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

＊第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させるため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。

「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25年神奈川県条例第10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

神奈川県知事 様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名

施設名

管理者氏名

印

管理者の個人印（認印）の押印、若しくは署名してください。

【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）

- 2 指定障害者支援施設等の管理者は、当該指定障害者支援施設等の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行わなければならない。
- 3 指定障害者支援施設等の管理者は、当該指定障害者支援施設等の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

記載例 指定一般相談支援事業所管理者誓約書

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

「障害者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

神奈川県知事 殿

事業者名（開設法人名）

代表者氏名

事業所名

管理者氏名

印

管理者の個人印（認印）の
押印、若しくは署名
してください。

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

（管理者の責務）

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

2 指定地域移行支援事業所の管理者は、当該指定地域移行支援事業所の職務に従事する者その他の従業者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。

* 第26条は、指定一般相談支援（地域定着支援）について準用されます。

記 載 例 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

神奈川県知事 様

所在地 藤沢市〇〇町△―■―●
申請者 名 称 社会福祉法人■△
代表者 よこはま はなこ 印

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、基礎研修修了者（※）をみなし配置すること
を誓約します。
また、基礎研修修了者（※）をみなし配置する場合は、基礎研修修了者（※）の修了日を提出します。

**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△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

令和〇〇年〇月〇〇日

所在地 藤沢市〇〇町△—■—●

申請者 名 称 社会福祉法人■△

代表者 よこはま はなこ 印

ては、やむを得ない事由による増直（※）により事業を実施し、サービス提供を継続する旨を、お客さまへお知らせし、お客さまの理解とご協力を得ることを旨として、お客さまと協議をいたします。

また、修修後、速やかに「サービス責任者配置状況」の写真を取り、基礎研修修了者によるみなし研修の届出とともにサービス管理責任者等実践研修受講の誓約書を提出します。

では、やむを得ない事由による措置（※）により事業を実施し、サービス提供が困難となる場合に、事前に「適正期間」までに、次のことを誓約します。

サービス管理責任者を配置する場合、基礎研修後、速やかに「了」の書状を提出する旨を誓約し、基礎研修の届出とともにサービス管理責任者等実践研修受講の誓約書を提出してください。

(※) 「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)一へ参照