

# 事業者等指定申請の手引き

## (障害福祉サービス・障害者支援施設)

### <目次>

|     |                       |      |
|-----|-----------------------|------|
| 第1部 | 障害者総合支援法と事業者指定        |      |
|     | 障害者総合支援法の概要           | P2   |
|     | 事業者指定の仕組み             | P5   |
|     | 事業者指定について             | P6   |
| 第2部 | 事業者指定の手引き             |      |
|     | 申請手続き                 | P14  |
|     | 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護 | P15  |
|     | 療養介護                  | P19  |
|     | 生活介護                  | P23  |
|     | 短期入所                  | P27  |
|     | 重度障害者等包括支援            | P31  |
|     | 自立訓練（機能訓練）            | P35  |
|     | 自立訓練（生活訓練）            | P39  |
|     | 就労選択支援                | P43  |
|     | 就労移行支援                | P47  |
|     | 就労継続支援（A型・B型）         | P51  |
|     | 就労定着支援                | P55  |
|     | 自立生活援助                | P59  |
|     | 共同生活援助                | P63  |
|     | 障害者支援施設               | P67  |
|     | 共生型サービス               | P71  |
| 第3部 | 申請書類                  |      |
|     | 指定申請書（別紙様式第1号）        | P74  |
|     | 変更届出書（別紙様式第2号）        | P76  |
|     | 付表                    | P77  |
|     | 再開・廃止・休止届出書（様式第3号）    | P111 |
|     | 指定辞退届（様式第3号の2）        | P112 |
|     | 事業開始届等                | P113 |
|     | 標準様式                  | P116 |
|     | 参考様式                  | P121 |
| 第4部 | 参考資料                  |      |
|     | 運営規程に掲載する必要のある事項一覧    | P140 |
|     | 運営規程の例                | P141 |

## 第 1 部

### 障害者総合支援法と事業者指定

# 障害者総合支援法の概要

## 1 障害者総合支援法成立に至るまでの経緯

障害者の福祉サービスについては、平成 15 年 4 月に導入された支援費制度に基づき実施されていましたが、障がい種別ごとの法律に基づいて提供されていたため、施設や事業の体系が分かりにくく、障がいの種類によってサービス提供の水準に格差があるなどの課題が残されていました。また、サービス提供に関する全国共通のルールがなく、地域におけるサービスの提供体制が異なるため、同じ種類の障がいでも、受けられるサービスに大きな地域格差がありました。

そこで、こうした課題を解決し、障がいのある人たちが利用できるサービスの充実を図るため、平成 18 年 10 月に「障害者自立支援法」が施行され、障がい種別によらない一元化したサービス提供体制となりました。また、障害福祉サービスの提供については、市町村が責任をもって一元的に実施することになっております。その後、平成 25 年 4 月には「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。）に名称が改正され、障害者の範囲に難病等の方々も加わることになりました。

## 2 指定障害福祉サービス事業者が遵守すべき基準

障害福祉サービス等の指定基準は、県で定める条例及び条例施行規則で定められています。

[条例名]・山形県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 12 月県条例第 81 号）

・山形県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 12 月県条例第 82 号）

[規則名]・山形県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施行規則（平成 25 年 3 月県規則第 23 号）

・山形県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施行規則（平成 25 年 3 月県規則第 24 号）

※条例については以下「山形県条例」といい、規則については以下「山形県規則」という。

### 3 障害者総合支援法のサービスの仕組み

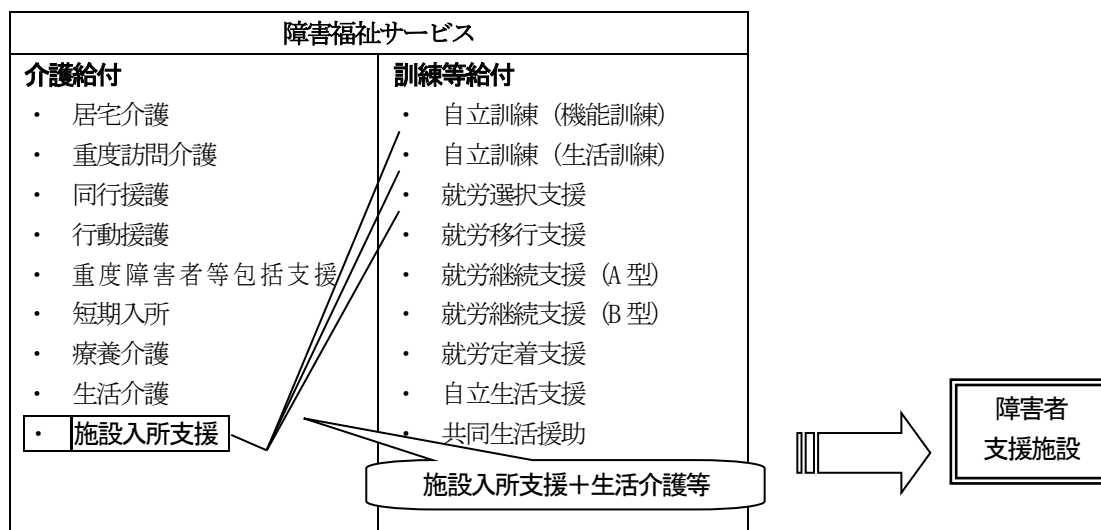
市町村では、「障害福祉サービス」と「地域生活支援事業」の二つの柱で、障がいのある人たちへの総合的な支援を実施します。

「障害福祉サービス」は、介護支援のための「介護給付」や、自立訓練や就労移行支援のための「訓練等給付」などのサービスです。個々の障がいのある人々の障がいの程度や生活の実態などを踏まえ、個別に支給決定が行われます。

「地域生活支援事業」は、市町村の創意工夫により、利用者の状況に応じて柔軟に実施できるサービスです。相談支援やコミュニケーション支援など、地域の実情に応じた、よりきめ細かなサービスが提供されます。

また、サービスを「日中活動の場」と「住まいの場」に分け、障がいのある人が、必要に応じてサービスを選択し、組み合わせて利用できる仕組みとなっております。

これを簡単にまとめると次のとおりとなります。



※法施行規則附則第1条の2で規定する期間の間は、「就労継続支援（法附則第22条第1項に規定する特定旧法受給者に対して行うものに限る。）も施設障害福祉サービスに含む。

## (1) 介護給付について

| サービス名      | 内 容  |
|------------|--|
| 居宅介護       | 自宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行います。   |
| 重度訪問介護     | 重度の肢体不自由児者で常に介護を必要とする人に、自宅で、入浴、排泄、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。  |
| 同行援護       | 移動に著しい困難を有する視覚障害者等につき、外出時において、移動に必要な情報を提供する援助、移動中の介護等必要な援助を行います。 |
| 行動援護       | 自己判断能力が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。               |
| 重度障害者等包括支援 | 介護の必要性がとても高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的にを行います。                           |
| 短期入所       | 自宅で介護する人が病気の場合などに、短期間、夜間も含め、施設で、入浴、排泄、食事の介護等を行います。               |
| 療養介護       | 医療と介護を必要とする人に、昼間、入浴、排泄、食事の介護等を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会を提供します。       |
| 生活介護       | 常に介護を必要とする人に、入浴、排泄、食事の介護等を行います。                                  |
| 施設入所支援     | 施設に入所する人に、夜間や休日、入浴、排泄、食事の介護等を行います。                               |

## (2) 訓練等給付について

| サービス名           | 内 容   |
|-----------------|---|
| 自立訓練（機能訓練・生活訓練） | 自立した日常生活又は社会生活ができるよう、一定期間、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行います。                      |
| 就労選択支援          | 一般就労や就労系障害福祉サービス事業所などについて、障がい者本人の能力や適性、地域社会や事業所の状況に合った選択ができるよう必要な支援を行います。   |
| 就労移行支援          | 一般企業等への就労を希望する人に、一定期間、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。                        |
| 就労継続支援（A型・B型）   | 一般企業等で就労が困難な人に、働く場を提供するとともに、知識及び能力の向上のために必要な訓練を行います。                        |
| 就労定着支援          | 就労に向けた支援を受けて通常の事業所に雇用された方に、就労の継続を図るために必要な事業主との連絡調整等を行います。                   |
| 自立生活援助          | 共同生活援助又は施設入所支援を受けていた方が自立した日常生活を営む上での問題について、定期的な巡回訪問や随時通報により相談に応じる等の援助を行います。 |
| 共同生活援助          | 夜間や休日、共同生活を行う住居で、相談や日常生活上の援助を行います。  |

## 事業者指定の仕組み

### 1 事業者指定の仕組み

障害福祉サービスを提供しようとする者は、障害福祉サービスの種類及び事業所ごと（障害者支援施設の場合は、施設ごと）に知事の指定を受ける必要があります。

なお、次のような場合は、指定ができません。

- ① 申請者が法人でないとき。
- ② 事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、山形県条例及び山形県規則で定める基準を満たしていないとき。
- ③ 申請者が、山形県条例及び山形県規則で定める設備及び運営等に関する基準に従って適正な運営ができないと認められるとき。
- ④ 申請者が、拘禁刑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、法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、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。
- ⑦ 指定障害福祉サービス事業者等の指定を取り消されてから5年を経過しない者であるとき 等。

# 事業者指定について

## 1 指定障害福祉サービス事業者

指定障害福祉サービス事業者として知事の指定を受けるためには、一定の要件を満たしていることが必要であり、また、指定を受けて障害福祉サービスを提供する場合は、一定の基準に従う必要があります。

それぞれのサービスごとの基準を簡単に整理すると次のとおりになります。

| サービスの種類  | 法人格の必要性            | 人員基準                          | 設備・運営基準                        |
|--|--------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 居宅介護<br>重度訪問介護<br>同行援護<br>行動援護<br>療養介護<br>生活介護<br>短期入所<br>重度障害者等包括支援<br>施設入所支援<br>自立訓練<br>就労選択支援<br>就労移行支援<br>就労継続支援<br>就労定着支援<br>自立生活援助<br>共同生活援助 | 法人格が必要<br>※療養介護は病院 | 山形県条例及び山形県規則で定める員数の従事者を配置すること | 山形県条例及び山形県規則で定める設備・運営の基準を満たすこと |

さらに、指定障害福祉サービス事業者は、障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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努めなければなりません。

具体的には次のとおりです。

- ① 市町村、公共職業安定所その他の職業リハビリテーションを実施する機関、教育機関等との緊密な連携を図りつつ、障害福祉サービスや相談支援を障害者等の意向、適性、障がいの特性等に応じ、効果的に行なうよう努めなければならない。
- ② 障害福祉サービスの質の評価を行うことにより、質の向上に努めなければならない。
- ③ 障害者等の人格を尊重するとともに、この法律又はこの法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実にその職務を遂行しなければならない。

### (1) 指定変更の申請

事業者（特定障害福祉サービス（生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型）に係るものに限る。）は、障害福祉サービスの量（利用定員）を増加しようとするときは、指定の変更を申請することができます。

### (2) 変更の届出等

事業所の名称や所在地、管理者等の指定申請事項に変更があった場合又は事業を廃止、休止するときはそれぞれ定められた期日までに知事への届出が必要となります。

| 区分                    | 届出該当事由   |
|-----------------------|--|
| 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> </ul> |

|      |  |
|------|--|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>事業所の平面図 の変更</li> <li>利用者の推定数</li> <li>事業所の管理者及びサービス提供責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>運営規程 の変更</li> <li>介護給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul>   |
| 療養介護 | <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 の変更</li> <li>事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>運営規程 の変更</li> <li>介護給付費及び療養介護医療費の請求に関する事項 の変更</li> </ul>  |
| 生活介護 | <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>事業所の平面図及び設備の概要 の変更</li> <li>事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>運営規程 の変更</li> <li>協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 の変更</li> <li>介護給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul>  |
| 短期入所 | <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>事業所の種別 の変更</li> <li>建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 の変更<br/>(併設事業所において行う場合は、併設本体施設の平面図を含む。)</li> <li>併設事業所の利用者推定数又は空床型の当該施設の入所定員 の変更</li> <li>利用者の推定数</li> <li>事業所の管理者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>運営規程 の変更</li> <li>協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 の変更</li> <li>介護給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul> |

|                        |   |
|------------------------|---|
| <p>重度障害者等包括支援</p>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>・ 申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>・ 提供する障害福祉サービスの種類 の変更</li> <li>・ 利用者の推定数</li> <li>・ 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があるときは、当該障害福祉サービスの種類並びに当該第三者の事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 事業所の平面図 の変更</li> <li>・ 事業所の管理者及びサービス提供責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>・ 運営規程 の変更</li> <li>・ 医療機関との協力体制の概要 の変更</li> <li>・ 介護給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul> |
| <p>自立訓練（機能訓練・生活訓練）</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>・ 申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>・ 事業所の平面図及び設備の概要 の変更</li> <li>・ 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>・ 運営規程 の変更</li> <li>・ 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 の変更</li> <li>・ 訓練等給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul>  |
| <p>就労選択支援</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>・ 申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>・ 事業所の平面図及び設備の概要 の変更</li> <li>・ 事業所の管理者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>・ 運営規程 の変更</li> <li>・ 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 の変更</li> <li>・ 連携する公共職業安定所その他関係機関の名称 の変更</li> <li>・ 訓練等給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul>  |
| <p>就労移行支援</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>・ 申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>・ 事業所の平面図及び設備の概要 の変更</li> <li>・ 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>・ 運営規程 の変更</li> </ul>  |

|                   |  |
|-------------------|--|
|                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 の変更</li> <li>・ 連携する公共職業安定所その他関係機関の名称 の変更</li> <li>・ 訓練等給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul>  |
| 就労継続支援<br>(A型・B型) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>・ 申請者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(「定款、寄附行為等」は就労継続支援A型のみ。当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>・ 事業所の平面図及び設備の概要 の変更</li> <li>・ 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>・ 運営規程 の変更</li> <li>・ 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 の変更</li> <li>・ 訓練等給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul>             |
| 就労定着支援            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>・ 申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>・ 指定を受けようとする事業者が提供する指定障害福祉サービスの種類並びに当該事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 事業所の平面図 の変更</li> <li>・ 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>・ 運営規程 の変更</li> <li>・ 訓練等給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul>                                      |
| 自立生活援助            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>・ 申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>・ 指定を受けようとする者の指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者の別、提供している指定障害福祉サービスの種類並びに当該事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 事業所の平面図 の変更</li> <li>・ 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>・ 運営規程 の変更</li> <li>・ 訓練等給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul> |
| 共同生活援助            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の名称及び所在地 の変更</li> <li>・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更</li> <li>・ 申請者の登記事項証明書又は条例等 の変更<br/>(当該指定に係る事業に関するものに限る。)</li> <li>・ 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 の変更</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更</li> <li>・ 運営規程 の変更</li> <li>・ 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 の変更<br/>(協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約内容を含む。)</li> <li>・ 関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要 の変更</li> <li>・ 訓練等給付費の請求に関する事項 の変更</li> </ul> |
|--|--|

(3) 指導監督

知事は、指定障害福祉サービス事業者の行うサービスが、事業の基準を満たしているかなどについて、人員・設備・運営基準等の規定に従って行われているか否かを確認、必要な指導監督を行います。

知事が改善すべき項目に対し是正するよう勧告しても、事業者がそれを守らないときには、公表することがあります。

(4) 指定の取消し等

知事は、指定障害福祉サービス事業者が以下の事由等に該当する場合には、指定を取り消すことができます。

|  |
|--|
| <p>ア 拘禁刑以上の刑を受けたとき</p> <p>イ 法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により罰金刑を受けたとき</p> <p>ウ 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を受けたとき</p> <p>エ 従業者の知識若しくは技能又は人員について山形県条例及び山形県規則で定める基準を満たすことができなくなったとき</p> <p>オ 山形県条例及び山形県規則で定める設備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ができなくなったとき</p> <p>カ 介護給付費等の請求に関し不正があったとき</p> <p>キ 知事の求める報告又は帳簿書類の提出・提示に従わず、又は虚偽の報告をしたとき</p> <p>ク 知事の求める出頭に応じないとき、質問に答弁しないとき、もしくは虚偽の答弁をしたとき、又は検査を拒み、妨げ、忌避したとき</p> <p>ケ 不正な手段により指定障害福祉サービス事業者の指定を受けたとき</p> <p>コ 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 等</p> |
|--|

市町村は、上記の事由に該当する事業者を把握した場合は、その旨を知事に通知することができます。

(5) 指定の更新

事業者は、6年ごとに更新を受ける必要があります。更新しなければ、有効期間の満了日の翌日から効力を失うこととなります。

(6) 公示

知事は、指定障害福祉サービス事業者の指定や取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合には、その旨を県公報で公示するとともに、市町村等に対して情報の提供を行います。

(7) 事業の開始届

国及び都道府県以外の者が、障害福祉サービス事業を開始しようとするときは、指定申請とは別に法第79条の規定により、事業の開始届を提出する必要があります。

## 2 指定障害者支援施設

介護給付費及び訓練等給付費の支給対象となる指定障害者支援施設として知事の指定を受けるためには、一定の要件を満たしていることが必要であり、また、指定を受けて施設障害福祉サービスを提供する際には、一定の基準に従う必要があります。

それぞれのサービスごとの基準を簡単に整理すると次のとおりになります。

| 昼間のサービスの種類   | 設置主体   | 人員基準                          | 設備・運営基準                        |
|--|--------|-------------------------------|--------------------------------|
| ①生活介護<br>②自立訓練（機能訓練）<br>③自立訓練（生活訓練）<br>④就労移行支援<br>⑤就労継続支援※ | 法人格が必要 | 山形県条例及び山形県規則で定める員数の従事者を配置すること | 山形県条例及び山形県規則で定める設備・運営の基準を満たすこと |

※法施行規則附則第1条の2で規定する期間の間は、「就労継続支援（法附則第22条第1項に規定する特定旧法受給者に対して行うものに限る。）も施設障害福祉サービスを含む。

さらに、施設では、障害者等がその有する能力及び適正に応じ、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努めなければなりません。具体的には、指定障害福祉サービスと同じです。

### (1) 指定変更の申請

施設の設置者は、施設障害福祉サービスの種類を変更しようとするとき、又は当該指定に係る入所定員を増加しようとするときは、指定の変更を申請することができます。

### (2) 変更の届出等

施設の設置者は、施設に関する変更等が生じた場合、10日以内に知事への届出が必要になります。

#### <変更届出の該当事由>

- ・ 施設の名称及び設置の場所 の変更
- ・ 設置者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所 の変更
- ・ 設置者の登記事項証明書又は条例等 の変更  
（当該指定に係る事業に関するものに限る。）
- ・ 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要 の変更
- ・ 施設の管理者及びサービス管理責任者の氏名、経歴及び住所 の変更
- ・ 運営規程 の変更
- ・ 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該医療機関との契約の内容 の変更  
（協力歯科医療機関があるときは、その名称及び当該協力歯科医療機関との契約内容を含む。）
- ・ 連携する公共職業安定所その他関係機関の名称 の変更  
（就労移行支援を行う場合に限る。）
- ・ 介護給付費及び訓練等給付費の請求に関する事項 の変更

### (3) 指導監督

知事は、指定障害者支援施設の設置者が行うサービスが、事業の基準を満たしているかなどについて、人員・設備・運営基準等の規定に従って行われているか否かを確認、必要な指導監督を行います。

知事が改善すべき項目に対し是正するよう勧告しても、事業者がそれを守らないときには、公表することがあります。

(4) 指定の取消し等

知事は、指定障害者支援施設の設置者が以下の事由等に該当する場合には、指定を取り消すことができます。

- ア 拘禁刑以上の刑を受けたとき
- イ 法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により罰金刑を受けたとき
- ウ 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を受けたとき
- エ 従業者の知識若しくは技能又は人員について、山形県条例及び山形県規則で定める基準を満たすことができなくなったとき
- オ 山形県条例及び山形県規則で定める設備及び運営に関する基準に従って適正な指定障害者支援施設の運営ができなくなったとき
- カ 介護給付費等の請求に関し不正があったとき
- キ 知事の求める報告又は帳簿書類の提出・提示に従わず、又は虚偽の報告をしたとき
- ク 知事の求める出頭に応じないとき、質問に答弁しないとき、もしくは虚偽の答弁をしたとき、又は検査を拒み、妨げ、忌避したとき
- ケ 不正な手段により指定障害者支援施設の指定を受けたとき
- コ 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 等

市町村は、上記の事由に該当する事業者を把握した場合は、その旨を知事に通知することができます。

(5) 指定の更新

事業者は、6年ごとに更新を受ける必要があります。更新しなければ、有効期間の満了日の翌日から効力を失うこととなります。

(6) 公示

知事は、指定障害者支援施設の指定や取消しを行った場合、事業者から指定の辞退の届出があった場合には、その旨を県公報で公示するとともに、市町村等に対して情報の提供を行います。

