

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 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 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 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、更新の場合にあっては、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16 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の指定等に係る記載事項

サービス種別(申請する種別に○)		児童発達支援		放課後等デイサービス				
児童発達支援センターに該当するか (該当する場合は、○)								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)						
	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						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 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)								
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	:		~		:		
送迎の有無	有	無						
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			主な診療科名				
○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 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)						
	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						

児童発達支援 管理責任者	フリガナ 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)								
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	: ~ :						
送迎の有無	有		無					
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				主な診療科名			

- (備考)
- 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。
 - 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。
 - 「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

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 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		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

付表17 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -)						
	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						
児童発達 支援 責任者	フリガナ 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								
専用の区画の有無	有		無					
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				主な診療科名			

(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. 「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

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		

付表18 保育所等訪問支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
	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						
児童発達 支援 管理責任者	フリガナ 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								
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)

- 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。
- 「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。

■児童発達支援管理責任者

	フリガナ	
--	------	--

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		

付表 19 障害児入所支援（福祉型障害児入所施設）の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
併設する施設の名 称及び概要	名称							
	概要							
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								
居室	1 室の最大定員 (人)							
	入所者 1 人あたりの最小床面積 (㎡)							
設置部分 (設置さ れているものに ○)	居室		調理室		浴室		便所	
	医務室		静養室		職業指導に必 要な設備		遊戯室	
	支援室		音楽に関す る設備		身体の機能の 不自由を助け る設備		映像に関す る設備	
	屋外遊戯 場							
入所定員 (人)								
利用者の推定数 (人)								
利用料								
その他の費用								
協力医療機関	名称				主な診療科名			
協力歯科医療機関	名称							

(備考)

- 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。
- 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。
- 「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

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 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		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
協力歯科医療機関	名称			
	名称			
	名称			

付表２０ 障害児入所支援（医療型障害児入所施設）の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
併設する施設の名 称及び概要	名称							
	概要							
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								
居室	1室の最大定員(人)							
	入所者1人あたりの最小床面積(㎡)							
設置部分(設置さ れているものに ○)	支援室		浴室		静養室		屋外遊戯場	
	ギブス室		特殊工芸の作 業を支援する に必要な設備		義肢装具を製 作する設備		身体の機能の 不自由を助け る設備	
	* 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること							
入所定員(人)								
利用者の推定数 (人)								
利用料								
その他の費用								
協力歯科医療機関	名称							

(備考)

- 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。
- 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。
- 「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

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -)		

■協力歯科医療機関

協力歯科医療機関	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	

(様式第2号の15)

指定障がい児通所支援事業再開（廃止・休止）届

年 月 日

山形県知事 殿

所在地
事業者 名称
代表者氏名

下記のとおり指定障害児通所支援事業を再開した(廃止・休止する)ので、児童福祉法第21条の5の20第3項(第4項)の規定により届け出ます。

再開した(廃止・休止する)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		
現に指定障害児通所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者の勤務の体制及び勤務形態が
休止前と異なる場合には、勤務の体制及び形態がわかる書類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、再開した日から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箇月前までに、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
現に指定障害児通所支援を受けている者及びその保護者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害児通所支援に相当する支援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児通所支援に相当する支援の提供を希望する者に対し、必要な障害児通所支援を継続的に提供する他の指定障害児通所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4号の7)

指定障がい児入所施設辞退申出書

年 月 日

山形県知事 殿

所在地
申出者 名 称
代表者氏名

下記のとおり指定障害児入所施設の指定を辞退したいので、児童福祉法第24条の14の規定により申し出ます。

記

指定を辞退する施設	名 称	
	所 在 地	
指定年月日	年 月 日	
指定を辞退しようとする年月日	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) 指定を辞退しようとする日の3箇月前までに、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
現に障害児入所支援を受けている者及びその保護者の氏名、連絡先、受給者証番号及び
引き続き当該障害児入所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
引き続き当該障害児通入所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
障害児入所支援を継続的に提供する他の指定障害児入所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

様式第6号の3の3

年 月 日

山形県知事 殿

事業経営者 氏 名
(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

障がい児通所支援事業（障がい児相談支援事業）開始届出書

下記のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を開始するので、児童福祉法第34条の3第2項の規定により届け出ます。

記

- 1 事業の種類及び内容
- 2 経営者の氏名及び住所（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）
- 3 職員の定数及び職務の内容
- 4 主な職員の氏名及び経歴
- 5 当該事業の用に供する施設の名称、種類、所在地及び連絡先
- 6 事業開始の予定年月日
- 7 添付書類
 - (1) 条例、定款その他の基本約款
 - (2) 運営規程
 - (3) 収支予算書
 - (4) 事業計画書
 - (5) その他参考資料