## 第2部

### 事業者指定の手引き

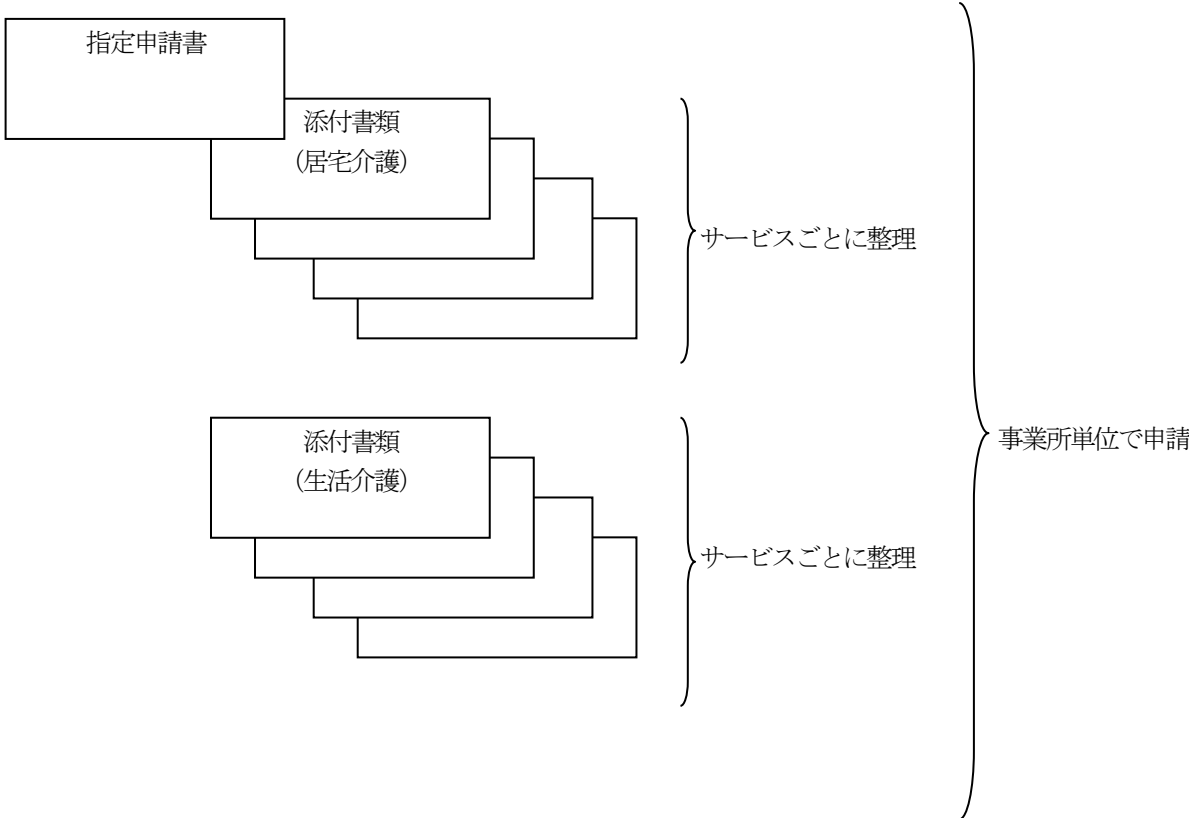
# 申請手続き

## 1 申請に必要な書類

事業者等の指定は、事業所ごと、サービスの種類ごとに行います。したがって、申請書は事業所ごとサービスの種類ごとに提出する必要があります。

同じ事業所が複数のサービス（居宅介護、生活介護等）をまとめて申請することも可能ですが、その際は、サービスごとに添付書類をつけて申請することになります。

同一の法人が複数の事業所を経営している場合は、事業所ごとに申請が必要になりますので、御注意願います。



## 2 申請書類提出までの流れ

- (1) 指定申請書に必要事項を記入する。
- (2) 添付書類を整理する。
- (3) 事業所ごと、サービスの種類ごと申請書類の確認を行う。
- (4) 事業所の所在地を管轄する総合支庁地域保健（健康）福祉課あて簡易書留等で送付する。

|      |                      |           |                 |
|------|----------------------|-----------|-----------------|
| 村山地域 | 村山総合支庁保健福祉環境部地域健康福祉課 | 〒990-0031 | 山形市十日町 1-6-6    |
| 最上地域 | 最上総合支庁保健福祉環境部地域健康福祉課 | 〒996-0002 | 新庄市金沢字大道上 2034  |
| 置賜地域 | 置賜総合支庁保健福祉環境部地域保健福祉課 | 〒992-0012 | 米沢市金池 7-1-50    |
| 庄内地域 | 庄内総合支庁保健福祉環境部地域保健福祉課 | 〒997-1392 | 三川町大字横山字袖東 19-1 |
- (5) 指定に係る審査事務については、1か月程度かかります。事業開始予定日の何日前まで申請をしなければならぬかは、管轄する総合支庁に確認してください。

# 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護

## 1 業務内容

「居宅介護」とは、障害者等に対して自宅における a 入浴、排泄、食事等の介護、b 洗濯、掃除等の家事、c 生活等に関する相談助言その他生活全般にわたる援助をいい、「重度訪問介護」とは、重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする障害者に、自宅における a 入浴、排泄、食事等の介護、b 洗濯、掃除等の家事、c 生活等に関する相談助言その他生活全般にわたる援助をいい、「同行援護」とは、移動に著しい困難を有する視覚障害者等につき、外出時において、移動に必要な情報を提供する援助、移動中の介護等必要な援助をいい、「行動援護」とは、行動上著しい困難を有する障害者が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出時における移動中の介護等必要な援助を総合的に供与することをいいます。

## 2 指定居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業者の指定

指定居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

指定居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに関係機関と緊密な連携を図りつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ、常に障害者等の立場に立って効果的に行うこと
- ③ 提供する指定居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「利用者の希望や意向等を調査するために実施した面談等の対応について記録した書類（以下、「調査面談記録」という。任意様式。）」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 6 勧告・命令等

知事は、指定居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、指定居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 7 指定の取消し

指定居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10（4）「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         |                                | 書 類 名  |                       |
|---------|--------------------------------|--|-----------------------|
| 申請書     | a                              | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表1）  |                       |
| 添付する書類  |                                |  |                       |
| 添 付 書 類 | b                              | 申請者の登記事項証明書又は条例等   | 登記事項証明書は原本            |
|         | c                              | 事業所の平面図（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|         | d                              | 事業所の管理者及びサービス提供責任者の経歴書（参考様式3）<br>※実務経験が必要なサービス提供責任者の場合は実務経験証明書（参考様式4）  | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | e                              | 運営規程   |                       |
|         | f                              | 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（標準様式2）  |                       |
|         | g                              | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図、指定居宅介護等の提供に当たる者の免許・資格・研修修了証の写し（介護福祉士登録証等）を添付<br>・事業所の勤務時間等が確認できる書類（就業規則等） |                       |
|         | h                              | 介護給付費の請求に関する事項   |                       |
|         | i                              | 誓約書（標準様式3）   |                       |
|         | j                              | 介護保険法に基づく訪問介護事業の指定書の写し   |                       |
|         | k                              | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）  |                       |
|         | l                              | 道路運送法上の許可書の写し（通院等の乗降介助を実施する場合）   |                       |
|         | m                              | 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）   |                       |
|         | n                              | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）  |                       |
|         | o                              | 指定を不要とする旨の申出書（重度訪問介護事業のみなし指定が不要な場合）  |                       |
|         | p                              | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）  |                       |
|         | q                              | 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式12）  |                       |
| r       | 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書（参考様式13） |  |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

|       |  | 書 類 名              |
|-------|--|--------------------|
| 届 出 書 |  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添付書類  |  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|       |  | 書 類 名                                 |
|-------|--|---------------------------------------|
| 届 出 書 |  | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添付書類  |  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

指定居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明   | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|---|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |   | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は<br>条例                   | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書  | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図<br>【参考様式1及び2】                 | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。   | ○     | ○                        |     |
| d | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】               | ・当該事業所の管理者及びサービス提供責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載してください。  | ○     | ○                        |     |
| e | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④指定居宅介護の内容並びに支給決定障害者等から受領する費用の種類及びその額<br>⑤通常の事業の実施地域<br>⑥緊急時等における対応方法<br>⑦サービスの主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑧虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑨その他運営に関する重要事項<br>・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・利用料その他の費用の額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| f | 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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項   | ○     |                          |     |
| g | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】        | ・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）<br>・職種の分類は次のとおりです。<br>（管理者／サービス提供責任者／介護員／その他）<br>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。<br>・その他の注意事項は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」に記載しております。   | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                           | 説 明   | 必要なとき |     |     |
|---|--------------------------------|---|-------|-----|-----|
|   |                                |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 介護給付費の請求に関する事項                 | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書<br>・体制等状況一覧表                                       | ○     | ○   |     |
| i | 誓約書【標準様式3】                     |   | ○     |     |     |
| j | 介護保険法に基づく訪問介護事業の指定書の写し         | ・介護保険法に基づく訪問介護事業の指定を受けている場合その指定書の写し                                       | ○     |     |     |
| k | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類            | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。   | ○     |     |     |
| l | 道路運送法上の許可書の写し                  | ・通院等の乗降介助を実施する場合  | ○     |     |     |
| m | 事業所の賃貸借契約書の写し                  | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し   | ○     |     |     |
| n | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】          | ・主たる対象者を特定する場合  | ○     |     |     |
| o | 指定を不要とする旨の申出書                  | ・重度訪問介護事業のみなし指定が不要な場合   | ○     |     |     |
| p | 社会保険等への加入状況にかかる確認票【別紙1】        | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しも提出してください。(提示のみも可)                                   | ○     |     |     |
| q | 共生型サービス指定に係る確認票(参考様式12)        | ・共生型サービスの指定を申請する場合  | ○     |     |     |
| r | 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書(参考様式13) | ・既に他法による指定を受けている事業所が、共生型による実施が可能なサービスの指定を受けようとする場合で、共生型サービスの特例の適用を希望しない場合 | ○     |     |     |
| s | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】  |   |       |     | ○   |
| t | 調査面談記録(任意様式)                   |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 療養介護

## 1 業務内容

「療養介護」とは、医療と常時介護を要する障害者に対して、医療機関において機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護及び日常生活上の世話をを行うことをいいます。

## 2 療養介護事業者の指定

療養介護事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

療養介護事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がい等の特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する療養介護事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 6 勧告・命令等

知事は、療養介護事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、療養介護事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 7 指定の取消し

指定療養介護事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|            | 書 類 名   |                       |
|------------|---|-----------------------|
| 申請書        | a 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表2）   |                       |
| 添付する書類     |   |                       |
| 添 付<br>書 類 | b 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書<br>は原本        |
|            | c 医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類  |                       |
|            | d 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|            | e 利用者の推定数   |                       |
|            | f 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|            | g 運営規程  |                       |
|            | h 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（標準様式2）   |                       |
|            | i 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|            | j 介護給付費及び療養介護医療費の請求に関する事項   |                       |
|            | k 誓約書（標準様式3）  |                       |
|            | l 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|            | m 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|            | n 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）   | 原本                    |
|            | o 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

|       | 書 類 名              |
|-------|--------------------|
| 届 出 書 | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添付書類  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|       | 書 類 名                                 |
|-------|---------------------------------------|
| 届 出 書 | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添付書類  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

療養介護事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説明   | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は条例                       | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類            |  | ○     |                          |     |
| d | 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要<br>【参考様式1及び2】    | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| e | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| f | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】               | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| g | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③利用定員<br>④指定療養介護の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑤サービス利用に当たっての留意事項<br>⑥緊急時等における対応方法<br>⑦事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑧非常災害対策<br>⑨虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑩その他運営に関する重要事項<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。 | ○     | ○                        |     |
| h | 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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |
| i | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】        | ・管理者及び指定療養介護にあたる従業者の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）<br>・職種の分類は次のとおりです。<br>（管理者／サービス管理責任者／看護職員／生活支援員／その他）<br>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。<br>・その他の注意事項は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり   | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                          | 説 明                                     | 必要なとき |     |     |
|---|-------------------------------|---|-------|-----|-----|
|   |                               |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| j | 介護給付費及び療養介護医療費の請求に関する事項       | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書                  | ○     | ○   |     |
| k | 誓約書【標準様式3】                    |   | ○     |     |     |
| l | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類           | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。           | ○     |     |     |
| m | 事業所の賃貸借契約書の写し                 | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し                 | ○     |     |     |
| n | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】         | ・事業所を移転する場合も提出してください。                   | ○     |     |     |
| o | 社会保険等への加入状況にかかわる確認票【別紙1】      | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しも提出してください。(提示のみも可) | ○     |     |     |
| p | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】 |   |       |     | ○   |
| q | 調査面談記録(任意様式)                  |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 生活介護

## 1 業務内容

「生活介護」とは、常時介護を要する障害者に対して、障害者支援施設等において入浴、排泄、又は食事の介護等を行うことをいいます。

## 2 生活介護事業者の指定

生活介護事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

生活介護事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する生活介護事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 指定変更の申請

生活介護事業者は、障害福祉サービスの量（利用定員）を増加しようとするときは、指定の変更を申請することができます。

## 6 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令（P6）で定められています。

### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 7 勧告・命令等

知事は、生活介護事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、生活介護事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 8 指定の取消し

指定生活介護事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10（4）「指定の取消し等」をご覧ください。

## 9 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 10 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         |                                | 書 類 名   |                       |
|---------|--------------------------------|---|-----------------------|
| 申請書     | a                              | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表3）   |                       |
| 添付する書類  |                                |   |                       |
| 添 付 書 類 | b                              | 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|         | c                              | 事業所の平面図及び設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|         | d                              | 利用者の推定数   |                       |
|         | e                              | 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | f                              | 運営規程  |                       |
|         | g                              | 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（標準様式2）   |                       |
|         | h                              | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|         | i                              | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに協力医療機関との契約内容  |                       |
|         | j                              | 介護給付費の請求に関する事項  |                       |
|         | k                              | 誓約書（標準様式3）  |                       |
|         | l                              | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|         | m                              | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|         | n                              | 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|         | o                              | 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）   | 原本                    |
|         | p                              | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |
| q       | 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式12）        |   |                       |
| r       | 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書（参考様式13） |   |                       |

### (2) 指定変更の申請に必要な書類

|      |   | 書 類 名                             |  |
|------|---|-----------------------------------|--|
| 申請書  | a | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表3） |  |
| 添付書類 |   | 手引き P6～10 及び次ページ参照                |  |

### (3) 変更届に必要な書類

|      |  | 書 類 名              |  |
|------|--|--------------------|--|
| 届出書  |  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |  |
| 添付書類 |  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |  |

### (4) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|      |  | 書 類 名                                 |  |
|------|--|---------------------------------------|--|
| 届出書  |  | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |  |
| 添付書類 |  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |  |

生活介護事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は<br>条例                   | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図及び設備の概要<br>【参考様式1及び2】          | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】               | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④利用定員<br>⑤指定生活介護の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑥通常の事業の実施地域<br>⑦サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧緊急時等における対応方法<br>⑨事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑩非常災害対策<br>⑪虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑫その他運営に関する重要事項<br>・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。 | ○     | ○                        |     |
| g | 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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |
| h | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】        | ・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）<br>・職種の分類は次のとおりです。<br>（管理者／サービス管理責任者／看護職員／理学療法士／作業療法士／生活支援員／その他）<br>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。<br>・その他の注意事項は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり   | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                           | 説 明   | 必要なとき |     |     |
|---|--------------------------------|---|-------|-----|-----|
|   |                                |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| i | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに協力医療機関との契約内容 |   | ○     | ○   |     |
| j | 介護給付費の請求に関する事項                 | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書<br>・体制等状況一覧表                                       | ○     | ○   |     |
| k | 誓約書【標準様式3】                     |   | ○     |     |     |
| l | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類            | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。   | ○     |     |     |
| m | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】          | ・主たる対象者を特定する場合  | ○     |     |     |
| n | 事業所の賃貸借契約書の写し                  | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し   | ○     |     |     |
| o | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】          | ・事業所を移転する場合も提出してください。   | ○     |     |     |
| p | 社会保険等への加入状況にかかわる確認票【別紙1】       | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。(提示のみも可)                                   | ○     |     |     |
| q | 共生型サービス指定に係る確認票(参考様式12)        | ・共生型サービスの指定を申請する場合  | ○     |     |     |
| r | 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書(参考様式13) | ・既に他法による指定を受けている事業所が、共生型による実施が可能なサービスの指定を受けようとする場合で、共生型サービスの特例の適用を希望しない場合 | ○     |     |     |
| s | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】  |   |       |     | ○   |
| t | 調査面談記録(任意様式)                   |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

## 短期入所

### 1 業務内容

「短期入所」とは、居宅においてその介護を行う者の疾病その他の場合に、障害者を障害者支援施設等へ短期間入所させ、入浴、排泄、又は食事の介護等を行うことをいいます。

### 2 短期入所事業者の指定

短期入所事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

### 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

### 4 事業者等の責務

短期入所事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する短期入所事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

### 5 事業の変更等の届出

#### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

#### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

#### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

#### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

### 6 勧告・命令等

知事は、短期入所事業者が人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、短期入所事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

### 7 指定の取消し

指定短期入所事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

### 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

| 書 類 名                            |  |                       |
|----------------------------------|--|-----------------------|
| 申請書                              | a 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表4）  |                       |
| 添付する書類                           |  |                       |
| 添 付 書 類                          | b 申請者の登記事項証明書又は条例等   | 登記事項証明書は原本            |
|                                  | c 事業所の種別   |                       |
|                                  | d 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付<br>（併設事業所において行う場合は、併設本体施設の平面図を含む。）                    |                       |
|                                  | e 利用者の推定数又は当該施設の入所定員   |                       |
|                                  | f 事業所の管理者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|                                  | g 運営規程   |                       |
|                                  | h 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<br>（標準様式2）  |                       |
|                                  | i 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付  |                       |
|                                  | j 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   |                       |
|                                  | k 介護給付費の請求に関する事項   |                       |
|                                  | l 誓約書（標準様式3）   |                       |
|                                  | m 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）  |                       |
|                                  | n 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）  |                       |
|                                  | o 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）   |                       |
|                                  | p 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）  | 原本                    |
|                                  | q 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）  |                       |
| r 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式12）        |  |                       |
| s 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書（参考様式13） |  |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

| 書 類 名 |                    |
|-------|--------------------|
| 届 出 書 | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添付書類  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

| 書 類 名 |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 届 出 書 | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添付書類  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

短期入所事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は条例                       | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の種別                                | ・併設型、空床利用型、単独型の種別  | ○     | ○                        |     |
| d | 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要<br>【参考様式1及び2】    | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| e | 利用者の推定数又は当該施設の入所定員                    | ・併設事業所の場合利用者の推定数<br>・空床利用の場合は当該施設の入所定員   | ○     | ○<br>単独型を除く              |     |
| f | 事業所の管理者の経歴書<br>【参考様式3】                | ・当該事業所の管理者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等   | ○     | ○                        |     |
| g | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③利用定員（空床利用の場合は省略可）<br>④指定短期入所の内容並びに支給決定障害者等から受領する費用の種類及びその額<br>⑤サービス利用に当たっての留意事項<br>⑥緊急時等における対応方法<br>⑦非常災害対策<br>⑧事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑨虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑩その他運営に関する重要事項<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。 | ○     | ○                        |     |
| h | 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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |
| i | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】        | ・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）<br>・職種の分類は次のとおりです。（管理者／生活支援員／医師／その他）<br>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。<br>・その他の注意事項は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり   | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                             | 説明  | 必要なとき |     |     |
|---|----------------------------------|---|-------|-----|-----|
|   |                                  |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| j | 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 | ・契約書の写し等  | ○     | ○   |     |
| k | 介護給付費の請求に関する事項                   | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書<br>・体制等状況一覧表                                       | ○     | ○   |     |
| l | 誓約書【標準様式3】                       |   | ○     |     |     |
| m | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類              | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。   | ○     |     |     |
| n | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】            | ・主たる対象者を特定する場合  | ○     |     |     |
| o | 事業所の賃貸借契約書の写し                    | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し   | ○     |     |     |
| p | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】            | ・事業所を移転する場合も提出してください。   | ○     |     |     |
| q | 社会保険等への加入状況にかかる確認票【別紙1】          | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。(提示のみも可)                                   | ○     |     |     |
| r | 共生型サービス指定に係る確認票(参考様式12)          | ・共生型サービスの指定を申請する場合  | ○     |     |     |
| s | 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書(参考様式13)   | ・既に他法による指定を受けている事業所が、共生型による実施が可能なサービスの指定を受けようとする場合で、共生型サービスの特例の適用を希望しない場合 | ○     |     |     |
| t | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】    |   |       |     | ○   |
| u | 調査面談記録(任意様式)                     |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 重度障害者等包括支援

## 1 業務内容

「重度障害者包括支援」とは、常時介護を要する障害者であって、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに行動上著しい困難を有する者に対して、居宅介護等複数のサービスを包括的に提供することをいいます。

## 2 重度障害者等包括支援事業者の指定

重度障害者等包括支援事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

重度障害者等包括支援事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する重度障害者等包括支援事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

### (2) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (3) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 6 勧告・命令等

知事は、重度障害者等包括支援事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、重度障害者等包括支援事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 7 指定の取消し

指定重度障害者等包括支援事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         |                         | 書 類 名   |                       |
|---------|-------------------------|---|-----------------------|
| 申請書     | a                       | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表5）   |                       |
| 添付する書類  |                         |   |                       |
| 添 付 書 類 | b                       | 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|         | c                       | 提供する障害福祉サービスの種類   |                       |
|         | d                       | 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並びに当該第三者の事業所の名称及び所在地  |                       |
|         | e                       | 事業所の平面図（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付   |                       |
|         | f                       | 事業所の管理者及びサービス提供責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | g                       | 運営規程  |                       |
|         | h                       | 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（標準様式2）   |                       |
|         | i                       | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|         | j                       | 医療機関との協力体制の概要   |                       |
|         | k                       | 介護給付費の請求に関する事項  |                       |
|         | l                       | 誓約書（標準様式3）  |                       |
|         | m                       | 介護保険法に基づく訪問介護事業の指定書の写し  |                       |
|         | n                       | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|         | o                       | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|         | p                       | 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
| q       | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1） |   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

|       |  | 書 類 名              |
|-------|--|--------------------|
| 届 出 書 |  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添付書類  |  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|       |  | 書 類 名                                 |
|-------|--|---------------------------------------|
| 届 出 書 |  | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添付書類  |  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

重度障害者等包括支援事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類   | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|--|--|-------|--------------------------|-----|
|   |  |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は<br>条例                              | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 提供する障害福祉サービスの種類及び事業所の名称                          |  | ○     | ○                        |     |
| d | 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並びに当該第三者の事業所の名称及び所在地 | ・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がある場合  | ○     | ○                        |     |
| e | 事業所の平面図<br>【参考様式1及び2】                            | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】                          | ・当該事業所の管理者及びサービス提供責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載してください。   | ○     | ○                        |     |
| g | 運営規程   | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③指定重度障害者等包括支援を提供できる利用者の数<br>④指定重度障害者等包括支援の内容並びに支給決定障害者等から受領する費用の種類及びその額<br>⑤通常の事業の実施地域<br>⑥緊急時等における対応方法<br>⑦事業の主たる対象とする利用者<br>⑧虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑨その他運営に関する重要事項<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| h | 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【標準様式2】            | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                           | 説明  | 必要なとき |     |     |
|---|--------------------------------|---|-------|-----|-----|
|   |                                |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| i | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>・職種の分類は次のとおりです。（管理者／サービス提供責任者／その他）</li> <li>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>・その他の注意事項は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| j | 医療機関との協力体制の概要                  |   | ○     | ○   |     |
| k | 介護給付費の請求に関する事項                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書</li> <li>・体制等状況一覧表</li> </ul>   | ○     | ○   |     |
| l | 誓約書【標準様式3】                     |   | ○     |     |     |
| m | 介護保険法に基づく訪問介護事業の指定書の写し         | ・介護保険法に基づく訪問介護事業の指定を受けている場合その指定書の写し   | ○     |     |     |
| n | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類            | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。   | ○     |     |     |
| o | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】          | ・主たる対象者を特定する場合  | ○     |     |     |
| p | 事業所の賃貸借契約書の写し                  | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し   | ○     |     |     |
| q | 社会保険等への加入状況にかかわる確認票【別紙1】       | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）   | ○     |     |     |
| r | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】  |   |       |     | ○   |
| s | 調査面談記録(任意様式)                   |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

## 自立訓練（機能訓練）

### 1 業務内容

「自立訓練（機能訓練）」とは、障害者が自立した日常生活又は社会生活ができるよう、障害者支援施設等又は居宅において一定期間身体機能の向上のために理学療法、作業療法等の必要な訓練を行うことをいいます。

### 2 自立訓練（機能訓練）事業者の指定

自立訓練（機能訓練）事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

### 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

### 4 事業者等の責務

自立訓練（機能訓練）事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準にそ則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する自立訓練（機能訓練）事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

### 5 事業の変更等の届出

#### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令（P6）で定められています。

#### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

#### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

#### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

### 6 勧告・命令等

知事は、自立訓練（機能訓練）事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、自立訓練（機能訓練）事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

### 7 指定の取消し

指定自立訓練（機能訓練）事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10（4）「指定の取消し等」をご覧ください。

### 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|                                  | 書 類 名   |                       |
|----------------------------------|---|-----------------------|
| 申請書                              | a 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表6）   |                       |
| 添付する書類                           |   |                       |
| 添 付<br>書 類                       | b 登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書<br>は原本        |
|                                  | c 事業所の平面図及び設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|                                  | d 利用者の推定数   |                       |
|                                  | e 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|                                  | f 運営規程  |                       |
|                                  | g 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（標準様式2）   |                       |
|                                  | h 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|                                  | i 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  |                       |
|                                  | j 訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|                                  | k 誓約書（標準様式3）  |                       |
|                                  | l 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|                                  | m 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|                                  | n 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|                                  | o 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）   | 原本                    |
|                                  | p 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |
|                                  | q 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式12）   |                       |
| r 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書（参考様式13） |   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

|       | 書 類 名              |  |
|-------|--------------------|--|
| 届 出 書 | 変更届出書（別紙様式第2号）     |  |
| 添付書類  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |  |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|       | 書 類 名                                 |  |
|-------|---------------------------------------|--|
| 届 出 書 | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |  |
| 添付書類  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |  |

自立訓練（機能訓練）事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は<br>条例                   | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図及び設備の概要<br>【参考様式1及び2】          | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】               | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④利用定員<br>⑤指定自立訓練の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑥通常の事業の実施地域<br>⑦サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧緊急時等における対応方法<br>⑨事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑩非常災害対策<br>⑪虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑫その他運営に関する重要事項<br>・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| g | 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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                              | 説明  | 必要なとき |     |     |
|---|-----------------------------------|---|-------|-----|-----|
|   |                                   |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>・職種の分類は次のとおりです。<br/>（管理者／サービス管理責任者／看護職員／理学療法士／作業療法士／生活支援員／その他）</li> <li>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>・その他の注意事項は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| i | 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 |   | ○     | ○   |     |
| j | 訓練等給付費の請求に関する事項                   | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書  | ○     | ○   |     |
| k | 誓約書【標準様式3】                        |   | ○     |     |     |
| l | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類               | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。   | ○     |     |     |
| m | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】             | ・主たる対象者を特定する場合  | ○     |     |     |
| n | 事業所の賃貸借契約書の写し                     | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し   | ○     |     |     |
| o | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】             | ・事業所を移転する場合も提出してください。   | ○     |     |     |
| p | 社会保険等への加入状況にかかわる確認票【別紙1】          | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）   | ○     |     |     |
| q | 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式12）           | ・共生型サービスの指定を申請する場合  | ○     |     |     |
| r | 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書（参考様式13）    | ・既に他法による指定を受けている事業所が、共生型による実施が可能なサービスの指定を受けようとする場合で、共生型サービスの特例の適用を希望しない場合   | ○     |     |     |
| s | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】     |   |       |     | ○   |
| t | 調査面談記録（任意様式）                      |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

## 自立訓練（生活訓練）

### 1 業務内容

「自立訓練（生活訓練）」とは、障害者が自立した日常生活又は社会生活ができるよう、障害者支援施設等又は居宅において一定期間生活能力の向上のために、入浴、排泄、食事等の必要な訓練を行うことをいいます。

また、自立訓練（生活訓練）の対象者に、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言等の支援を行うものを「宿泊型自立訓練」といいます。

### 2 自立訓練（生活訓練）事業者の指定

自立訓練（生活訓練）事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

### 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

### 4 事業者等の責務

自立訓練（生活訓練）事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する自立訓練（生活訓練）事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

### 5 事業の変更等の届出

#### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

#### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

#### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

#### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

### 6 勧告・命令等

知事は、自立訓練（生活訓練）事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、自立訓練（生活訓練）事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

### 7 指定の取消し

指定自立訓練（生活訓練）事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         |                                | 書 類 名   |                       |
|---------|--------------------------------|---|-----------------------|
| 申請書     | a                              | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表6）   |                       |
| 添付する書類  |                                |   |                       |
| 添 付 書 類 | b                              | 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|         | c                              | 事業所の平面図及び設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|         | d                              | 利用者の推定数   |                       |
|         | e                              | 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | f                              | 運営規程  |                       |
|         | g                              | 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（標準様式2）   |                       |
|         | h                              | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|         | i                              | 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  |                       |
|         | j                              | 訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|         | k                              | 誓約書（標準様式3）  |                       |
|         | l                              | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|         | m                              | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|         | n                              | 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|         | o                              | 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）   | 原本                    |
|         | p                              | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |
|         | q                              | 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式12）   |                       |
| r       | 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書（参考様式13） |   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

|       |  | 書 類 名              |
|-------|--|--------------------|
| 届 出 書 |  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添付書類  |  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|       |  | 書 類 名                                 |
|-------|--|---------------------------------------|
| 届 出 書 |  | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添付書類  |  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

自立訓練（生活訓練）事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は条例                       | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図及び設備の概要<br>【参考様式1及び2】          | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】               | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④利用定員<br>⑤指定自立訓練の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑥通常の事業の実施地域<br>⑦サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧緊急時等における対応方法<br>⑨事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑩非常災害対策<br>⑪虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑫その他運営に関する重要事項<br>・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| g | 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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                             | 説明  | 必要なとき |     |     |
|---|----------------------------------|---|-------|-----|-----|
|   |                                  |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>・職種の分類は次のとおりです。<br/>（管理者／サービス管理責任者／生活支援員／看護職員／地域移行支援員／その他）</li> <li>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>・その他の注意事項は、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| i | 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 |   | ○     | ○   |     |
| j | 訓練等給付費の請求に関する事項                  | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書  | ○     | ○   |     |
| k | 誓約書【標準様式3】                       |   | ○     |     |     |
| l | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類              | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。   | ○     |     |     |
| m | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】            | ・主たる対象者を特定する場合  | ○     |     |     |
| n | 事業所の賃貸借契約書の写し                    | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し   | ○     |     |     |
| o | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】            | ・事業所を移転する場合も提出してください。   | ○     |     |     |
| p | 社会保険等への加入状況にかかわる確認票【別紙1】         | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）   | ○     |     |     |
| q | 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式12）          | ・共生型サービスの指定を申請する場合  | ○     |     |     |
| r | 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書（参考様式13）   | ・既に他法による指定を受けている事業所が、共生型による実施が可能なサービスの指定を受けようとする場合で、共生型サービスの特例の適用を希望しない場合   | ○     |     |     |
| s | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】    |   |       |     | ○   |
| t | 調査面談記録（任意様式）                     |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 就労選択支援

## 1 業務内容

「就労選択支援」とは、一般就労や就労系障害福祉サービス事業所などについて、障がい者本人の能力や適性、地域社会や事業所の状況に合った選択ができるよう必要な支援を行うことをいいます。

## 2 就労選択支援事業者の指定

就労選択支援事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

就労選択支援事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する就労移行支援事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 6 勧告・命令等

知事は、就労選択支援事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、就労移行支援事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 7 指定の取消し

就労選択支援事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         |  | 書 類 名   |                       |
|---------|--|---|-----------------------|
| 申請書     | a  | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表7）   |                       |
| 添付する書類  |  |   |                       |
| 添 付 書 類 | b  | 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|         | c  | 事業所の平面図及び設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|         | d  | 利用者の推定数   |                       |
|         | e  | 事業所の管理者及び就労選択支援員の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・就労選択支援員養成研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | f  | 運営規程  |                       |
|         | g  | 障害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（標準様式2）   |                       |
|         | h  | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|         | i  | 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  |                       |
|         | j  | 訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|         | k  | 誓約書（標準様式3）  |                       |
|         | l  | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|         | m  | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|         | n  | 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|         | o  | 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）   | 原本                    |
|         | p  | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |
| q       | 過去3年以内に法人内の事業所において合計3人以上の利用者が新たに通常の事業所に雇用されたことを証明する書類又はこれらと同等の障がい者に対する就労支援の経験及び実績を証明する書類（同一市町村内に就労選択支援事業所がない場合は、過去10年間の連続する3年間に合計3人以上の利用者が新たに通常の事業所に雇用されたことを証明する書類でも可） |   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

|         |  | 書 類 名              |
|---------|--|--------------------|
| 届 出 書   |  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添 付 書 類 |  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|         |  | 書 類 名                                 |
|---------|--|---------------------------------------|
| 届 出 書   |  | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添 付 書 類 |  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

就労選択支援事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は条例                       | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図及び設備の概要<br>【参考様式1及び2】          | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】               | ・当該事業所の管理者及び就労選択支援員の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④利用定員<br>⑤指定就労選択支援の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑥通常の事業の実施地域<br>⑦サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧緊急時等における対応方法<br>⑨事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑩非常災害対策<br>⑪虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑫その他運営に関する重要事項<br>・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| g | 障害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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類   | 説 明   | 必要なとき |     |     |
|---|--|---|-------|-----|-----|
|   |  |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業員全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>・職種の分類は次のとおりです。（管理者／就労選択支援員／その他）</li> <li>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>・その他の注意事項は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| i | 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   |   | ○     | ○   |     |
| j | 訓練等給付費の請求に関する事項  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書</li> </ul>  | ○     | ○   |     |
| k | 誓約書【標準様式3】   |   | ○     |     |     |
| l | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。</li> </ul>   | ○     |     |     |
| m | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・主たる対象者を特定する場合</li> </ul>  | ○     |     |     |
| n | 事業所の賃貸借契約書の写し  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し</li> </ul>   | ○     |     |     |
| o | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所を移転する場合も提出してください。</li> </ul>   | ○     |     |     |
| p | 社会保険等への加入状況にかかる確認票【別紙1】  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）</li> </ul>   | ○     |     |     |
| q | 過去3年以内に法人内の事業所において合計3人以上の利用者が新たに通常の事業所に雇用されたことを証明する書類又はこれらと同等の障がい者に対する就労支援の経験及び実績を証明する書類（同一市町村内に就労選択支援事業所がない場合は、過去10年間の連続する3年間に合計3人以上の利用者が新たに通常の事業所に雇用されたことを証明する書類でも可） |   | ○     |     |     |
| r | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】  |   |       |     | ○   |
| s | 調査面談記録(任意様式)   |   |       |     | ○   |

書類は、原則としてA4版とします。

# 就労移行支援

## 1 業務内容

「就労移行支援」とは、一般企業等での就労を希望する障害者に対して、一定期間生産活動その他の活動の機会を提供し、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練等を行うことをいいます。

## 2 就労移行支援事業者の指定

就労移行支援事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

就労移行支援事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する就労移行支援事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 6 勧告・命令等

知事は、就労移行支援事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、就労移行支援事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 7 指定の取消し

就労移行支援事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

| 書 類 名                     |   |                       |
|---------------------------|---|-----------------------|
| 申請書                       | a 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表8）   |                       |
| 添付する書類                    |   |                       |
| 添 付 書 類                   | b 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|                           | c 事業所の平面図及び設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|                           | d 利用者の推定数   |                       |
|                           | e 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|                           | f 運営規程  |                       |
|                           | j 障害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（標準様式2）   |                       |
|                           | h 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|                           | i 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  |                       |
|                           | j 連携する公共職業安定所その他の関係機関の名称  |                       |
|                           | k 訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|                           | l 誓約書（標準様式3）  |                       |
|                           | m 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|                           | n 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|                           | o 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|                           | p 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）   | 原本                    |
| q 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1） |   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

| 書 類 名 |                    |
|-------|--------------------|
| 届 出 書 | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添付書類  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

| 書 類 名 |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 届 出 書 | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添付書類  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

就労移行支援事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は条例                       | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図及び設備の概要<br>【参考様式1及び2】          | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】               | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④利用定員<br>⑤指定就労移行支援の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑥通常の事業の実施地域<br>⑦サービス利用に当たっての留意事項<br>⑧緊急時等における対応方法<br>⑨事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑩非常災害対策<br>⑪虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑫その他運営に関する重要事項<br>・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| g | 障害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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                             | 説 明  | 必要なとき |     |     |
|---|----------------------------------|--|-------|-----|-----|
|   |                                  |  | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>・職種の分類は次のとおりです。<br/>（管理者／サービス管理責任者／職業指導員／生活支援員／就労支援員／その他）</li> <li>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>・その他の注意事項は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| i | 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 |  | ○     | ○   |     |
| j | 連携する公共職業安定所その他の関係機関の名称           |  | ○     | ○   |     |
| k | 訓練等給付費の請求に関する事項                  | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書   | ○     | ○   |     |
| l | 誓約書【標準様式3】                       |  | ○     |     |     |
| m | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類              | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。  | ○     |     |     |
| n | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】            | ・主たる対象者を特定する場合   | ○     |     |     |
| o | 事業所の賃貸借契約書の写し                    | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し  | ○     |     |     |
| p | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】            | ・事業所を移転する場合も提出してください。  | ○     |     |     |
| q | 社会保険等への加入状況にかかわる確認票【別紙1】         | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）  | ○     |     |     |
| r | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】    |  |       |     | ○   |
| s | 調査面談記録(任意様式)                     |  |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 就労継続支援（A型・B型）

## 1 業務内容

「就労継続支援」とは、一般の企業等で雇用されることが困難な障害者に対して、就労の機会及び生産活動その他の活動の機会を提供し、知識及び能力の向上のために必要な訓練等を行うことをいいます。

## 2 就労継続支援事業者の指定

就労継続支援事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

就労継続支援事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する就労継続支援事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 指定変更の申請

就労継続支援（A型・B型）事業者は、障害福祉サービスの量（利用定員）を増加しようとするときは、指定の変更を申請することができます。

## 6 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令（P6）で定められています。

### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 7 勧告・命令等

知事は、就労継続支援事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、就労継続支援事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 8 指定の取消し

就労継続支援事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10（4）「指定の取消し等」をご覧ください。

## 9 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 10 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         |                       | 書 類 名   |                       |
|---------|-----------------------|---|-----------------------|
| 申請書     | a                     | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表9）   |                       |
| 添付する書類  |                       |   |                       |
| 添 付 書 類 | b                     | 申請者の登記事項証明書（就労継続支援A型事業所にあつては、定款、寄附行為等及びその登記事項証明書）又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|         | c                     | 事業所の平面図及び設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|         | d                     | 利用者の推定数   |                       |
|         | e                     | 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | f                     | 運営規程  |                       |
|         | g                     | 障害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（標準様式2）   |                       |
|         | h                     | 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|         | i                     | 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  |                       |
|         | j                     | 訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|         | k                     | 誓約書（標準様式3）  |                       |
|         | l                     | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|         | m                     | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|         | n                     | 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|         | o                     | 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）   | 原本                    |
|         | p                     | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |
|         | q                     | 事業計画書   |                       |
| r       | 事業所工賃向上計画（就労継続支援B型のみ） |   |                       |

### (2) 指定変更の申請に必要な書類

|      |   | 書 類 名                             |  |
|------|---|-----------------------------------|--|
| 申請書  | a | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表9） |  |
| 添付書類 |   | 手引き P6～10 及び次ページ参照                |  |

### (3) 変更届に必要な書類

|      |  | 書 類 名              |  |
|------|--|--------------------|--|
| 届出書  |  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |  |
| 添付書類 |  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |  |

### (4) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|      |  | 書 類 名                                 |  |
|------|--|---------------------------------------|--|
| 届出書  |  | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |  |
| 添付書類 |  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |  |

就労継続支援事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---|--|-------|--------------------------|-----|
|   |   |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書(就労継続支援A型事業所にあつては、定款、寄附行為等及びその登記事項証明書)又は条例 | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図及び設備の概要【参考様式1及び2】                              | ・事業所の平面図(用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの)<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数   |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書【参考様式3】                                   | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④利用定員<br>⑤指定就労継続支援の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>(※A型は「生産活動に係るサービスの内容、賃金、工賃、利用者の労働時間及び作業時間」も定めること。)<br>⑥通常の事業の実施地域<br>⑦サービス利用に当たつての留意事項<br>⑧緊急時等における対応方法<br>⑨事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑩非常災害対策<br>⑪虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑫その他運営に関する重要事項<br>・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| g | 障害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【標準様式2】                 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                             | 説明   | 必要なとき |     |     |
|---|----------------------------------|--|-------|-----|-----|
|   |                                  |  | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】   | <ul style="list-style-type: none"> <li>管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>職種の分類は次のとおりです。<br/>（管理者／サービス管理責任者／職業指導員／生活支援員／その他）</li> <li>資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>その他の注意事項は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| i | 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 |  | ○     | ○   |     |
| j | 訓練等給付費の請求に関する事項                  | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書   | ○     | ○   |     |
| k | 誓約書【標準様式3】                       |  | ○     |     |     |
| l | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類              | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。  | ○     |     |     |
| m | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】            | ・主たる対象者を特定する場合   | ○     |     |     |
| n | 事業所の賃貸借契約書の写し                    | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し  | ○     |     |     |
| o | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】            | ・事業所を移転する場合も提出してください。  | ○     |     |     |
| p | 社会保険等への加入状況にかかわる確認票【別紙1】         | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）  | ○     |     |     |
| q | 事業計画書                            |  | ○     |     |     |
| r | 事業所工賃向上計画                        | ・就労継続支援B型のみ  | ○     | ○   |     |
| s | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】    |  |       |     | ○   |
| t | 調査面談記録(任意様式)                     |  |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 就労定着支援

## 1 業務内容

「就労定着支援」とは、就労に向けた支援を受けて通常の事業所に雇用された方に、就労の継続を図るために必要な事業主との連絡調整等を行うことをいいます。

## 2 就労定着支援事業者の指定

就労定着支援事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

就労定着支援事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する就労定着支援事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 6 勧告・命令等

知事は、就労定着支援事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、就労定着支援事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 7 指定の取消し

就労定着支援事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         |   | 書 類 名   |                       |
|---------|---|---|-----------------------|
| 申請書     | a | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表10）  |                       |
| 添付する書類  |   |   |                       |
| 添 付 書 類 | b | 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|         | c | 事業所の平面図及び設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|         | d | 利用者の推定数   |                       |
|         | e | 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | f | 運営規程  |                       |
|         | g | 障害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（標準様式2）   |                       |
|         | h | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|         | i | 訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|         | j | 誓約書（標準様式3）  |                       |
|         | k | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|         | l | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|         | m | 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|         | n | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

|         |  | 書 類 名              |
|---------|--|--------------------|
| 届 出 書   |  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添 付 書 類 |  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|         |  | 書 類 名                                 |
|---------|--|---------------------------------------|
| 届 出 書   |  | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添 付 書 類 |  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