様式第6号の3の4

年 月 日 山形県知事 殿 事業経営者 氏 名 (法人の場合は、名称及び代表者の氏名) 障がい児通所支援事業（障がい児相談支援事業）変更届出書 下記のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）の内容を変更したので、 児童福祉法第34条の3第3項の規定により届け出ます。 記	
変 更 が 生 じ た 事 業 の 種 類	
変 更 の 日	年 月 日
変 更 の 内 容	
変 更 の 理 由	
その他参考事項	

様式第6号の3の5

年 月 日

山形県知事 殿

事業経営者 氏 名
(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

障がい児通所支援事業（障がい児相談支援事業）廃止（休止）届出書

下記のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を廃止（休止）するので、児童福祉法第34条の3第4項の規定により届け出ます。

記

廃止（休止）しようとする事業の種類	
廃止（休止）しようとする年月日	
廃止（休止）の理由	
現に便宜を受け、又は通所している者に対する措置	
休止の場合、休止の予定期間	
添付書類	法人においては、廃止又は休止の決議書の写し及び定款その他の規約

(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。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種別

(1)記載する期間

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数

時間/週

時間/月

[illegible]

(参考様式)

・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員が勤務すべき時間数を入力してください。

(4) 従業員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) 従業員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員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時間勤務する従業員は常勤扱いとなります。)

(6) 従業員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) 従業員の氏名を記入してください。

(8) 申請する事業に係る従業員（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) 従業員ごとに、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員が勤務すべき勤務時間数を上限とします。

(11) 従業員ごとに、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。

設備・備品等一覧表

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要		
非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

備考 1 申請する支援の種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。
2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。
3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(参考様式3)

○○○経歴書

事業所の名称					
フリガナ				生年月日	年 月 日
氏名					
住所		(郵便番号)			
電話番号					
主な職歴等					
年 月 ～ 年 月		勤務先等		職務内容	
職務に関連する資格					
資格の種類			資格取得年月日		
備考（研修等の受講の状況等）					

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

2 「〇〇〇」は、「管理者」又は「児童発達支援管理責任者」と記載してください。

3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

(参考様式 4 削除)

(参考様式 5_削除)

(参考様式6)

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、障害児入所施設等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が栄養管理に関する業務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. 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 7 削除)

(参考様式 8－1) ※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	☐ 確認済証 ☐ 検査済証 ☐ 確認済証等交付証明書	済証等の 交付日		済証等の 交付者	
確認申請書第四面【2. 用途】に記載されている用途					
☐ 【 08210 】 主要用途【 】		☐ 【 08030 】 主要用途【 】			
☐ 【 08040 】 主要用途【 】		☐ その他 【 】 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。					
(備考欄)					

3 消防法令への適合状況

届出書 等	☐ 消防用設備等設置届出書 ☐ 消防用設備検査済証 ☐ 防火対象物点検報告書	届出書等の 交付日		届出書等の 交付者	
消防法施行令上の用途	☐ 別表第 1（5）項ロ		☐ 別表第 1（6）項ロ		
	☐ 別表第 1（6）項ハ		☐ 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。					
(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 8－2）※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 ※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 該当に○	※新築の場合は記載不要 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 そのまま使用 ・ その他（ ）
建築年月日 ※用途変更をした場合は （ ）内に用途変更をした年月日 を記入	年 月 日 （用途変更した日： 年 月 日）
構造 ※該当に○	木造 ・ 鉄骨造 ・ 鉄筋コンクリート造 その他（ ）
階数	地上 階 ／ 地下 階
建築物全体の床面積	m ²
建築基準法令上の 事業の用途に供する延べ床面積	m ²
障害福祉サービス等事業に 使用する部分の延べ床面積	m ²

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。

2 建築基準法令への適合状況

建築基準法令への適合性の調査結果について

(建築士記載欄) 該当するものに○をつけてください

障害福祉サービス事業所として使用する場合に、建築基準法上該当する用途

児童福祉施設等・共同住宅・寄宿舍・その他（ ）

上記記載の用途で使用する場合に、当該建物が建築基準に適合しているか、以下に記載してください。
※建築士が記載すること

採光

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

換気

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

排煙設備

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

廊下の幅

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

階段

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

階段の手すり

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

2以上の直通階段

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

非常用照明

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

耐火建築物等

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

防火区画

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

防火上必要な間仕切壁

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

内装制限

適合

・

不適合

・

非該当

(特記事項：)

その他建築基準関係規定

適合

・

不適合

(特記事項：)

上記の通り適合性に支障ないことを確認しました。

年

月

日

一級・二級・木造建築士

登録番号（ ）

氏名

印

注 1 上記の基準について適合と示した書面の添付でも可とします。
注 2 上記の内容は一例です。その他の適合させるべき建築基準関係規定についても遵守してください。