就労定着支援事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は条例                       | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図及び設備の概要【参考様式1及び2】              | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書【参考様式3】                   | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④指定就労定着支援の提供方法及び内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑤通常の事業の実施地域<br>⑥事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑦虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑧その他運営に関する重要事項<br>・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| g | 障害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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                           | 説明   | 必要なとき |     |     |
|---|--------------------------------|--|-------|-----|-----|
|   |                                |  | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>・職種の分類は次のとおりです。<br/>（管理者／サービス管理責任者／就労定着支援員／その他）</li> <li>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>・その他の注意事項は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| i | 訓練等給付費の請求に関する事項                | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書   | ○     | ○   |     |
| j | 誓約書【標準様式3】                     |  | ○     |     |     |
| k | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類            | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。  | ○     |     |     |
| l | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】          | ・主たる対象者を特定する場合   | ○     |     |     |
| m | 事業所の賃貸借契約書の写し                  | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し  | ○     |     |     |
| n | 社会保険等への加入状況にかかる確認票【別紙1】        | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）  | ○     |     |     |
| o | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】  |  |       |     | ○   |
| p | 調査面談記録(任意様式)                   |  |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 自立生活援助

## 1 業務内容

「自立生活援助」とは、共同生活援助又は施設入所支援を受けていた方が自立した日常生活を営む上での問題について、定期的な巡回訪問や随時通報により相談に応じる等を行うことをいいます。

## 2 自立生活援助事業者の指定

自立生活援助事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

自立生活援助事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する自立生活援助事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

## 6 勧告・命令等

知事は、自立生活援助事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、自立生活援助事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 7 指定の取消し

自立生活援助事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         |   | 書 類 名   |                       |
|---------|---|---|-----------------------|
| 申請書     | a | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表11）  |                       |
| 添付する書類  |   |   |                       |
| 添 付 書 類 | b | 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|         | c | 事業所の平面図及び設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|         | d | 利用者の推定数   |                       |
|         | e | 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | f | 運営規程  |                       |
|         | g | 障害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（標準様式2）   |                       |
|         | h | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|         | i | 訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|         | j | 誓約書（標準様式3）  |                       |
|         | k | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|         | l | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|         | m | 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|         | n | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

|       |  | 書 類 名              |
|-------|--|--------------------|
| 届 出 書 |  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |
| 添付書類  |  | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

|       |  | 書 類 名                                 |
|-------|--|---------------------------------------|
| 届 出 書 |  | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添付書類  |  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

自立生活援助事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は条例                       | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 事業所の平面図及び設備の概要【参考様式1及び2】              | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書【参考様式3】                   | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③営業日及び営業時間<br>④指定自立生活援助の提供方法及び内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑤通常の事業の実施地域<br>⑥事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑦虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑨その他運営に関する重要事項・営業日及び営業時間については、年間の休日も含めて定めてください。<br>・受領する費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。<br>・通常の事業の実施地域については、市町村単位を基本とします。 | ○     | ○                        |     |
| g | 障害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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                           | 説明   | 必要なとき |     |     |
|---|--------------------------------|--|-------|-----|-----|
|   |                                |  | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>職種の分類は次のとおりです。<br/>（管理者／サービス管理責任者／地域生活支援員／その他）</li> <li>資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>その他の注意事項は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| i | 訓練等給付費の請求に関する事項                | <ul style="list-style-type: none"> <li>介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書</li> </ul>  | ○     | ○   |     |
| j | 誓約書【標準様式3】                     |  | ○     |     |     |
| k | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類            | <ul style="list-style-type: none"> <li>保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。</li> </ul>   | ○     |     |     |
| l | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】          | <ul style="list-style-type: none"> <li>主たる対象者を特定する場合</li> </ul>  | ○     |     |     |
| m | 事業所の賃貸借契約書の写し                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し</li> </ul>   | ○     |     |     |
| n | 社会保険等への加入状況にかかる確認票【別紙1】        | <ul style="list-style-type: none"> <li>社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）</li> </ul>   | ○     |     |     |
| o | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】  |  |       |     | ○   |
| p | 調査面談記録(任意様式)                   |  |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

## 共同生活援助

### 1 業務内容

「共同生活援助」とは、地域において共同生活を営むのに支障のない障害者に対して、夜間や休日において共同生活を営むべき住居において相談、その他の日常生活上の援助を行うことをいいます。

### 2 共同生活援助事業者の指定

共同生活援助事業を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。また、「日中サービス支援型」については、指定短期入所も併せて行う必要があります。

### 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

なお、「日中サービス支援型」については、知事が必要と認める場合には、申請者は地方公共団体が設置する協議会等に対し、運営方針や活動内容等を説明し、当該協議会等による評価を受け、その内容を知事に提出する必要があります。

### 4 事業者等の責務

共同生活援助事業者は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定事業者になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する共同生活援助事業の質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出又は休止事業所を再開した場合の届出（10日以内）
- ⑤ 事業を廃止又は休止する場合の届出（廃止、休止する日の1か月前まで）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

### 5 事業の変更等の届出

#### (1) 変更届出

事業所の名称や所在地、代表者の氏名及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

#### (2) 介護給付費の請求に関する事項

算定を開始する月の前月15日までに届出を知事に提出します。

#### (3) 休止している事業所の再開の届出

再開後、10日以内に「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。

#### (4) 廃止又は休止の届出

事業を廃止又は休止しようとする場合は、当該廃止又は休止の日の1か月前までに「再開（廃止・休止）届出書」を知事に提出します。また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの（※）」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に指定障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者の名称を記載すること。

### 6 勧告・命令等

知事は、共同生活援助事業者が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、共同生活援助事業者が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

### 7 指定の取消し

共同生活援助事業者が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P10(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 8 公示

知事は、事業者を指定、又は指定の取消しを行った場合、事業者から廃止の届出があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 9 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

| 書 類 名 |                                      |
|-------|--------------------------------------|
| 申請書   | a 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表12） |

| 添付する書類                                |   |                       |
|---------------------------------------|---|-----------------------|
| 添 付 書 類                               | b 申請者の登記事項証明書又は条例等  | 登記事項証明書は原本            |
|                                       | c 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要（参考様式1及び2）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|                                       | d 利用者の推定数   |                       |
|                                       | e 事業所の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|                                       | f 運営規程  |                       |
|                                       | g 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（標準様式2）   |                       |
|                                       | h 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付   |                       |
|                                       | i 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  |                       |
|                                       | j 他の障害福祉サービス事業を行う者その他の関係機関との連携その他の適切な支援の体制の概要   |                       |
|                                       | k 訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|                                       | l 誓約書（標準様式3）  |                       |
|                                       | m 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）   |                       |
|                                       | n 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）   |                       |
|                                       | o 事業所の賃貸借契約書の写し（事業所を借りている場合）  |                       |
|                                       | p 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）   | 原本                    |
|                                       | q 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）   |                       |
| r 協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要（参考様式11） | 日中サービス支援型のみ   |                       |

### (2) 変更届に必要な書類

| 書 類 名 |                  |
|-------|------------------|
| 届 出 書 | 変更届出書（別紙様式第2号）   |
| 添付書類  | 手引きP6～10及び次ページ参照 |

### (3) 事業の廃止又は休止の届出に必要な書類

| 書 類 名 |                                       |
|-------|---------------------------------------|
| 届 出 書 | 再開・廃止・休止届出書（規則様式第3号）                  |
| 添付書類  | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |

共同生活援助事業者の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                  | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|---------------------------------------|--|-------|--------------------------|-----|
|   |                                       |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は<br>条例                   | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 建物の構造概要及び平面図並びに施設の概要<br>【参考様式1及び2】    | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示したA4版又はA3版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| d | 利用者の推定数                               |  | ○     |                          |     |
| e | 事業所の管理者等の経歴書<br>【参考様式3】               | ・当該事業所の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| f | 運営規程                                  | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①事業の目的及び運営の方針<br>②従業者の職種、員数及び職務内容<br>③入居定員<br>④指定共同生活援助の内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑤入居に当たっての留意事項<br>⑥緊急時等における対応方法<br>⑦事業の主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑧非常災害対策<br>⑨虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑩その他運営に関する重要事項<br>・費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。 | ○     | ○                        |     |
| g | 障害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【標準様式2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類  | 説 明   | 必要なとき |     |     |
|---|---|---|-------|-----|-----|
|   |   |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| h | 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業員全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>・職種の分類は次のとおりです。（管理者／サービス管理責任者／世話人／その他）</li> <li>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>・その他の注意事項は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| i | 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            |   | ○     | ○   |     |
| j | 他の障害福祉サービス事業を行う者その他の関係機関との連携その他の適切な支援の体制の概要 |   | ○     | ○   |     |
| k | 訓練等給付費の請求に関する事項                             | ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書  | ○     | ○   |     |
| l | 誓約書【標準様式3】                                  |   | ○     |     |     |
| m | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類                         | ・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。   | ○     |     |     |
| n | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】                       | ・主たる対象者を特定する場合  | ○     |     |     |
| o | 事業所の賃貸借契約書の写し                               | ・事業所を借りている場合その賃貸借契約書の写し   | ○     |     |     |
| p | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】                       | ・事業所を移転する場合も提出してください。   | ○     |     |     |
| q | 社会保険等への加入状況にかかわる確認票【別紙1】                    | ・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）   | ○     |     |     |
| r | 協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要【参考様式11】         | <b>【日中サービス支援型のみ】</b><br>・定期的に（年1回以上）事業の実施状況等を報告し、協議会等から評価を受け、また、必要な要望や助言等を聴く機会を設けてください。   | ○     |     |     |
| s | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】               |   |       |     | ○   |
| t | 調査面談記録(任意様式)                                |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 障害者支援施設

## 1 業務内容

「障害者支援施設」とは、障害者につき、施設入所支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービスを行う施設をいいます。

## 2 障害者支援施設の指定

障害者支援施設の設置を行う場合は、山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準を満たしていることが必要です。

## 3 指定の申請

指定を受けようとする者は、「指定申請書」に必要な書類を添付して、知事に申請を行います。

## 4 事業者等の責務

障害者支援施設は、事業の適正かつ円滑な運営を図るため、法並びに山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営基準に則って事業を運営することが必要です。指定施設になると次に掲げる責務が課されます。

- ① 障害者等の人格を尊重し、法律又は法律に基づく命令を遵守し、障害者等のため忠実に職務を遂行すること
- ② 障害者等がその有する能力及び適性に応じ、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関係機関と緊密な連携をとりつつ、利用者の意向、適性、障がいの特性等に応じ効果的に行うこと
- ③ 提供する施設入所支援及び施設障害福祉サービスの質の評価等を行うこと
- ④ 申請事項の変更の届出（10日以内）
- ⑤ 指定の辞退の届出（3月以上の予告期間を設定）
- ⑥ 知事への報告、書類の提出・提示命令、出頭、質問、検査に応じること

## 5 指定変更の申請

施設の設置者は、施設障害福祉サービスの種類を変更しようとするとき、又は当該指定に係る入所定員を増加しようとするときは、指定の変更を申請することができます。

## 6 事業の変更等の届出

### (1) 変更届出

施設の名称や所在地、設置者の名称及び住所等の指定申請事項に変更があった場合は、10日以内に「変更届出書」を知事に提出します。どのような場合に変更届出が必要になるかは厚生労働省令(P6)で定められています。

### (2) 辞退届出

指定障害者支援施設の指定を辞退する場合は、「辞退届」を知事に提出します。

また、当該届出書と併せ、「利用者の移行先等を把握することができるもの(※)」及び「調査面談記録」を提出します。

※ 現に施設障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な施設障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害者支援施設等の名称を記載すること。

## 7 勧告・命令等

知事は、障害者支援施設が山形県条例及び山形県規則で定める人員、設備及び運営に関する基準に従って適正な運営をしていないと認めるときは、期限を定めて基準を遵守するよう勧告することができます。

また、障害者支援施設が勧告に従わなかった場合、知事は、その旨を公表し、期限を定めてその勧告に係る措置をとることを命ずることができます。

## 8 指定の取消し

障害者支援施設が一定の事由に該当したときは、知事による指定の取消しが行われます。

取消しの事由については、P12(4)「指定の取消し等」をご覧ください。

## 9 公示

知事は、施設を指定、又は指定の取消しを行った場合、施設から指定の辞退があった場合は、その旨を県の公報で公示するとともに、市町村等に情報の提供を行います。

## 10 指定申請等の書類

### (1) 指定申請に必要な書類

|         | 書 類 名 |  |                       |
|---------|-------|--|-----------------------|
| 申請書     | a     | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表13）   |                       |
| 添付する書類  |       |  |                       |
| 添 付 書 類 | b     | 申請者の登記事項証明書又は条例等   | 登記事項証明書<br>は原本        |
|         | c     | 施設障害福祉サービスの種類  |                       |
|         | d     | 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要（参考様式1及び2）<br>・施設の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付  |                       |
|         | e     | 利用者の推定数  |                       |
|         | f     | 施設の管理者及びサービス管理責任者の経歴書（参考様式3）<br>○実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要<br>・実務経験証明書（参考様式4）<br>・サービス管理責任者研修等の修了証の写しを添付<br>・保有資格を証する書類の写し | 実務経験証明書の写し（印のあるものに限る） |
|         | g     | 運営規程   |                       |
|         | h     | 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（標準様式2）  |                       |
|         | i     | 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（標準様式4）<br>・組織体制図を添付  |                       |
|         | j     | 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   |                       |
|         | k     | 配置医師の状況届出書   |                       |
|         | l     | 公共職業安定所その他関係機関の名称（就労移行支援を行う場合）   |                       |
|         | m     | 介護給付費及び訓練等給付費の請求に関する事項   |                       |
|         | n     | 誓約書【標準様式3】   |                       |
|         | o     | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類（国、地方自治体は除く）  |                       |
|         | p     | 指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等（標準様式1）  |                       |
|         | q     | 建築物関係法令に関する届出書（参考様式9）  | 原本                    |
|         | r     | 社会保険等への加入状況にかかる確認票（別紙1）  |                       |

### (2) 指定変更の申請に必要な書類

|      | 書 類 名              |                                    |
|------|--------------------|------------------------------------|
| 申請書  | a                  | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書（別紙様式第1号及び付表13） |
| 添付書類 | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |                                    |

### (3) 変更届に必要な書類

|      | 書 類 名              |  |
|------|--------------------|--|
| 届出書  | 変更届出書（別紙様式第2号）     |  |
| 添付書類 | 手引き P6～10 及び次ページ参照 |  |

### (4) 指定辞退の届出に必要な書類

|      | 書 類 名                                 |  |
|------|---------------------------------------|--|
| 届出書  | 指定辞退届出書（規則様式第3号の2）                    |  |
| 添付書類 | 利用者の移行先等を把握することができるもの（参考様式10）及び調査面談記録 |  |

障害者支援施設の指定申請・変更届に必要な添付書類一覧

|   | 添付書類                                   | 説 明  | 必要なとき |                          |     |
|---|--|--|-------|--------------------------|-----|
|   |  |  | 申請時   | 変更時                      | 廃止等 |
| b | 申請者の登記事項証明書又は条例                        | ・指定障害福祉サービスに関する事業を実施する旨が記載されている登記事項証明書   | ○     | ○<br>当該指定に係る事業に関するものに限る。 |     |
| c | 施設障害福祉サービスの種類                          | ・付表 13   | ○     |                          |     |
| d | 建物の構造概要及び平面図並びに施設の概要<br>【参考様式 1 及び 2】  | ・事業所の平面図（用途・面積、備え付けの設備、備品を明示した A 4 版又は A 3 版のもの）<br>・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付してください。  | ○     | ○                        |     |
| e | 利用者の推定数                                |  | ○     |                          |     |
| f | 施設の管理者等の経歴書<br>【参考様式 3】                | ・当該施設の管理者及びサービス管理責任者の住所、氏名、電話番号、生年月日、主な職歴等<br>・当該事業に関する資格を有する場合は、併せて記載。また、研修修了証の写しを添付してください。   | ○     | ○                        |     |
| g | 運営規程                                   | ・次の内容について、具体的、かつ、わかりやすく定めてください。<br>①施設の目的及び運営の方針<br>②施設障害福祉サービスの種類<br>③従業者の職種、員数及び職務内容<br>④昼間実施サービスに係る営業日及び営業時間<br>⑤施設障害福祉サービスの種類ごとの利用定員<br>⑥施設障害福祉サービスの種類ごとの内容並びに支給決定障害者から受領する費用の種類及びその額<br>⑦昼間実施サービスに係る通常の事業の実施地域<br>⑧サービスの利用に当たっての留意事項<br>⑨緊急時等における対応方法<br>⑩非常災害対策<br>⑪施設障害福祉サービスの種類ごとに主たる対象とする障がいの種類を定めた場合には当該障がいの種類<br>⑫虐待の防止のための措置に関する事項<br>⑬その他運営に関する重要事項<br>・費用の種類及びその額については、料金表を添付するなど、具体的に定めてください。 | ○     | ○                        |     |
| h | 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【標準様式 2】 | ・次の内容について、具体的、かつわかりやすく定めてください。<br>①利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口、担当者<br>②円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順<br>③その他参考事項  | ○     |                          |     |

|   | 添付書類                             | 説 明   | 必要なとき |     |     |
|---|----------------------------------|---|-------|-----|-----|
|   |                                  |   | 申請時   | 変更時 | 廃止等 |
| i | 事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表【標準様式4】   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者及び従業者全員の毎日の勤務すべき時間数（4週間分）</li> <li>・職種の分類は次のとおりです。<br/>（管理者／サービス管理責任者／医師／生活支援員／その他）</li> <li>・資格が必要な職種は、資格証等の写しを、氏名を記載した順に揃えて添付してください。</li> <li>・その他の注意事項は、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」のとおり</li> </ul> | ○     |     |     |
| j | 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 |   | ○     | ○   |     |
| k | 配置医師の状況届出書                       |   | ○     | ○   |     |
| l | 公共職業安定所その他関係機関の名称                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・就労移行支援を行う場合</li> </ul>  | ○     | ○   |     |
| m | 介護給付費及び訓練等給付費の請求に関する事項           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書</li> </ul>  | ○     | ○   |     |
| n | 誓約書【標準様式3】                       |   | ○     |     |     |
| o | 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険会社との契約書等があればその写しを添付してください。</li> </ul>   | ○     |     |     |
| p | 主たる対象者を特定する理由等【標準様式1】            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・主たる対象者を特定する場合</li> </ul>  | ○     |     |     |
| q | 建築物関係法令に関する届出書【参考様式9】            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所を移転する場合も提出してください。</li> </ul>   | ○     |     |     |
| r | 社会保険等への加入状況にかかる確認票【別紙1】          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会保険等への加入が確認できる資料の写しを提出してください。（提示のみも可）</li> </ul>   | ○     |     |     |
| s | 利用者の移行先等を把握することができるもの【参考様式10】    |   |       |     | ○   |
| t | 調査面談記録(任意様式)                     |   |       |     | ○   |

※ 書類は、原則としてA4版とします。

# 共生型サービス

## 1 共生型の趣旨

地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律（平成29年法律第52号）により、「障がい者が65歳以上になっても、使い慣れた事業所においてサービスを利用しやすくする」、「地域の実情に合わせて（特に中山間地域など）、限られた福祉人材を有効活用する」といった観点から、デイサービス、ホームヘルプサービス、ショートステイについて、高齢者や障がい児・障がい者が共に利用できる「共生型サービス」が、介護保険法（平成9年法律第123号）、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（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）及び児童福祉法（昭和22年法律第164号）に規定されました。

共生型サービスについては、上記3法のいずれかに規定する居宅・日中活動系サービスの指定を受けている事業所が、他の2法に規定する当該サービスに相当するサービスの指定を受けやすくする、「指定の特例」が設けられています。

例えば、介護保険法や児童福祉法の指定を受けている事業所が、障害者総合支援法の指定を受ける場合の要件は、同法第41条の2第1項に基づき、以下のとおりです。

- (1) 申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、条例で定める基準を満たしていること。
- (2) 申請者が、条例で定め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ると認められること。

## 2 共生型によるサービス提供が可能なサービス

共生型により障害者総合支援法のサービスを提供できる介護保険法（児童福祉法）のサービスは、以下のとおりです。

- 共生型居宅介護、共生型重度訪問介護
  - ・ 指定訪問介護（介護保険法第8条第2項）
- 共生型生活介護
  - ・ 指定児童発達支援（児童福祉法第6条の2の2第2項）
  - ・ 指定放課後等デイサービス（児童福祉法第6条の2の2第4項）
  - ・ 指定通所介護（介護保険法第8条第7項）
  - ・ 指定地域密着型通所介護（介護保険法第8条第17項）
  - ・ 指定小規模多機能型居宅介護（介護保険法第8条第19項）
  - ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護（介護保険法施行規則第17条）
- 共生型短期入所
  - ・ 指定短期入所生活介護（介護保険法第8条第9項）
  - ・ 指定介護予防短期入所生活介護（介護保険法第8条の2第7項）
  - ・ 指定小規模多機能型居宅介護（介護保険法第8条第19項）
  - ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護（介護保険法施行規則第17条）
- 共生型自立訓練（機能訓練・生活訓練）
  - ・ 指定地域密着型通所介護（介護保険法第8条第17項）
  - ・ 指定小規模多機能型居宅介護（介護保険法第8条第19項）
  - ・ 指定看護小規模多機能型居宅介護（介護保険法施行規則第17条）

## 3 共生型サービスに係る指定申請

共生型サービスの指定（指定更新を含む。以下同じ）についても、通常の指定と同様、指定申請書の提出が必要です。

ただし、共生型サービスの指定を受けようとする者が、他法による指定（共生型の実施が可能なサービスで、県が指定権者であるものに限る。）を受けており、別表で「省略可」としている書類を県に提出している場合は、当該書類の提出を省略させることができます。

また、共生型サービスの指定を受けようとする者が、介護保険法による指定（共生型の実施が可能なサービスで、市町村が指定権者であるもの）を受けており、別表で「写しの提出で可」としている書類を市町村に提出している場合、当該書類の県への提出は、写しにより行わせることができます。

なお、既に他法による指定を受けている事業所が、共生型による実施が可能なサービスの指定を受けようとする場合、原則として共生型サービスの特例が適用されますが、当該特例の適用を希望しない場合、次の事項を記載した申出書を提出することにより、通常の指定基準による指定を受けることもできます。

- ・ 申出に係る事業所の名称及び所在地並びに申請者及び事業所の管理者の氏名及び住所
- ・ 申出に係るサービスの種類
- ・ 申出に係るサービスについて共生型の特例による指定を不要とする旨

#### 4 共生型サービスの廃止又は休止

##### (1) 県が指定した事業の廃止

共生型サービスの特例による指定を受けた者から、他法の事業（当該指定に係るサービス事業所において行うもので、県が指定権者であるものに限る。）に係る廃止又は休止の届出があったときは、当該指定に係る指定障害福祉サービスの事業について、廃止又は休止の届出があったものとみなされます。

##### (2) 市町村が指定した事業の廃止

共生型サービスの特例による指定を受けた者が、他法の事業（当該指定に係るサービス事業所において行うもので、市町村が指定権者であるものに限る。）を廃止し、又は休止しようとするときは、廃止又は休止の日の一月前までに、その旨を県に届け出なければなりません（指定権者に届け出た書類の写しの提出で可）。

## 第3部

### 申請等書類

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設  
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
 指定 申請書

年 月 日

知事(市区村長) 殿

所在地  
 申請者 名称  
 代表者

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

|                     |                      |            |                     |                          |                |            |                     |
|---------------------|----------------------|------------|---------------------|--------------------------|----------------|------------|---------------------|
|                     |                      | 法人番号(13桁)  |                     |                          |                |            |                     |
| 申請者(設置者)            | フリガナ<br>名称           |            |                     |                          |                |            |                     |
|                     | 主たる事務所の所在地           | (郵便番号 - )  |                     |                          |                |            |                     |
|                     | 連絡先                  | 電話番号       | (内線)                |                          |                |            |                     |
|                     |                      | E-mailアドレス |                     |                          |                |            |                     |
|                     | 法人等の種類               |            |                     |                          |                |            |                     |
|                     | 代表者の職名・氏名・生年月日       | 職名         |                     | フリガナ<br>氏名               |                | 生年月日       |                     |
| 代表者の住所              | (郵便番号 - )            |            |                     |                          |                |            |                     |
| 指定を受けようとする事業所・施設の種類 | フリガナ<br>名称           |            |                     |                          |                |            |                     |
|                     | 事業所(施設)の所在地          | (郵便番号 - )  |                     |                          |                |            |                     |
|                     | 多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○ |            |                     |                          |                |            |                     |
|                     | 同一所在地において行う事業等の種類    |            | 共生型サービスの指定を申請するものに○ | 今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に○ | 既に指定を受けている事業に○ | 事業の開始予定年月日 | 本申請書に添付して提出する様式(付表) |
|                     | 指定障害福祉サービス事業所        | 居宅介護       |                     |                          |                |            | 付表1                 |
|                     |                      | 重度訪問介護     |                     |                          |                |            | 付表1                 |
|                     |                      | 同行援護       |                     |                          |                |            | 付表1                 |
|                     |                      | 行動援護       |                     |                          |                |            | 付表1                 |
|                     |                      | 療養介護       |                     |                          |                |            | 付表2                 |
|                     |                      | 生活介護       |                     |                          |                |            | 付表3                 |
|                     |                      | 短期入所       |                     |                          |                |            | 付表4                 |
|                     |                      | 重度障害者等包括支援 |                     |                          |                |            | 付表5                 |
|                     |                      | 自立訓練(機能訓練) |                     |                          |                |            | 付表6                 |
|                     |                      | 自立訓練(生活訓練) |                     |                          |                |            | 付表6                 |
|                     |                      | 就労選択支援     |                     |                          |                |            | 付表7                 |
|                     |                      | 就労移行支援     |                     |                          |                |            | 付表8                 |
|                     |                      | 就労継続支援A型   |                     |                          |                |            | 付表9                 |
|                     |                      | 就労継続支援B型   |                     |                          |                |            | 付表9                 |
|                     |                      | 就労定着支援     |                     |                          |                |            | 付表10                |
|                     | 自立生活援助               |            |                     |                          |                | 付表11       |                     |
| 共同生活援助              |                      |            |                     |                          | 付表12           |            |                     |
| 指定障害者支援施設(施設入所支援)   |                      |            |                     |                          |                | 付表13       |                     |
| 指定一般相談支援事業所         | 地域移行支援               |            |                     |                          |                | 付表14       |                     |
|                     | 地域定着支援               |            |                     |                          |                | 付表14       |                     |
| 指定特定相談支援事業所         |                      |            |                     |                          |                | 付表15       |                     |
| 指定障害児通所支援事業所        | 児童発達支援               |            |                     |                          |                | 付表16       |                     |
|                     | 放課後等デイサービス           |            |                     |                          |                | 付表16       |                     |
|                     | 居宅訪問型児童発達支援          |            |                     |                          |                | 付表17       |                     |
|                     | 保育所等訪問支援             |            |                     |                          |                | 付表18       |                     |
| 指定障害児入所施設           |                      |            |                     |                          |                | 付表19/20    |                     |
| 指定障害児相談支援事業所        |                      |            |                     |                          |                | 付表15       |                     |
| 【既に指定を受けている場合】事業所番号 |                      |            |                     |                          |                |            |                     |

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあつては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設  
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設  
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所  
 変更届出書

年 月 日

知事(市区村長) 殿

所在地  
 申請者 名称  
 代表者氏名

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。

- 指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先(以下「指定権者」という。)と指定障害福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先(以下「監督権者」という。)が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「事業所(施設)の所在地」又は「申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」の場合であって、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出又は届出書への記載については、指定権者への変更の届出があったことをもって省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス(□)に✓を付してください。なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。

|   |           |       |
|---|-----------|-------|
|   | 法人番号(13桁) |       |
|   | 事業所番号     |       |
| 指定を受けた内容を変更した事業所又は施設                      | 名称        |       |
|   | 所在地       |       |
| サービスの種類                                   |           |       |
| 変更年月日                                     | 年 月 日     |       |
| 変更があった事項(該当に○)                            | 変更の内容     |       |
| 事業所(施設)の名称                                | (変更前)     |       |
| 事業所(施設)の所在地                               |           |       |
| 事業所(施設)の連絡先(電話番号)                         |           |       |
| 申請者の名称                                    |           |       |
| 申請者の主たる事務所の所在地                            |           |       |
| 申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名                    |           |       |
| 法人等の種類                                    |           |       |
| 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)              |           |       |
| 共生型サービスの該当有無                              |           |       |
| 事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要                    |           |       |
| 障害児対象事業の該当有無                              |           |       |
| 利用する障害児の推定数                               |           |       |
| 利用者又は入所者の定員                               |           | (変更後) |
| 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴                        |           |       |
| サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴 |           |       |
| 指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴  |           |       |
| 運営規程                                      |           |       |
| 協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容              |           |       |
| 提携就労支援機関の名称                               |           |       |
| 提供する障害福祉サービス等の種類                          |           |       |
| 第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等                 |           |       |
| 事業実施形態(事業所の種別等)                           |           |       |
| 従業者の勤務の体制及び勤務形態                           |           |       |
| その他                                       |           |       |

- (備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。  
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定等に係る記載事項

|   |                                    |                   |            |   |   |   |     |  |
|---|------------------------------------|-------------------|------------|---|---|---|-----|--|
| 事業所   | フリガナ<br>名 称                        |                   |            |   |   |   |     |  |
|   | 所在地                                | (郵便番号 - )         |            |   |   |   |     |  |
|   | 電話番号                               |                   |            |   |   |   |     |  |
|   | E-Mail                             |                   |            |   |   |   |     |  |
| 事業<br>所以外<br>の<br>事務<br>所                           | フリガナ<br>名 称                        |                   |            |   |   |   |     |  |
|   | 所在地                                | (郵便番号 - )         |            |   |   |   |     |  |
|   | 電話番号                               |                   |            |   |   |   |     |  |
|   | E-Mail                             |                   |            |   |   |   |     |  |
| 管<br>理<br>者   | フリガナ<br>氏 名                        |                   | 生年月日       |   | 年 | 月 | 日   |  |
|   | 住 所                                | (郵便番号 - )         |            |   |   |   |     |  |
|   | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)            |                   |            |   |   |   |     |  |
|   | 他の事業所又は施設の従<br>業者との兼務(兼務の場<br>合記入) | 事業所等の名称           |            |   |   |   |     |  |
|   |                                    | 兼務する職種及び勤務<br>時間等 |            |   |   |   |     |  |
| サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>提<br>供<br>者<br>の<br>責<br>任<br>者 | フリガナ<br>氏 名                        |                   | 生年月日       |   | 年 | 月 | 日   |  |
|   | 住 所                                | (郵便番号 - )         |            |   |   |   |     |  |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号   |                                    |                   |            |   |   |   |     |  |
| 障害児対象事業<br>(該当するものに<br>○。重度訪問介護<br>を除く。)            | ( 該当 非該当 )                         |                   |            |   |   |   |     |  |
| 利用する障害児の<br>推定数(人)(障害<br>児対象事業に該当<br>する場合記入)        |                                    |                   |            |   |   |   |     |  |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>                        |                                    |                   |            |   |   |   |     |  |
| 営業日(該当する<br>日に○)                                    | 日                                  | 月                 | 火          | 水 | 木 | 金 | 土 祝 |  |
|   | その他(年末年始等)                         |                   |            |   |   |   |     |  |
| 営業時間  | 平日                                 | : ~ :             |            |   |   |   |     |  |
|   | 土曜                                 | : ~ :             |            |   |   |   |     |  |
|   | 日・祝                                | : ~ :             |            |   |   |   |     |  |
| サービス内容  | 身体介護                               |                   | 身体介護(通院介助) |   |   |   |     |  |
|   | 家事援助                               |                   | 家事援助(通院介助) |   |   |   |     |  |
|   | 乗降介助                               |                   |            |   |   |   |     |  |
| 利用料   |                                    |                   |            |   |   |   |     |  |
| その他の費用  |                                    |                   |            |   |   |   |     |  |
| 通常の事業の実施<br>地域                                      |                                    |                   |            |   |   |   |     |  |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■事業所以外の事務所

|           |             |           |  |  |
|-----------|-------------|-----------|--|--|
| 事業所以外の事務所 | フリガナ<br>名 称 |           |  |  |
|           | 所在地         | (郵便番号 - ) |  |  |
|           | 電話番号        |           |  |  |
|           | E-Mail      |           |  |  |
|           | フリガナ<br>名 称 |           |  |  |
|           | 所在地         | (郵便番号 - ) |  |  |
|           | 電話番号        |           |  |  |
|           | E-Mail      |           |  |  |
|           | フリガナ<br>名 称 |           |  |  |
|           | 所在地         | (郵便番号 - ) |  |  |
|           | 電話番号        |           |  |  |
|           | E-Mail      |           |  |  |

■サービス提供責任者

|           |             |           |      |       |
|-----------|-------------|-----------|------|-------|
| サービス提供責任者 | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |

付表2 療養介護事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |           |   |            |       |   |   |   |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------|---|------------|-------|---|---|---|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |   |            |       |   |   |   |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |   |            |       |   |   |   |
|                                       | 連絡先                        | 電話番号      |   |            |       |   |   |   |
|                                       | E-Mail                     |           |   |            |       |   |   |   |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                |           |   | 生年月日       | 年 月 日 |   |   |   |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |   |            |       |   |   |   |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |           |   |            |       |   |   |   |
|                                       | 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   |   |            |       |   |   |   |
| 兼務する職種及び勤務時間等                         |                            |           |   |            |       |   |   |   |
| サービス<br>責任者<br>管理                     | フリガナ<br>氏 名                |           |   | 生年月日       | 年 月 日 |   |   |   |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |   |            |       |   |   |   |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |   |            |       |   |   |   |
| 第 条 第 項 第 号                           |                            |           |   |            |       |   |   |   |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |           |   |            |       |   |   |   |
| 利用定員(人)                               |                            |           |   | 利用者の推定数(人) |       |   |   |   |
| 営業日(該当する日に○)                          | 日                          | 月         | 火 | 水          | 木     | 金 | 土 | 祝 |
|                                       | その他(年末年始等)                 |           |   |            |       |   |   |   |
|                                       | 平日                         | :         |   | ~          |       | : |   |   |
| 営業時間                                  | 土曜                         | :         |   | ~          |       | : |   |   |
|                                       | 日・祝                        | :         |   | ~          |       | : |   |   |
|                                       | 利用料                        |           |   |            |       |   |   |   |
| その他の費用                                |                            |           |   |            |       |   |   |   |
| 通常の事業の実施地域                            |                            |           |   |            |       |   |   |   |
| 設備                                    | 多目的室(デイルーム)の有無(いずれかに○)     |           |   |            |       | 有 | 無 |   |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

付表3 生活介護事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |           |      |        |      |     |             |  |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------|------|--------|------|-----|-------------|--|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |      |        |      |     |             |  |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |      |        |      |     |             |  |
|                                       | 電話番号                       |           |      |        |      |     |             |  |
|                                       | E-Mail                     |           |      |        |      |     |             |  |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 | 年 月 日  |      |     |             |  |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |        |      |     |             |  |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |           |      |        |      |     |             |  |
|                                       | 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   |      |        |      |     |             |  |
|                                       | 兼務する職種及び勤務時間等              |           |      |        |      |     |             |  |
| サービス<br>責任者<br>管理                     | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 | 年 月 日  |      |     |             |  |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |        |      |     |             |  |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |      |        |      |     | 第 条 第 項 第 号 |  |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |           |      |        |      |     |             |  |
| 利用定員(人)                               |                            |           |      |        |      |     |             |  |
| 利用者の推定数<br>(人)                        | 事業所が申告する障害支援区分の平均値         |           |      |        |      |     |             |  |
|                                       | サービス単位                     | 4未満       |      | 4以上5未満 |      | 5以上 |             |  |
|                                       | サービス単位1                    |           |      |        |      |     |             |  |
|                                       | サービス単位2                    |           |      |        |      |     |             |  |
| 営業日(該当する日に○)                          | 日                          | 月         | 火    | 水      | 木    | 金   | 土 祝         |  |
|                                       | その他(年末年始等)                 |           |      |        |      |     |             |  |
| 営業時間                                  | 平日                         | :         |      | ~      |      | :   |             |  |
|                                       | 土曜                         | :         |      | ~      |      | :   |             |  |
|                                       | 日・祝                        | :         |      | ~      |      | :   |             |  |
| 利用料                                   |                            |           |      |        |      |     |             |  |
| その他の費用                                |                            |           |      |        |      |     |             |  |
| 通常の事業の実施地域                            |                            |           |      |        |      |     |             |  |
| 協力医療機関                                | 名称                         |           |      |        | 診療科名 |     |             |  |
| <b>○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項</b>     |                            |           |      |        |      |     |             |  |
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |      |        |      |     |             |  |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |      |        |      |     |             |  |
|                                       | 電話番号                       |           |      |        |      |     |             |  |
|                                       | E-Mail                     |           |      |        |      |     |             |  |
| サービス<br>責任者<br>管理                     | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 | 年 月 日  |      |     |             |  |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |        |      |     |             |  |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |      |        |      |     | 第 条 第 項 第 号 |  |

|                  |                    |     |   |        |      |     |   |   |
|------------------|--------------------|-----|---|--------|------|-----|---|---|
| 利用定員(人)          |                    |     |   |        |      |     |   |   |
| 利用者の推定数<br>(人)   | 事業所が申告する障害支援区分の平均値 |     |   |        |      |     |   |   |
|                  | サービス単位             | 4未満 |   | 4以上5未満 |      | 5以上 |   |   |
|                  | サービス単位1            |     |   |        |      |     |   |   |
|                  | サービス単位2            |     |   |        |      |     |   |   |
| 営業日(該当する<br>日に○) | 日                  | 月   | 火 | 水      | 木    | 金   | 土 | 祝 |
|                  | その他(年末年始等)         |     |   |        |      |     |   |   |
| 営業時間             | 平日                 | :   |   | ~      |      | :   |   |   |
|                  | 土曜                 | :   |   | ~      |      | :   |   |   |
|                  | 日・祝                | :   |   | ~      |      | :   |   |   |
| 利用料              |                    |     |   |        |      |     |   |   |
| その他の費用           |                    |     |   |        |      |     |   |   |
| 通常の事業の実施<br>地域   |                    |     |   |        |      |     |   |   |
| 協力医療機関           | 名称                 |     |   |        | 診療科名 |     |   |   |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

■協力医療機関

|        |    |  |      |  |
|--------|----|--|------|--|
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |

付表4 短期入所事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |             |      |   |   |             |     |  |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------|------|---|---|-------------|-----|--|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |             |      |   |   |             |     |  |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - )   |      |   |   |             |     |  |
|                                       | 電話番号                       |             |      |   |   |             |     |  |
|                                       | E-Mail                     |             |      |   |   |             |     |  |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                |             | 生年月日 |   | 年 | 月           | 日   |  |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )   |      |   |   |             |     |  |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |             |      |   |   |             |     |  |
|                                       | 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     |      |   |   |             |     |  |
|                                       | 兼務する職種及び勤務時間等              |             |      |   |   |             |     |  |
| 事業所の種別(いずれかに○)及び定員(人)                 | 種別                         | 定員          |      |   |   |             |     |  |
|                                       | 空床型                        | 本体施設の空床の範囲内 |      |   |   |             |     |  |
|                                       | 併設型                        |             |      |   |   |             |     |  |
|                                       | 単独型                        |             |      |   |   |             |     |  |
| 本体施設の種別・名称・定員・入所者数                    | 名称                         |             |      |   |   | 定員          |     |  |
|                                       | 種別                         |             |      |   |   | 前年度平均入所者数   |     |  |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |             |      |   |   | 第 条 第 項 第 号 |     |  |
| 障害児対象事業(該当するものに○)                     | ( 該当 非該当 )                 |             |      |   |   |             |     |  |
| 利用する障害児の推定数(人)(障害児対象事業に該当する場合記入)      |                            |             |      |   |   |             |     |  |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |             |      |   |   |             |     |  |
| 利用者の推定数(人)                            |                            |             |      |   |   |             |     |  |
| 営業日(該当する日に○)                          | 日                          | 月           | 火    | 水 | 木 | 金           | 土 祝 |  |
|                                       | その他(年末年始等)                 |             |      |   |   |             |     |  |
| 営業時間                                  | 平日                         | :           |      | ~ |   | :           |     |  |
|                                       | 土曜                         | :           |      | ~ |   | :           |     |  |
|                                       | 日・祝                        | :           |      | ~ |   | :           |     |  |
| 利用料                                   |                            |             |      |   |   |             |     |  |
| その他の費用                                |                            |             |      |   |   |             |     |  |
| 通常の事業の実施地域                            |                            |             |      |   |   |             |     |  |
| 協力医療機関                                | 名称                         |             |      |   |   | 診療科名        |     |  |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■協力医療機関

|        |    |  |      |  |
|--------|----|--|------|--|
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |

付表5 重度障害者等包括支援事業所の指定等に係る記載事項

|  |                                    |                   |      |       |       |        |     |  |
|--|------------------------------------|-------------------|------|-------|-------|--------|-----|--|
| 事業所  | フリガナ<br>名 称                        |                   |      |       |       |        |     |  |
|  | 所在地                                | (郵便番号 - )         |      |       |       |        |     |  |
|  | 電話番号                               |                   |      |       |       |        |     |  |
|  | E-Mail                             |                   |      |       |       |        |     |  |
| 事業所以外の<br>事務所                                | フリガナ<br>名 称                        |                   |      |       |       |        |     |  |
|  | 所在地                                | (郵便番号 - )         |      |       |       |        |     |  |
|  | 電話番号                               |                   |      |       |       |        |     |  |
|  | E-Mail                             |                   |      |       |       |        |     |  |
| 管理者  | フリガナ<br>氏 名                        |                   |      | 生年月日  | 年 月 日 |        |     |  |
|  | 住 所                                | (郵便番号 - )         |      |       |       |        |     |  |
|  | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)            |                   |      |       |       |        |     |  |
|  | 他の事業所又は施設の<br>従業者との兼務(兼務<br>の場合記入) | 事業所等の名称           |      |       |       |        |     |  |
|  |                                    | 兼務する職種及び勤務<br>時間等 |      |       |       |        |     |  |
| 障害児対象事業<br>(該当するものに<br>○)                    | ( 該当 非該当 )                         |                   |      |       |       |        |     |  |
| 利用する障害児の<br>推定数(人)(障害<br>児対象事業に該当<br>する場合記入) |                                    |                   |      |       |       |        |     |  |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>                 |                                    |                   |      |       |       |        |     |  |
| 事業所<br>の<br>体制                               | 提供する障害福祉サー<br>ビス                   | 種類                | 事業所名 |       |       |        |     |  |
|  |                                    |                   |      |       |       |        |     |  |
|  | 第三者委託により提供<br>する障害福祉サービス           | 種類                | 事業所名 |       |       | 所在地    |     |  |
|  |                                    |                   |      |       |       |        |     |  |
| 利用者からの連絡対応<br>体制の概要                          |                                    |                   |      |       |       |        |     |  |
| 利用者の推定数(人)                                   |                                    |                   |      |       |       |        |     |  |
| 主たる対象者<br>(いずれかに○)                           | 特定しない                              | I 類型              |      | II 類型 |       | III 類型 |     |  |
| 営業日(該当する<br>日に○)                             | 日                                  | 月                 | 火    | 水     | 木     | 金      | 土 祝 |  |
|  | その他(年末年始等)                         |                   |      |       |       |        |     |  |
| 営業時間   | 平日                                 | :                 |      | ~     |       | :      |     |  |
|  | 土曜                                 | :                 |      | ~     |       | :      |     |  |
|  | 日・祝                                | :                 |      | ~     |       | :      |     |  |

|            |    |  |      |
|------------|----|--|------|
| 利用料        |    |  |      |
| その他の費用     |    |  |      |
| 通常の事業の実施地域 |    |  |      |
| 協力医療機関     | 名称 |  | 診療科名 |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄及び「利用する障害児の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■事業所以外の事務所

|           |             |           |  |  |
|-----------|-------------|-----------|--|--|
| 事業所以外の事務所 | フリガナ<br>名 称 |           |  |  |
|           | 所在地         | (郵便番号 - ) |  |  |
|           | 電話番号        |           |  |  |
|           | E-Mail      |           |  |  |
|           | フリガナ<br>名 称 |           |  |  |
|           | 所在地         | (郵便番号 - ) |  |  |
|           | 電話番号        |           |  |  |
|           | E-Mail      |           |  |  |
|           | フリガナ<br>名 称 |           |  |  |
|           | 所在地         | (郵便番号 - ) |  |  |
|           | 電話番号        |           |  |  |
|           | E-Mail      |           |  |  |

■サービス提供責任者

|           |             |           |      |       |
|-----------|-------------|-----------|------|-------|
| サービス提供責任者 | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏 名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住 所         | (郵便番号 - ) |      |       |

■事業所の体制

|        |                         |    |      |       |
|--------|-------------------------|----|------|-------|
| 事業所の体制 | 他に指定を受けている<br>障害福祉サービス等 | 種類 | 事業所名 | 事業所番号 |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |
|        | 委託による提携事業所              | 種類 | 事業所名 | 事業所番号 |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |

■協力医療機関

|        |    |  |      |  |
|--------|----|--|------|--|
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |

付表6 自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所の指定等に係る記載事項

| サービス種別(申請するものに○)                      |                            | 機能訓練      |   | 生活訓練 |             | 宿泊型自立訓練を実施する場合は○ |   |   |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------|---|------|-------------|------------------|---|---|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |   |      |             |                  |   |   |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |   |      |             |                  |   |   |
|                                       | 電話番号                       |           |   |      |             |                  |   |   |
|                                       | E-Mail                     |           |   |      |             |                  |   |   |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                |           |   | 生年月日 | 年 月 日       |                  |   |   |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |   |      |             |                  |   |   |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |           |   |      |             |                  |   |   |
|                                       | 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   |   |      |             |                  |   |   |
| 兼務する職種及び勤務時間等                         |                            |           |   |      |             |                  |   |   |
| サービス責任者                               | フリガナ<br>氏 名                |           |   | 生年月日 | 年 月 日       |                  |   |   |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |   |      |             |                  |   |   |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |   |      | 第 条 第 項 第 号 |                  |   |   |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |           |   |      |             |                  |   |   |
| 訪問事業の実施                               | 有                          |           | 無 |      |             |                  |   |   |
| 利用定員(人)                               |                            |           |   |      |             |                  |   |   |
| 利用者の推定数(人)                            |                            |           |   |      |             |                  |   |   |
| 営業日(該当する日に○)                          | 日                          | 月         | 火 | 水    | 木           | 金                | 土 | 祝 |
|                                       | その他(年末年始等)                 |           |   |      |             |                  |   |   |
| 営業時間                                  | 平日                         | :         |   | ~    |             | :                |   |   |
|                                       | 土曜                         | :         |   | ~    |             | :                |   |   |
|                                       | 日・祝                        | :         |   | ~    |             | :                |   |   |
| 利用料                                   |                            |           |   |      |             |                  |   |   |
| その他の費用                                |                            |           |   |      |             |                  |   |   |
| 通常の事業の実施地域                            |                            |           |   |      |             |                  |   |   |
| 協力医療機関                                | 名称                         |           |   |      | 診療科名        |                  |   |   |
| <b>○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項</b>     |                            |           |   |      |             |                  |   |   |
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |   |      |             |                  |   |   |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |   |      |             |                  |   |   |
|                                       | 電話番号                       |           |   |      |             |                  |   |   |
|                                       | E-Mail                     |           |   |      |             |                  |   |   |
| サービス責任者                               | フリガナ<br>氏 名                |           |   | 生年月日 | 年 月 日       |                  |   |   |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |   |      |             |                  |   |   |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |   |      | 第 条 第 項 第 号 |                  |   |   |

|              |            |   |   |   |      |   |   |   |
|--------------|------------|---|---|---|------|---|---|---|
| 訪問事業の実施      | 有          | 無 |   |   |      |   |   |   |
| 利用定員(人)      |            |   |   |   |      |   |   |   |
| 利用者の推定数(人)   |            |   |   |   |      |   |   |   |
| 営業日(該当する日に○) | 日          | 月 | 火 | 水 | 木    | 金 | 土 | 祝 |
|              |            |   |   |   |      |   |   |   |
|              | その他(年末年始等) |   |   |   |      |   |   |   |
| 営業時間         | 平日         | : |   | ~ |      | : |   |   |
|              | 土曜         | : |   | ~ |      | : |   |   |
|              | 日・祝        | : |   | ~ |      | : |   |   |
| 利用料          |            |   |   |   |      |   |   |   |
| その他の費用       |            |   |   |   |      |   |   |   |
| 通常の事業の実施地域   |            |   |   |   |      |   |   |   |
| 協力医療機関       | 名称         |   |   |   | 診療科名 |   |   |   |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

■協力医療機関

|        |    |  |      |  |
|--------|----|--|------|--|
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |

付表7 就労選択支援事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |               |      |         |
|---------------------------------------|----------------------------|---------------|------|---------|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名称                 |               |      |         |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - )     |      |         |
|                                       | 電話番号                       |               |      |         |
|                                       | E-Mail                     |               |      |         |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏名                 | 生年月日          | 年    | 月 日     |
|                                       | 住所                         | (郵便番号 - )     |      |         |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |               |      |         |
|                                       | 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       |      |         |
|                                       |                            | 兼務する職種及び勤務時間等 |      |         |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            | 第             | 条    | 第 項 第 号 |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |               |      |         |
| 利用定員(人)                               |                            |               |      |         |
| 利用者の推定数(人)                            |                            |               |      |         |
| 利用料                                   |                            |               |      |         |
| その他の費用                                |                            |               |      |         |
| 通常の事業の実施地域                            |                            |               |      |         |
| 協力医療機関                                | 名称                         |               | 診療科名 |         |
| 提携就労支援機関                              |                            |               |      |         |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■協力医療機関

|        |    |  |      |  |
|--------|----|--|------|--|
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |

付表8 就労移行支援事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |           |      |       |             |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------|------|-------|-------------|
| サービス種別(申請するものに○)                      |                            | 一般型       |      | 資格取得型 |             |
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |      |       |             |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |      |       |             |
|                                       | 電話番号                       |           |      |       |             |
|                                       | E-Mail                     |           |      |       |             |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 | 年     | 月 日         |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |       |             |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |           |      |       |             |
|                                       | 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   |      |       |             |
| 兼務する職種及び勤務時間等                         |                            |           |      |       |             |
| サービス責任者                               | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 | 年     | 月 日         |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |       |             |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |      |       | 第 条 第 項 第 号 |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |           |      |       |             |
| 利用定員(人)                               |                            |           |      |       |             |
| 利用者の推定数(人)                            |                            |           |      |       |             |
| 利用料                                   |                            |           |      |       |             |
| その他の費用                                |                            |           |      |       |             |
| 通常の事業の実施地域                            |                            |           |      |       |             |
| 協力医療機関                                | 名称                         |           | 診療科名 |       |             |
| 提携就労支援機関                              |                            |           |      |       |             |
| <b>○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項</b>     |                            |           |      |       |             |
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |      |       |             |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |      |       |             |
|                                       | 電話番号                       |           |      |       |             |
|                                       | E-Mail                     |           |      |       |             |
| サービス責任者                               | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 | 年     | 月 日         |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |       |             |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |      |       | 第 条 第 項 第 号 |
| 利用定員(人)                               |                            |           |      |       |             |
| 利用者の推定数(人)                            |                            |           |      |       |             |

|            |    |  |      |  |
|------------|----|--|------|--|
| 利用料        |    |  |      |  |
| その他の費用     |    |  |      |  |
| 通常の事業の実施地域 |    |  |      |  |
| 協力医療機関     | 名称 |  | 診療科名 |  |
| 提携就労支援機関   |    |  |      |  |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

■協力医療機関

|        |    |  |      |  |
|--------|----|--|------|--|
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |

付表9 就労継続支援事業所の指定等に係る記載事項

| サービス種別(申請するものに○)                      |                            | 就労継続支援A型    |      | 就労継続支援B型 |   |
|---------------------------------------|----------------------------|-------------|------|----------|---|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |             |      |          |   |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - )   |      |          |   |
|                                       | 電話番号                       |             |      |          |   |
|                                       | E-Mail                     |             |      |          |   |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                | 生年月日        | 年    | 月        | 日 |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )   |      |          |   |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |             |      |          |   |
|                                       | 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     |      |          |   |
| 兼務する職種及び勤務時間等                         |                            |             |      |          |   |
| サービス<br>責任者<br>管理                     | フリガナ<br>氏 名                | 生年月日        | 年    | 月        | 日 |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )   |      |          |   |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            | 第 条 第 項 第 号 |      |          |   |
| ○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項                 |                            |             |      |          |   |
| 利用定員(人)                               |                            |             |      |          |   |
| 利用者の推定数(人)                            |                            |             |      |          |   |
| 利用料                                   |                            |             |      |          |   |
| その他の費用                                |                            |             |      |          |   |
| 通常の事業の実施地域                            |                            |             |      |          |   |
| 協力医療機関                                | 名称                         |             | 診療科名 |          |   |
| ○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項            |                            |             |      |          |   |
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |             |      |          |   |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - )   |      |          |   |
|                                       | 電話番号                       |             |      |          |   |
|                                       | E-Mail                     |             |      |          |   |
| サービス<br>責任者<br>管理                     | フリガナ<br>氏 名                | 生年月日        | 年    | 月        | 日 |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )   |      |          |   |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            | 第 条 第 項 第 号 |      |          |   |
| 利用定員(人)                               |                            |             |      |          |   |
| 利用者の推定数(人)                            |                            |             |      |          |   |
| 利用料                                   |                            |             |      |          |   |

|            |    |  |      |  |
|------------|----|--|------|--|
| その他の費用     |    |  |      |  |
| 通常の事業の実施地域 |    |  |      |  |
| 協力医療機関     | 名称 |  | 診療科名 |  |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

■協力医療機関

|        |    |  |      |  |
|--------|----|--|------|--|
| 協力医療機関 | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |
|        | 名称 |  | 診療科名 |  |

付表10 就労定着支援事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |           |      |       |   |   |   |             |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------|------|-------|---|---|---|-------------|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |      |       |   |   |   |             |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |      |       |   |   |   |             |
|                                       | 電話番号                       |           |      |       |   |   |   |             |
|                                       | E-Mail                     |           |      |       |   |   |   |             |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 | 年 月 日 |   |   |   |             |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |       |   |   |   |             |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |           |      |       |   |   |   |             |
|                                       | 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   |      |       |   |   |   |             |
| 兼務する職種及び勤務時間等                         |                            |           |      |       |   |   |   |             |
| サービス<br>責任者<br>管理                     | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 | 年 月 日 |   |   |   |             |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |       |   |   |   |             |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |      |       |   |   |   | 第 条 第 項 第 号 |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |           |      |       |   |   |   |             |
| 利用者の推定数<br>(人)                        |                            |           |      |       |   |   |   |             |
| 一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(人)             |                            |           |      |       |   |   |   |             |
| 営業日(該当する日に○)                          | 日                          | 月         | 火    | 水     | 木 | 金 | 土 | 祝           |
|                                       | その他(年末年始等)                 |           |      |       |   |   |   |             |
| 営業時間                                  | 平日                         | :         |      | ~     |   | : |   |             |
|                                       | 土曜                         | :         |      | ~     |   | : |   |             |
|                                       | 日・祝                        | :         |      | ~     |   | : |   |             |
| 利用料                                   |                            |           |      |       |   |   |   |             |
| その他の費用                                |                            |           |      |       |   |   |   |             |
| 通常の実業の実施地域                            |                            |           |      |       |   |   |   |             |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

付表11 自立生活援助事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |           |      |   |   |   |     |  |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------|------|---|---|---|-----|--|
| 事業所                                   | フリガナ<br>名 称                |           |      |   |   |   |     |  |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - ) |      |   |   |   |     |  |
|                                       | 電話番号                       |           |      |   |   |   |     |  |
|                                       | E-Mail                     |           |      |   |   |   |     |  |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 |   | 年 | 月 | 日   |  |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |   |   |   |     |  |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |           |      |   |   |   |     |  |
|                                       | 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   |      |   |   |   |     |  |
|                                       | 兼務する職種及び勤務時間等              |           |      |   |   |   |     |  |
| サービス<br>責任者<br>管理                     | フリガナ<br>氏 名                |           | 生年月日 |   | 年 | 月 | 日   |  |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - ) |      |   |   |   |     |  |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            |           |      |   |   |   |     |  |
| 第 条 第 項 第 号                           |                            |           |      |   |   |   |     |  |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>          |                            |           |      |   |   |   |     |  |
| 利用者の推定数<br>(人)                        |                            |           |      |   |   |   |     |  |
| 営業日(該当する日に○)                          | 日                          | 月         | 火    | 水 | 木 | 金 | 土 祝 |  |
|                                       | その他(年末年始等)                 |           |      |   |   |   |     |  |
| 営業時間                                  | 平日                         | :         |      | ~ |   | : |     |  |
|                                       | 土曜                         | :         |      | ~ |   | : |     |  |
|                                       | 日・祝                        | :         |      | ~ |   | : |     |  |
| 利用料                                   |                            |           |      |   |   |   |     |  |
| その他の費用                                |                            |           |      |   |   |   |     |  |
| 通常の事業の実施<br>地域                        |                            |           |      |   |   |   |     |  |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■ サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

付表 1 2 共同生活援助事業所の指定等に係る記載事項

|                                       |                            |  |            |       |
|---------------------------------------|----------------------------|--|------------|-------|
| 主たる事業所                                | フリガナ<br>名 称                |  |            |       |
|                                       | 所在地                        | (郵便番号 - )                                      |            |       |
|                                       | 電話番号                       |  |            |       |
|                                       | E-Mail                     |  |            |       |
| 管理者                                   | フリガナ<br>氏 名                |  | 生年月日       | 年 月 日 |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )                                      |            |       |
|                                       | 当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)    |  |            |       |
|                                       | 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  |            |       |
|                                       |                            | 兼務する職種及び勤務時間等                                  |            |       |
| サービス責任者                               | フリガナ<br>氏 名                |  | 生年月日       | 年 月 日 |
|                                       | 住 所                        | (郵便番号 - )                                      |            |       |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 |                            | 第 条 第 項 第 号                                    |            |       |
| ○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項                 |                            |  |            |       |
| サービスの提供形態(該当部分に○)                     | 介護サービス包括型                  | 生活支援員の業務の外部委託の予定                               | 有          | 無     |
|                                       | 日中サービス支援型                  |  | 有の場合の月間時間数 |       |
|                                       | 外部サービス利用型                  | 受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 | 別紙のとおり     |       |
| 利用定員(人)                               |                            |  |            |       |
| 利用者の推定数(人)                            |                            |  |            |       |
| 指定生活介護事業所等との連携体制                      | 連携する施設の種別                  |  | 施設名        |       |
|                                       | 支援体制の概要                    |  |            |       |
| 協力医療機関                                | 名称                         |  | 診療科名       |       |
| 協力歯科医療機関                              | 名称                         |  |            |       |

○共同生活住居の情報

|                     |                                    |           |      |           |
|---------------------|------------------------------------|-----------|------|-----------|
| 共同生活住居①<br>(主たる事業所) | フリガナ<br>名 称                        | (前頁に記載)   |      |           |
|                     | 所在地                                | (前頁に記載)   |      |           |
|                     | 連絡先                                | (前頁に記載)   |      |           |
|                     | 住居区分<br>(該当するものに○)                 | 一戸建て      | アパート |           |
|                     |                                    | マンション     | その他  |           |
|                     | 建物所有者名                             |           |      |           |
|                     | 賃貸借契約の内容                           | 家賃月額(円)   |      |           |
|                     |                                    | 契約期間      | ~    |           |
|                     | 住居の利用定員(人)                         |           | 居室数  | 室(うち個室 室) |
|                     | 入居者1人当たりの居室の最小床面積(m <sup>2</sup> ) |           |      |           |
|                     | 一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)              |           |      |           |
|                     | 主たる対象者<br>(対象とするものに○)              | 身体障害      | 知的障害 |           |
| 精神障害                |                                    | 難病等対象者    |      |           |
| 共同生活住居②             | フリガナ<br>名 称                        |           |      |           |
|                     | 所在地                                | (郵便番号 - ) |      |           |
|                     | 電話番号                               |           |      |           |
|                     | 住居区分<br>(該当するものに○)                 | 一戸建て      | アパート |           |
|                     |                                    | マンション     | その他  |           |
|                     | 建物所有者名                             |           |      |           |
|                     | 賃貸借契約の内容                           | 家賃月額(円)   |      |           |
|                     |                                    | 契約期間      | ~    |           |
|                     | 住居の利用定員(人)                         |           | 居室数  | 室(うち個室 室) |
|                     | 入居者1人当たりの居室の最小床面積(m <sup>2</sup> ) |           |      |           |
|                     | 一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)              |           |      |           |
|                     | 主たる対象者<br>(対象とするものに○)              | 身体障害      | 知的障害 |           |
| 精神障害                |                                    | 難病等対象者    |      |           |
| 共同生活住居③             | フリガナ<br>名 称                        |           |      |           |
|                     | 所在地                                | (郵便番号 - ) |      |           |
|                     | 電話番号                               |           |      |           |
|                     | 住居区分<br>(該当するものに○)                 | 一戸建て      | アパート |           |
|                     |                                    | マンション     | その他  |           |
|                     | 建物所有者名                             |           |      |           |
|                     | 賃貸借契約の内容                           | 家賃月額(円)   |      |           |
|                     |                                    | 契約期間      | ~    |           |
|                     | 住居の利用定員(人)                         |           | 居室数  | 室(うち個室 室) |
|                     | 入居者1人当たりの居室の最小床面積(m <sup>2</sup> ) |           |      |           |
|                     | 一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)              |           |      |           |
|                     | 主たる対象者<br>(対象とするものに○)              | 身体障害      | 知的障害 |           |
| 精神障害                |                                    | 難病等対象者    |      |           |

○サテライト型住居の情報

|           |                       |           |                           |  |
|-----------|-----------------------|-----------|---------------------------|--|
| サテライト型住居① | フリガナ<br>名 称           |           |                           |  |
|           | 所在地                   | (郵便番号 - ) |                           |  |
|           | 電話番号                  |           |                           |  |
|           | 住居区分<br>(該当するものに○)    | 一戸建て      | アパート                      |  |
|           |                       | マンション     | その他                       |  |
|           | 建物所有者名                |           |                           |  |
|           | 賃貸借契約の内容              | 家賃月額(円)   |                           |  |
|           |                       | 契約期間      | ~                         |  |
|           | 住居の利用定員(人)            |           | 居室の最小床面積(m <sup>2</sup> ) |  |
|           | 本体住居の名称               |           |                           |  |
|           | 本体住居との距離(km)          |           |                           |  |
|           | 主たる対象者<br>(対象とするものに○) | 身体障害      | 知的障害                      |  |
| 精神障害      |                       | 難病等対象者    |                           |  |
| サテライト型住居② | フリガナ<br>名 称           |           |                           |  |
|           | 所在地                   | (郵便番号 - ) |                           |  |
|           | 電話番号                  |           |                           |  |
|           | 住居区分<br>(該当するものに○)    | 一戸建て      | アパート                      |  |
|           |                       | マンション     | その他                       |  |
|           | 建物所有者名                |           |                           |  |
|           | 賃貸借契約の内容              | 家賃月額(円)   |                           |  |
|           |                       | 契約期間      | ~                         |  |
|           | 住居の利用定員(人)            |           | 居室の最小床面積(m <sup>2</sup> ) |  |
|           | 本体住居の名称               |           |                           |  |
|           | 本体住居との距離(km)          |           |                           |  |
|           | 主たる対象者<br>(対象とするものに○) | 身体障害      | 知的障害                      |  |
| 精神障害      |                       | 難病等対象者    |                           |  |
| サテライト型住居③ | フリガナ<br>名 称           |           |                           |  |
|           | 所在地                   | (郵便番号 - ) |                           |  |
|           | 電話番号                  |           |                           |  |
|           | 住居区分<br>(該当するものに○)    | 一戸建て      | アパート                      |  |
|           |                       | マンション     | その他                       |  |
|           | 建物所有者名                |           |                           |  |
|           | 賃貸借契約の内容              | 家賃月額(円)   |                           |  |
|           |                       | 契約期間      | ~                         |  |
|           | 住居の利用定員(人)            |           | 居室の最小床面積(m <sup>2</sup> ) |  |
|           | 本体住居の名称               |           |                           |  |
|           | 本体住居との距離(km)          |           |                           |  |
|           | 主たる対象者<br>(対象とするものに○) | 身体障害      | 知的障害                      |  |
| 精神障害      |                       | 難病等対象者    |                           |  |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

■事業所の体制

|        |                         |    |      |       |
|--------|-------------------------|----|------|-------|
| 事業所の体制 | 他に指定を受けている<br>障害福祉サービス等 | 種類 | 事業所名 | 事業所番号 |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |
|        | 委託による提携事業所              | 種類 | 事業所名 | 事業所番号 |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |
|        |                         |    |      |       |

■協力医療機関

|          |    |  |      |  |
|----------|----|--|------|--|
| 協力医療機関   | 名称 |  | 診療科名 |  |
|          | 名称 |  | 診療科名 |  |
|          | 名称 |  | 診療科名 |  |
| 協力歯科医療機関 | 名称 |  |      |  |
|          | 名称 |  |      |  |
|          | 名称 |  |      |  |

付表 1 3 障害者支援施設の指定等に係る記載事項

|   |                                 |           |      |       |
|---|---------------------------------|-----------|------|-------|
| 施設  | フリガナ<br>名 称                     |           |      |       |
|   | 所在地                             | (郵便番号 - ) |      |       |
|   | 電話番号                            |           |      |       |
|   | E-Mail                          |           |      |       |
| 管理者   | フリガナ<br>氏 名                     |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|   | 住 所                             | (郵便番号 - ) |      |       |
|   | 当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合記入)          |           |      |       |
|   | 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   |      |       |
| 兼務する職種及び勤務時間等                                     |                                 |           |      |       |
| サービス<br>責任者<br>管理                                 | フリガナ<br>氏 名                     |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|   | 住 所                             | (郵便番号 - ) |      |       |
| 実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号 |                                 |           |      |       |
| <b>○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項</b>                      |                                 |           |      |       |
| 居室  | 1室の最大定員(人)                      |           |      |       |
|   | 入所者1人あたりの最小床面積(m <sup>2</sup> ) |           |      |       |
| 廊下  | 廊下の幅(m)                         |           |      |       |
|   | 中廊下の幅(m)                        |           |      |       |
| 既存施設からの移行の場合                                      | 既存施設名                           |           |      |       |
|   | 施設種別                            |           |      |       |
|   | 経過措置                            | 有         | 無    |       |
|   | 特定旧法受給者数(人)                     |           |      |       |
| 協力医療機関  | 名称                              |           | 診療科名 |       |
| 協力歯科医療機関  | 名称                              |           |      |       |
| (就労移行支援を行う場合のみ)提携就労支援機関                           |                                 |           | 名称   |       |

○昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項

|                         |                   |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
|-------------------------|-------------------|------|----------------|----------------|-----------------|-------------------|----------------|----------------|---|---|
| 昼間実施サービスの種類             |                   | 生活介護 | 自立訓練<br>(機能訓練) | 自立訓練<br>(生活訓練) | 就労移行支援<br>(一般型) | 就労移行支援<br>(資格取得型) | 就労継続支援<br>(A型) | 就労移行支援<br>(B型) |   |   |
|                         | 実施有無              |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
|                         | 利用者の推定数           |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
|                         | 昼間多機能の実施          | 有    |                |                | 無               |                   | 昼間の総定員数(人)     |                |   |   |
| (生活介護を行う場合のみ)利用者の推定数(人) | 施設が申告する障害支援区分の平均値 |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
|                         | サービス単位            | 4未満  |                |                | 4以上5未満          |                   |                | 5以上            |   |   |
|                         | サービス単位1           |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
|                         | サービス単位2           |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
| 昼間実施サービスの定員(人)          | 介護給付対象者           |      | 訓練等給付対象者       |                | 特定旧法受給者         |                   |                | 合計             |   |   |
|                         |                   |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
|                         | 定員緩和措置の有無         |      |                |                |                 |                   | 有              |                | 無 |   |
| 施設入所支援の定員(人)            |                   |      |                |                | 他の社会福祉施設との併設    |                   |                | 有              |   | 無 |
| 併設施設の定員(人)              |                   |      |                |                | 併設施設の種別         |                   |                |                |   |   |
| 施設入所支援の利用者の推定数          | サービス単位1           |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
|                         | サービス単位2           |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
|                         | サービス単位3           |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
| 短期入所の実施                 | 併設型               |      | 空床型            |                | 無               |                   |                |                |   |   |
|                         | 短期入所の利用者の推定数(人)   |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
| 営業日(該当する日に○)            | 日                 | 月    | 火              | 水              | 木               | 金                 | 土              | 祝              |   |   |
|                         | その他(年末年始等)        |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
| 営業時間                    | 平日                | :    |                |                | ~               |                   | :              |                |   |   |
|                         | 土曜                | :    |                |                | ~               |                   | :              |                |   |   |
|                         | 日・祝               | :    |                |                | ~               |                   | :              |                |   |   |
| 利用料                     |                   |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
| その他の費用                  |                   |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |
| 通常の事業の実施地域              |                   |      |                |                |                 |                   |                |                |   |   |

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

記入欄不足時の資料

■サービス管理責任者

|           |            |           |      |       |
|-----------|------------|-----------|------|-------|
| サービス管理責任者 | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |
|           | フリガナ<br>氏名 |           | 生年月日 | 年 月 日 |
|           | 住所         | (郵便番号 - ) |      |       |

■協力医療機関等

|          |    |  |      |  |
|----------|----|--|------|--|
| 協力医療機関   | 名称 |  | 診療科名 |  |
|          | 名称 |  | 診療科名 |  |
|          | 名称 |  | 診療科名 |  |
| 協力歯科医療機関 | 名称 |  |      |  |
|          | 名称 |  |      |  |
|          | 名称 |  |      |  |

様式第3号

指定障がい福祉サービス事業等再開(廃止・休止)届

年 月 日

山形県知事 殿

事業者 住所(所在地)  
氏名(名称及び代表者氏名)

下記のとおり指定障害福祉サービス事業(指定一般相談支援事業)を再開した(廃止・休止する)ので、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46条第1項(第46条第2項、第51条の25第1項、第51条の25第2項)の規定により届け出ます。

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| 再開した(廃止・休止する)<br>事業所                           | 事業所番号        |  |
|  | 名 称          |  |
|  | 所 在 地        |  |
| 再開した(廃止・休止する)年月日                               | 年 月 日        |  |
| 廃止・休止する理由                                      |              |  |
| 現に指定障害福祉サービス(指定相談支援)を受けている者に対する措置(廃止・休止する場合のみ) |              |  |
| 休止予定期間   | 年 月 日～ 年 月 日 |  |

(注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

2 事業の再開に係る届出にあつては、再開の日から10日以内に届け出てください。

3 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、廃止又は休止しようとする日の1月前までに、次に掲げる書類を添付して届け出てください。

(1) 利用者の移行先等を把握することができるもの

現に指定障害福祉サービス(指定相談支援)を受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービス(指定相談支援)に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害福祉サービス(指定相談支援)に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス(相談支援)を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス(指定相談支援)事業者の名称を記載すること。

(2) 利用者の希望等を調査するために実施した面談等の対応について記録したもの

様式第3号の2

指定障がい者支援施設指定辞退届

年 月 日

山形県知事 殿

設置者 住所(所在地)  
氏名(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、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47条の規定により届け出ます。

|                     |           |  |
|---------------------|-----------|--|
| 指 定 を 辞 退 す る 施 設   | 事 業 所 番 号 |  |
|                     | 名 称       |  |
|                     | 所 在 地     |  |
| 指 定 を 受 け た 年 月 日   | 年 月 日     |  |
| 指 定 を 辞 退 す る 年 月 日 | 年 月 日     |  |
| 指 定 を 辞 退 す る 理 由   |           |  |
| 現に施設に入所している者に対する措置  |           |  |

(注)指定を辞退する日の3月前までに、次に掲げる書類を添付して申し出てください。

1 利用者の移行先等を把握することができるもの

現に施設障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な施設障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害者支援施設等の名称を記載すること。

2 利用者の希望等を調査するために実施した面談等の対応について記録したもの

| 事業開始届  |                  |   |
|--|------------------|---|
| 開始しようとする<br>事業   | 種 類              | 1 障害福祉サービス事業      2 一般相談支援事業<br>3 特定相談支援事業            4 移動支援事業<br>5 地域活動支援センター経営事業<br>6 福祉ホーム経営事業 |
|  | 内 容              |   |
| 経営者  | 氏名又は<br>名 称      |   |
|  | 住 所 又 は<br>所 在 地 |   |
| 条例、定款その他<br>基本約款   | 別添 1             |   |
| 職員の職務  | 職 務 の 内 容        | 職員の定数   |
|  |                  |   |
|  |                  |   |
|  |                  | 合 計   |
| 主な職員の氏名  |                  |   |
| 主な職員の経歴  | 別添 2             |   |
| 事業を行う区域  |                  |   |
| 短期入所事業の<br>用に供する施設   | 名 称              |   |
|  | 種 類              |   |
|  | 所 在 地            |   |
|  | 入 所 定 員          |   |
| 事業開始年月日  | 年 月 日            |   |
| <p>事業を開始しますので、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79条第2項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">事業経営者<br/>住所又は所在地<br/>氏名又は名称及び<br/>代表者の氏名</p> <p>山形県知事 殿</p> |                  |   |

備考 1 「種類」欄では、開始しようとする事業の番号を○で囲むこと。  
2 「条例、定款その他の基本約款」の写し及び「主な職員の経歴」の資料を添付すること。

| 事業変更届   |   |       |       |
|---|---|-------|-------|
|   | 事項及び変更年月日   | 変 更 前 | 変 更 後 |
| 変<br>更<br>内<br>容  | 事業の種類及び内容<br><br>( 年 月 日)                             |       |       |
|   | 経営者の氏名及び住所<br>(法人の場合は、名称及び主たる事務所の所在地)<br><br>( 年 月 日) |       |       |
|   | 条例、定款その他基本<br>約款<br><br>( 年 月 日)                      |       |       |
|   | 職員の定数及び職務内<br>容<br><br>( 年 月 日)                       |       |       |
|   | 主な職員の氏名及び経<br>歴<br><br>( 年 月 日)                       |       |       |
|   | 事業を行う区域<br><br>( 年 月 日)                               |       |       |
|   | 短期入所事業に係る内<br>容<br><br>( 年 月 日)                       |       |       |
|   | 備 考   |       |       |
| <p>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79条第2項の規定により届け出た事項を変更したので、同条第3項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業経営者<br/>住所又は所在地<br/>氏名又は名称及び<br/>代表者の氏名</p> <p>山形県知事 殿</p> |   |       |       |

事業廃止（休止）届

|  |             |              |
|--|-------------|--------------|
| 事業者  | 氏名又は<br>名称  |              |
|  | 住所又は<br>所在地 |              |
| 廃止・休止の別  |             | 廃止・休止        |
| 廃止（休止）予定年月日  |             |              |
| 廃止（休止）の理由  |             |              |
| 現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置  |             |              |
| 休止予定期間<br>(休止の場合に限る)   |             | 年 月 日～ 年 月 日 |
| <p>事業を廃止（休止）しますので、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79条第4項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>事業経営者</p> <p>住所又は所在地</p> <p>氏名又は名称及び</p> <p>代表者の氏名</p> <p>山形県知事 殿</p> |             |              |

備考 該当する項目を○で囲むこと。

(標準様式1)

指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等

|                |  |
|----------------|--|
| 事業所名           |  |
| 指定障害福祉サービス等の種類 |  |

1 申請に係る指定障害福祉サービス等の主たる対象者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

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

( 有り ・ 無し )

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

(標準様式2)

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

|                |  |
|----------------|--|
| 事業所名           |  |
| 指定障害福祉サービス等の種類 |  |

措置の概要

1 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の窓口(連絡先)、担当者

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

※具体的な対応方針

3 その他参考事項

## 誓約書

年 月 日

知事 殿

申請者 (名称)

\_\_\_\_\_  
(代表者の職名・氏名)  
\_\_\_\_\_

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

|  |                    |
|--|--------------------|
|  | 別紙①: 障害福祉サービス事業者向け |
|  | 別紙②: 障害者支援施設向け     |
|  | 別紙③: 一般相談支援事業者向け   |
|  | 別紙④: 特定相談支援事業者向け   |
|  | 別紙⑤: 障害児通所支援事業者向け  |
|  | 別紙⑥: 障害児入所施設向け     |
|  | 別紙⑦: 障害児相談支援事業者向け  |

注 該当する種別に○を付けてください。



・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- (1) 「4週」・「暦月」のいずれかを選択してください。
- (2) 「予定」・「実績」のいずれかを選択してください。
- (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 従業者の職種を入力してください。

記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

- (5) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号を入力してください。

| 記号 | 区分     |
|----|--------|
| A  | 常勤で専従  |
| B  | 常勤で兼務  |
| C  | 非常勤で専従 |
| D  | 非常勤で兼務 |

(注) 常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。

(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

- (6) 従業者の保有する資格を入力してください。

保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。

※選択した資格及び研修に関して、**必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。**

- (7) 従業者の氏名を記入してください。

(8) 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。

(9) 常勤の職員の休暇等については、その期間が暦年で1月を超えるものでない限り、常勤換算の計算上は勤務したものとみなすことができます。

その場合、勤務時間欄には「休」と記入し、勤務時間の合計に含めてください（非常勤職員の休暇等は常勤換算の計算に含めることはできません）。

※指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。

- (10) 従業者ごとに、合計勤務時間数を入力してください。

※ 入力することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。

(11) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数を入力してください。

(12) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称、兼務する職務の内容について記入してください。

同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。

その他、特記事項欄としてもご活用ください。

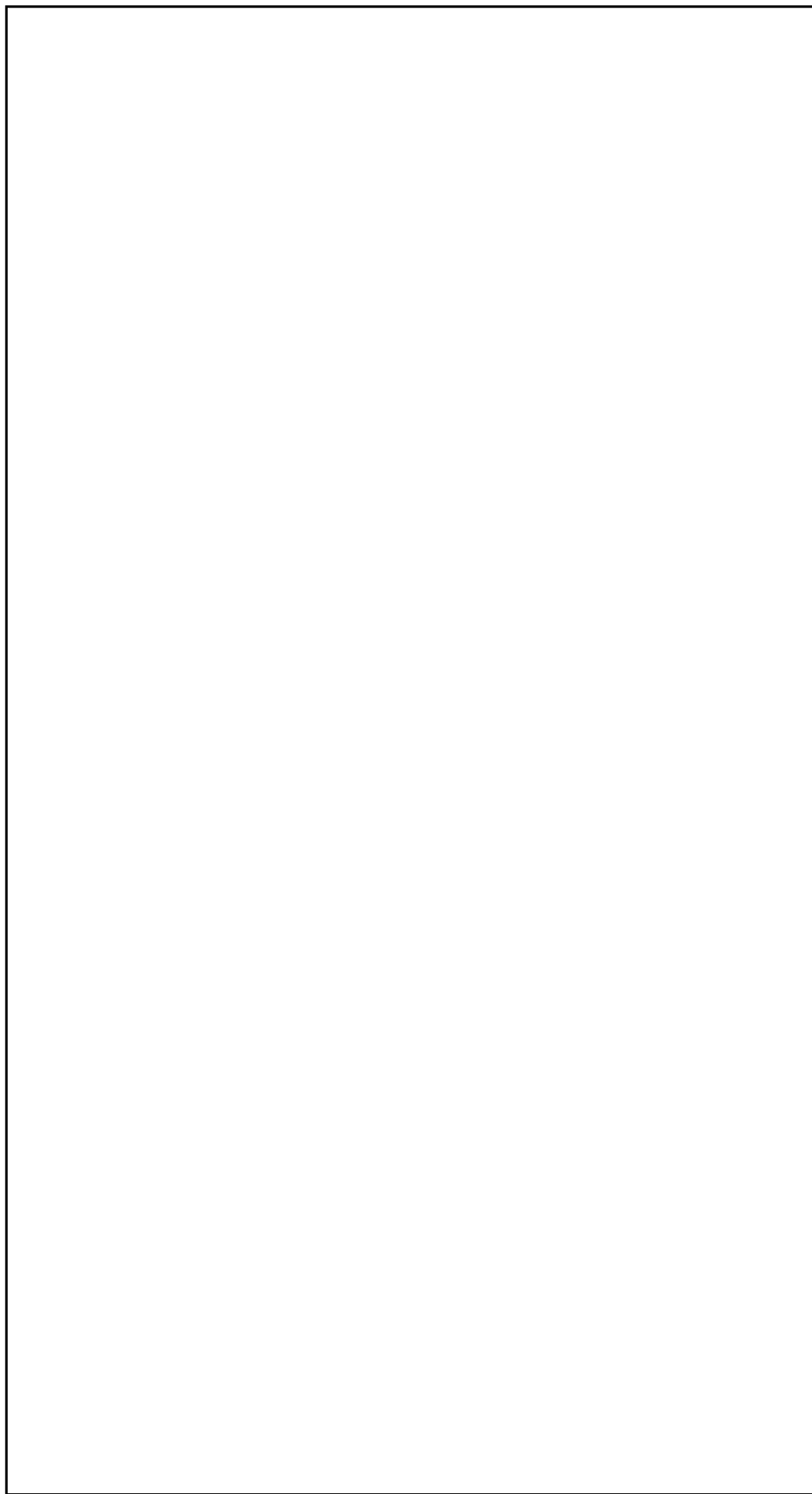
(13) 本表には計算式を設定していますが、結果に誤りがないかご確認ください。

(14) 必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

(参考様式 1)

平面図

|        |
|--------|
| 事業所の名称 |
|--------|



備考 1 各室の用途及び面積を記載してください。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。





(参考様式4)

# 実務経験証明書

様 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

印

電話番号

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          | (生年月日 年 月 日)         |
| 現住所         |                      |
| 施設又は事業所名    | 施設・事業所の種別 ( )        |
| 業務期間        | 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間) |
| うち業務に従事した日数 |                      |
| 業務内容        | 職名 ( )               |

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、サービス種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた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)
- 現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、生活介護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。
- また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式5)

# 実務経験見込証明書

様 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印  
電話番号

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          | (生年月日 年 月 日)         |
| 現住所         |                      |
| 施設又は事業所名    | 施設・事業所の種別 ( )        |
| 業務期間        | 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間) |
| うち業務に従事した日数 |                      |
| 業務内容        | 職名 ( )               |

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、サービス種別も記入すること。  
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な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. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、生活介護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。  
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。  
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(削除\_参考様式6)

(削除\_参考様式7)

(削除\_参考様式 8)

(削除\_参考様式 8 - 2)

(参考様式 9-1) ※確認済証等が交付されている場合に提出  
**建築物関係法令に関する届出書**

年 月 日

山形県知事 殿

届出者 所在地

事業者名

代表者名

以下の建築物について、建築物関係法令に適合していることを届け出ます。

1 建築物の概要

|              |  |
|--------------|--|
| 事業所（住居）名     |  |
| 事業所（住居）の所在地  |  |
| 障害福祉サービス等の種類 |  |

2 建築基準法令への適合状況

|  |   |   |  |             |  |
|--|---|---|--|-------------|--|
| 済証等                                      | <input type="checkbox"/> 確認済証<br><input type="checkbox"/> 検査済証<br><input type="checkbox"/> 確認済証等交付証明書 | 済証等の<br>交付日                                 |  | 済証等の<br>交付者 |  |
| 確認申請書第四面【2.用途】に記載されている用途                 |   |   |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> 【08210】 主要用途【 】 |   | <input type="checkbox"/> 【08030】 主要用途【 】    |  |             |  |
| <input type="checkbox"/> 【08040】 主要用途【 】 |   | <input type="checkbox"/> その他<br>【 】 主要用途【 】 |  |             |  |
| 建築基準法令への適合を示す済証等の写しを添付してください。<br>(備考欄)   |   |   |  |             |  |

3 消防法令への適合状況

|   |   |  |  |   |  |
|---|---|--|--|---|--|
| 届出書<br>等  | <input type="checkbox"/> 消防用設備等設置届出書<br><input type="checkbox"/> 消防用設備検査済証<br><input type="checkbox"/> 防火対象物点検報告書 | 届出書等の<br>交付日   |  | 届出書等の<br>交付者  |  |
| 消防法施行令上の用途  |   | <input type="checkbox"/> 別表第1(5)項ロ<br><input type="checkbox"/> 別表第1(6)項ハ |  | <input type="checkbox"/> 別表第1(6)項ロ<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
| 消防法令への適合を示す届出書等の写し (消防用設備等検査済証など) を添付してください。<br>(備考欄) |   |  |  |   |  |

※ グループホームについては、共同生活住居ごとに届出を行ってください。

(参考様式 9-2) ※確認済証等が交付されていない場合に提出

建築物関係法令に関する届出書

年 月 日

山形県知事 殿

届出者 所在地

事業者名

代表者名

以下の建築物について、建築物関係法令に適合していることを届け出ます。

1 建築物の概要

|  |   |
|--|---|
| 事業所(住居)名                                       |   |
| 事業所(住居)の所在地                                    |   |
| 障害福祉サービス等の種類                                   |   |
| 事業所(住居)の内容<br>※該当に○                            | 新築 ・ 既存物件の用途を変更して使用   |
| ※既存建築物の用途を変更して使用する場合<br>該当に○                   | ※新築の場合は記載不要<br>既存建築物を増築 ・ 既存建築物を改築 ・ 改修(リフォーム)して使用<br>そのまま使用 ・ その他( ) |
| 建築年月日<br>※用途変更をした場合は<br>( )内に用途変更をした年月日<br>を記入 | 年 月 日<br>(用途変更した日: 年 月 日)   |
| 構造<br>※該当に○                                    | 木造 ・ 鉄骨造 ・ 鉄筋コンクリート造<br>その他( )  |
| 階数   | 地上 階 / 地下 階   |
| 建築物全体の床面積                                      | m <sup>2</sup>  |
| 建築基準法令上の<br>事業の用途に供する延べ床面積                     | m <sup>2</sup>  |
| 障害福祉サービス等事業に<br>使用する部分の延べ床面積                   | m <sup>2</sup>  |

注「建築基準法令上の事業の用途に供する面積」は、既存建築物の一区画を利用し事業を行う場合などは、「障害福祉サービス等事業で使用する面積」と異なる場合があります。詳しくは、別シート「○留意点」を参照してください。





(参考様式 1 1)

協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
| 管理者名 |  |

| 措置の概要 |                                 |
|-------|---------------------------------|
| 1     | 協議会等への報告・協議会からの評価等に対応する担当者（連絡先） |
| 2     | 報告する又は評価を受ける協議会等の名称             |
| 3     | 定期報告・評価の時期（年1回以上）               |
| 4     | 協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会の具体的な内容     |
| 5     | その他参考事項                         |

備考 上の事項は例示であるので、これにかか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。

(参考様式 12)

共生型サービス指定に係る確認票

| 事業所名   |  |
|--|--|
| ◎確認事項  |  |
| ①サービス名：共生型サービス _____<br>(既存サービス _____)   |  |
| ②利用定員：共生型サービス _____ 名<br>(既存サービス _____ 名)  |  |
| ③全サービスの一日当たりの利用者合計は _____ 名以内 (上限)<br>※内訳：共生型サービス _____ 名程度 (既存サービス _____ 名程度) の見込     |  |
| ④上記定員に対し既存サービスの基準を満たしているか<br>(該当する方に○をつけてください)   |  |
| ○上記定員に対し従業員数は既存サービスの基準を満たしているか<br>1 基準を満たしている ・ 2 基準を満たしていない                           |  |
| ○床面積は既存サービスの基準を満たしているか (施設面積 _____ m <sup>2</sup> ) (注1)<br>1 基準を満たしている ・ 2 基準を満たしていない |  |
| ⑤技術的支援 (注2)  |  |
| ・ どこから   |  |
| ・ 支援の内容  |  |

(注1) 介護保険サービス基準では、食堂+機能訓練室の面積を利用人数で除して一人当たり3m<sup>2</sup>を満たしている必要があります。

(注2) 指定障害福祉サービス事業所その他の施設から、共生型サービス事業所が障害者の支援を行ううえで、必要な技術的支援を受けている必要があります。

(参考様式 13)

## 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書

山形県知事 殿

住所  
申出者  
法人名及び  
代表者職・氏名

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41条の2第1項ただし書の規定により、次のとおり共生型障害福祉サービス事業者の特例による指定を不要とする旨を申し出ます。

|                            |              |                      |                    |
|----------------------------|--------------|----------------------|--------------------|
| 事業所                        | 名称           |                      |                    |
|                            | 所在地          |                      |                    |
|                            | 連絡先          |                      |                    |
| 管理者                        | 氏名           |                      |                    |
|                            | 住所           |                      |                    |
| 申出に係るサービスの種類<br>(該当するものに○) | 居宅介護<br>短期入所 | 重度訪問介護<br>自立訓練（機能訓練） | 生活介護<br>自立訓練（生活訓練） |

注1 「事業所」欄及び「管理者」欄は、指定申請に係る事業所について記入してください。

注2 共生型の特例の適用を受ける場合は、この申出書の提出は不要です。



共生型の指定申請に必要な書類について

| 申請書<br>添付する書類  | 書 類 名                                 | 共生型<br>居室介護 |   | 共生型<br>重度訪問<br>介護 |   | 共生型<br>生活介護 |   | 共生型<br>短期入所 |   | x 省略可 |   | △ 写しの提出で可 |   | ※ 必要に応じて提出 |   |   |   |  |
|--|---------------------------------------|-------------|---|-------------------|---|-------------|---|-------------|---|-------|---|-----------|---|------------|---|---|---|--|
|  |                                       | △           | ○ | △                 | ○ | △           | ○ | △           | ○ | △     | ○ | △         | ○ | △          | ○ | △ | ○ |  |
|  | 指定障害福祉サービス事業者等指定申請書(様式第1号及び付表)        |             |   | A                 | B | A           | B | A           | B | A     | B | A         | B | A          | B | A | B |  |
| 添付書類   | 申請者の登記事項証明書又は条例等                      | x           | x | x                 | x | △           | △ | x           | △ | x     | △ | x         | △ | x          | △ | x | △ |  |
|  | 事業所の種別                                | —           | — | —                 | — | —           | — | —           | — | —     | — | —         | — | —          | — | — | — |  |
|  | 事業所の平面図(参考様式1及び2)                     | x           | x | x                 | x | △           | △ | x           | △ | x     | △ | x         | △ | x          | △ | x | △ |  |
|  | ・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付              |             |   |                   |   |             |   |             |   |       |   |           |   |            |   |   |   |  |
|  | 利用者の推定数                               | —           | — | —                 | — | —           | — | —           | — | —     | — | —         | — | —          | — | — | — |  |
|  | 事業所の管理者及びサービス提供(管理)責任者の経歴書(参考様式3)     |             |   |                   |   |             |   |             |   |       |   |           |   |            |   |   |   |  |
|  | ※実務経験が必要なサービス提供責任者の場合は実務経験証明書(参考様式4)  |             |   |                   |   |             |   |             |   |       |   |           |   |            |   |   |   |  |
|  | ○サービス管理責任者で、実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要 |             |   |                   |   |             |   |             |   |       |   |           |   |            |   |   |   |  |
|  | ・実務経験証明書(参考様式4)                       | x           | x | x                 | x | △           | △ | x           | △ | x     | △ | x         | △ | x          | △ | x | △ |  |
|  | ・サービス管理責任者研修等の修了者の写し                  |             |   |                   |   |             |   |             |   |       |   |           |   |            |   |   |   |  |
| ・保有資格を証する資格の写し   |                                       |             |   |                   |   |             |   |             |   |       |   |           |   |            |   |   |   |  |
| 運営規程   | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 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(標準様式2)                  | x                                     | x           | x | x                 | △ | △           | x | △           | x | △     | x | △         | x | △          | x | △ |   |  |
| 事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態(標準様式4)                            |                                       |             |   |                   |   |             |   |             |   |       |   |           |   |            |   |   |   |  |
| ・組織体制図、指定居室介護等の提供に当たるとする者の免許・資格・研修修了証の写し(介護福祉士登録証等)を添付 | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| ・事業所の勤務時間等が確認できる書類(就業規則等)                              |                                       |             |   |                   |   |             |   |             |   |       |   |           |   |            |   |   |   |  |
| 協力医療機関の名称及び診療科名並びに協力医療機関との契約内容                         | —                                     | —           | — | —                 | — | —           | — | —           | — | —     | — | —         | — | —          | — | — | — |  |
| 法第36条第3項の規定に該当しない旨の誓約書(標準様式3)                          | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 介護保険法に基づく訪問介護事業の指定書の写し                                 | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 損害賠償発生時の対応方法を明示する書類(国、地方自治体は除く)                        | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 道路運送法上の許可書の写し(通院等の乗降介助を実施する場合)                         | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 事業所の賃貸借契約書の写し(事業所を借りている場合)                             | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 主たる対象者を特定する理由等(標準様式1)                                  | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 指定を不要とする旨の申出書(重度訪問介護事業のみなし指定が不要な場合)                    | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 建築物関係法令に関する届出書(参考様式9)                                  | —                                     | —           | — | —                 | — | —           | — | —           | — | —     | — | —         | — | —          | — | — | — |  |
| 社会保険等への加入状況にかかる確認票(別紙1)                                | ○                                     | ○           | ○ | ○                 | ○ | ○           | ○ | ○           | ○ | ○     | ○ | ○         | ○ | ○          | ○ | ○ | ○ |  |
| 児童福祉法又は介護保険法に基づく指定書の写し                                 | —                                     | —           | — | —                 | — | —           | — | —           | — | —     | — | —         | — | —          | — | — | — |  |
| 共生型サービス指定に係る確認票  | ※                                     | ※           | ※ | ※                 | ※ | ※           | ※ | ※           | ※ | ※     | ※ | ※         | ※ | ※          | ※ | ※ | ※ |  |
| 共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書                                 | ※                                     | ※           | ※ | ※                 | ※ | ※           | ※ | ※           | ※ | ※     | ※ | ※         | ※ | ※          | ※ | ※ | ※ |  |

A: 他法のサービスについて、山形県の指定を受けている場合  
B: 他法のサービスについて、市町村の指定を受けている場合

## 第 4 部

### 参考資料

運営規程、重要事項説明事項及び揭示事項一覧(指定障害者支援施設・指定障害福祉サービス事業所)

★運営規程、重要事項説明事項及び揭示事項については、整合性を図ること。  
 (◎:重要事項説明事項及び揭示事項、○:運営規程記載事項、△:重要事項説明書又は契約書記載事項、◇:揭示事項)

| 項目  | 住宅介護 | 重度訪問介護 | 同行支援 | 行動支援 | 療養介護      | 生活介護      | 短期入所 | 重度障害者等包括支援        | 自立訓練      |           | 就労移行支援    | 就労継続支援    |           | 就労定着支援 | 自立生活援助 | 共同生活援助<br>(ケルプホーム) | 施設入所支援           |
|---|------|--------|------|------|-----------|-----------|------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------|--------|--------------------|------------------|
|   |      |        |      |      |           |           |      |                   | 機能訓練      | 生活訓練      |           | A型        | B型        |        |        |                    |                  |
| 運営規程の概要<br>※「その他運営に関する重要事項」<br>については掲載せず。 | ◎    | ◎      | ◎    | ◎    | ◎<br>(注①) | ◎<br>(注②) | ◎    | ◎                 | ◎<br>(注②) | ◎<br>(注②) | ◎<br>(注②) | ◎<br>(注②) | ◎<br>(注②) | ◎      | ◎      | ◎                  | ◎<br>(注①②)       |
| 事業(施設)の目的及び運営の方針                          | ○    | ○      | ○    | ○    | ○         | ○         | ○    | ○                 | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○                |
| 提供する施設障害福祉サービスの種類                         |      |        |      |      |           |           |      |                   |           |           |           |           |           |        |        |                    | ○                |
| 従業者の種類、員数及び職務の内容                          | ○    | ○      | ○    | ○    | ○         | ○         | ○    | ○                 | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○                |
| 営業日及び営業時間                                 | ○    | ○      | ○    | ○    | ○         | ○         | ○    | ○                 | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○<br>(注③)        |
| 利用定員                                      |      |        |      |      | ○         | ○         | ○    | ○<br>(提供できる利用者の数) | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○<br>(サービスの種類ごと) |
| サービスの内容及び支給決定障害者(等)から受領する費用の種類及びその額       | ○    | ○      | ○    | ○    | ○         | ○         | ○    | ○                 | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○<br>(サービスの種類ごと) |
| 生産活動に係るサービスの内容、賃金、工賃、利用者の労働時間及び作業時間       |      |        |      |      |           |           |      |                   | ○         |           |           |           |           |        |        |                    |                  |
| 通常の事業の実施地域                                | ○    | ○      | ○    | ○    | ○         | ○         | ○    | ○                 | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○<br>(注③)        |
| サービス利用に当たっての留意事項                          |      |        |      |      | ○         | ○         | ○    |                   | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○                |
| 緊急時等における対応方法                              | ○    | ○      | ○    | ○    | ○         | ○         | ○    | ○                 | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○                |
| 非常災害対策                                    |      |        |      |      | ○         | ○         | ○    |                   | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○                |
| 事業の主たる対象とする障害の種類を定めた場合における当該障害の種類         | ○    | ○      | ○    | ○    | ○         | ○         | ○    |                   | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○<br>(サービスの種類ごと) |
| 事業の主たる対象とする利用者                            |      |        |      |      |           |           |      | ○                 |           |           |           |           |           |        |        |                    |                  |
| 虐待の防止のための措置に関する事項                         | ○    | ○      | ○    | ○    | ○         | ○         | ○    | ○                 | ○         | ○         | ○         | ○         | ○         | ○      | ○      | ○                  | ○                |
| 従業者の勤務体制                                  | ◎    | ◎      | ◎    | ◎    | ◎         | ◎         | ◎    | ◎                 | ◎         | ◎         | ◎         | ◎         | ◎         | ◎      | ◎      | ◎                  | ◎                |
| 事故発生時の対応                                  | ◎    | ◎      | ◎    | ◎    | ◎         | ◎         | ◎    | ◎                 | ◎         | ◎         | ◎         | ◎         | ◎         | ◎      | ◎      | ◎                  | ◎                |
| 苦情解決の体制                                   | ◎    | ◎      | ◎    | ◎    | ◎         | ◎         | ◎    | ◎                 | ◎         | ◎         | ◎         | ◎         | ◎         | ◎      | ◎      | ◎                  | ◎                |
| 当該事業の経営者の名称及び主たる事務所の所在地                   | △    | △      | △    | △    | △         | △         | △    | △                 | △         | △         | △         | △         | △         | △      | △      | △                  | △                |
| サービスの提供開始年月日                              | △    | △      | △    | △    | △         | △         | △    | △                 | △         | △         | △         | △         | △         | △      | △      | △                  | △                |
| 提供するサービスの第三者評価の実施状況                       | △    | △      | △    | △    | △         | △         | △    | △                 | △         | △         | △         | △         | △         | △      | △      | △                  | △                |
| 協力医療機関                                    |      |        |      |      |           | ◎         | ◎    |                   | ◎         | ◎         | ◎         | ◎         | ◎         |        |        |                    | ◎<br>(注④)        |

※注①:運営規程のその他運営に関する重要事項として、身体的拘束等を行う際の手續き及び苦情解決の体制を定めておくことが望ましい。(解釈通知)

※注②:標準的なサービス提供時間をあらかじめ定めることが必要。(留意事項通知)

※注③:昼間実施サービスに係るものについて必要。

※注④:協力医療機関も必要(運営基準上、「あらかじめ、協力歯科医療機関を定めておくよう努めなければならない。｣と規定)

## 運営規程の例

指定の申請を行う際には、当該事業所の運営規程を提出することとされていますが、運営規程の円滑な制定を図るため、以下に指定居宅介護事業者の運営規程の例を参考として示します。

ただし、これは、**あくまで参考例ですので、各々の事業所で検討のうえ、自らにあった運営規程を作成**してください。

### 〇〇指定居宅介護事業所運営規程

(事業の目的及び運営の方針)

第1条 〇〇法人◆◆が開設する指定居宅介護事業所(以下「事業所」という。)は、利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護及び調理、洗濯、掃除等の家事並びにこれらに付随する生活等に関する相談及び助言その他生活全般にわたる援助を適切に行うことを目的とする。

2 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(事業所の名称等)

第2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 〇〇介護事業所
- (2) 所在地 〇〇市●●町×丁目×番×号

(職員の職種、員数及び職務内容)

第3条 事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

- (1) 管理者 介護福祉士1名(常勤職員)  
管理者は、事業所の従業者の管理及び業務を一元的に行うとともに、自らも指定居宅介護の提供にあたるものとする。
- (2) サービス提供責任者 介護福祉士〇名(常勤職員)  
サービス提供責任者は、事業所に対する指定居宅介護の利用の申込みに係る調整、介護員等に対する技術指導、居宅介護計画の作成等を行う。
- (3) 介護員 介護福祉士〇名(常勤職員、管理者と兼務)  
居宅介護従業者養成研修1級課程修了者〇名(常勤職員〇名、非常勤職員〇名)  
居宅介護従業者養成研修2級課程修了者〇名(常勤〇名、非常勤〇名、登録型〇名)  
介護員等は、指定居宅介護の提供にあたる。
- (4) 事務職員 〇名(非常勤職員)  
必要な事務を行う。

(営業日及び営業時間)

第4条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

- (1) 営業日 〇曜日から〇曜日までとする。ただし、12月29日から1月3日までを除く。
- (2) 営業時間 午前〇時から午後〇時までとする。
- (3) サービス提供日 〇曜日から〇曜日までとする。
- (4) サービス提供時間 午前〇時から午後〇時までとする。
- (5) 上記の営業日、営業時間のほか、電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

「営業日」「営業時間」は、利用者からの相談や利用受付時間が可能な日及び時間を、「サービス提供日」「サービス提供時間」は、利用者に対するサービス提供が可能な日及び時間を記載してください。

(居宅介護を提供する主たる対象者)

第5条 事業所において、居宅介護を提供する主たる対象者は、次のとおりとする。

- (1) 身体障害児及び身体障害者
- (2) 知的障害児及び知的障害者

(指定居宅介護の内容)

第6条 本事業で行う指定居宅介護の内容は、次のとおりとする。

- (1) 居宅介護計画の作成
- (2) 身体介護に関する内容
  - ① 食事の介護
  - ② 排せつの介護
  - ③ 衣類着脱の介護
  - ④ 入浴の介護及び身体の清拭
  - ⑥ その他
- (3) 家事援助に関する内容
  - ① 調理
  - ② 衣類の洗濯、補修
  - ③ 住居等の掃除、整理整頓
  - ④ 生活必需品の買い物
  - ⑤ その他
- (4) 前各号に掲げる便宜に付帯する支援  
前各号に付帯する介護、家事、相談、助言

(利用者から受領する費用の額等)

第7条 指定居宅介護を提供した際には、利用者又はその扶養義務者（以下「利用者等」という。）から山形県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施行規則（平成25年3月19日県規則第23号。以下「規則」という。）第2条第2号に規定する利用者負担額の支払いを受けるものとする。

2 規則第2条第3号に規定する法定代理受領を行わない指定居宅介護を提供した際には、前項に掲げる利用者負担額のほか、利用者等から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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第29条第3項の規定により算定された介護給付費の支払いを受けるものとする。

3 次条の通常の事業の実施地域を越えて行う指定居宅介護に要する交通費は、その実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

- (1) 通常の事業の実施地域を越えた時点から、片道〇〇キロメートル未満 ◆◆◆円
- (2) 通常の事業の実施地域を越えた時点から、片道〇〇キロメートル以上 ＊＊＊円

4 前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者等に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名（記名押印）を受けることとする。

5 第1項から第3項までの費用の支払いを受けた場合は、当該費用にかかる領収書を利用者等に対して交付しなければならない。

この条では、介護給付費、利用者負担額、その他の利用者から徴収する費用を記入します。  
対象に障害児を含まない場合は、「扶養義務者」を削除の上「利用者等」を「利用者」にしてください。

(通常の事業の実施地域)

第8条 通常の事業の実施地域は、〇〇市、◆◆町、△△村の区域とする。

(緊急時等における対応方法)

第9条 介護員等は、居宅介護を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。

なお、主治医への連絡等が困難な場合には、医療機関への緊急搬送等の必要な措置を講ずるものとする。

(苦情解決)

- 第10条 提供した指定居宅介護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、苦情を受け付けるための窓口を設置するものとする。
- 2 事業所は、提供した指定居宅介護に関し、法第48条第1項の規定により市町村が行う文書その他の物件の提出若しくは提示の求め又は当該市町村の職員からの質問等に応じ、利用者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ものとする。
- 3 本事業所は、社会福祉法（昭和26年法律第45号）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ものとする。

(虐待の防止のための措置に関する事項)

- 第11条 事業所は、利用者に対する職員の虐待を未然に防止するため、研修等を通して、職員の人権意識を高めるとともに、次の措置を講じなければならない。
- (1) 虐待防止に関する責任者の選定
  - (2) 成年後見制度の利用支援
  - (3) 苦情解決体制の整備
  - (4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
  - (5) 虐待防止のための対策を検討する虐待防止委員会の設置及び委員会での検討結果についての従業者への周知徹底

日頃から、障害者への虐待とはどういった行為を指すのか、きちんとした倫理観、価値観を持つよう、職員の資質向上に努める必要があります。この条文では、どのようにして職員個人の資質向上を図るのかとともに、下線部分については、虐待を未然に防ぐ為に職場のシステムとして何ができるのかをよく考えて記入してください。(例としては、虐待の恐れがある行為を行った職員に対し、周囲が気づいたときは、サービス提供責任者に知らせる、利用者が苦情受付にすぐ連絡できるよう事前に連絡先を知らせる等)

(その他運営に関する重要事項)

- 第12条 事業所は、介護員等の資質の向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとする。
- (1) 採用時研修 採用後○か月以内
  - (2) 継続研修 年△回
- 2 従業者は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 この規程に定める事項の外、運営に関する重要事項は○○法人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、 年 月 日から施行する。