3 消防法令への適合状況

届出書等	☐ 消防用設備等設置届出書 ☐ 消防用設備検査済証 ☐ 防火対象物点検報告書	届出書等の 交付日		届出書等の 交付者	
消防法施行令上の用途	☐ 別表第 1（5）項ロ		☐ 別表第 1（6）項ロ		
	☐ 別表第 1（6）項ハ		☐ 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。					
(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。

○【改正】参考様式 8 を提出するにあたっての留意点

障害福祉サービス等を行う場合、建築確認申請の手続きは不要でも、基準への適合は必要となります。

◆障害福祉サービス等の事業の用途に使用する建築物（またはその区画）において

1 確認済証等が交付されている場合（参考様式 8－1 を届出）

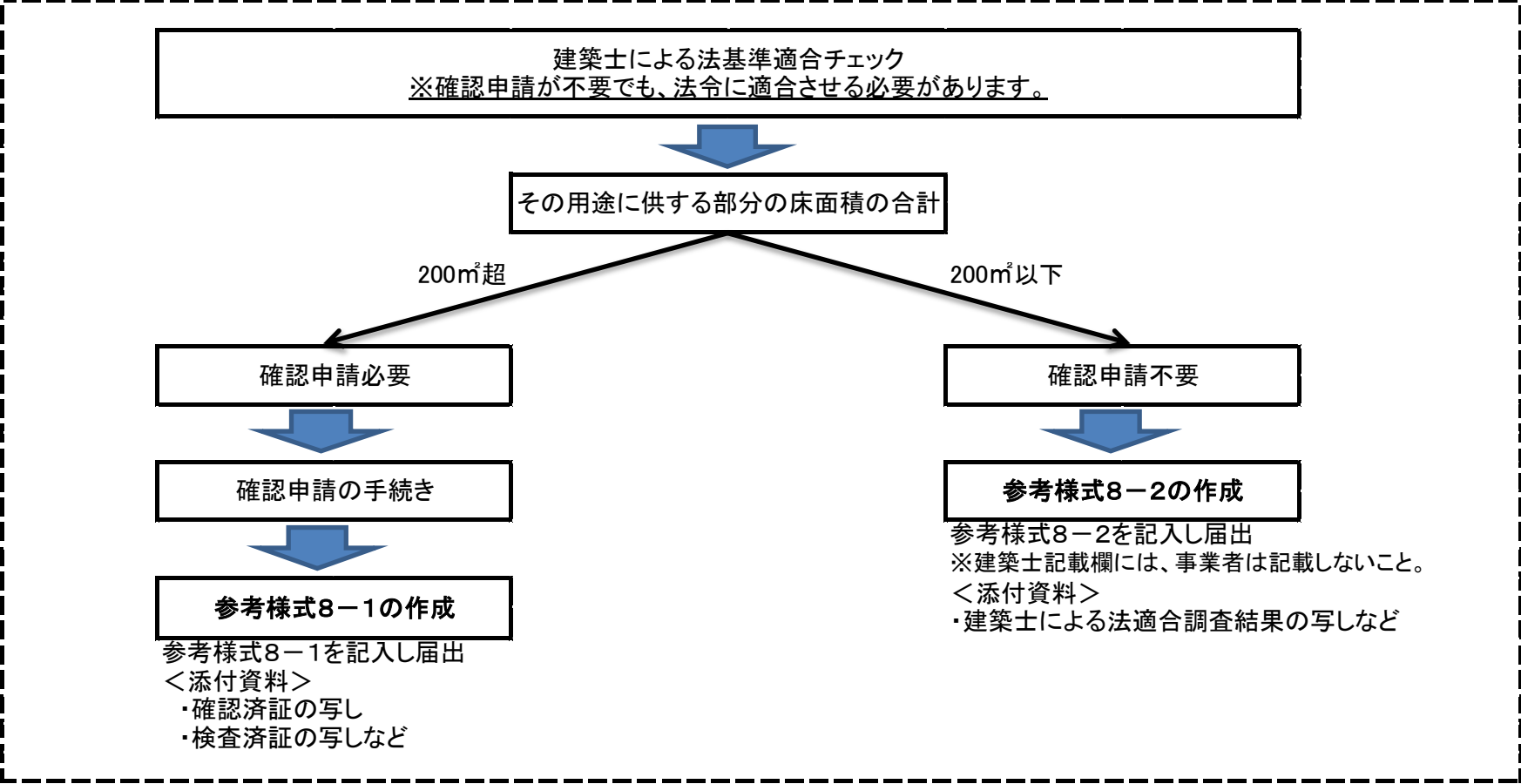
→確認済証、検査済証又は確認済証等交付証明書などの、建築基準法令への適合を示す書類を添付してください。

2 確認済証等が交付されていない場合（参考様式 8－2 を届出）

→建築士などの専門家から下記の欄に建築基準法令へ適合していることを確認した旨の記載をもらうようにしてください。（建築士の捺印のある調査結果書等の添付でも可）

◆確認済証等交付証明書は建築課で申請することができますが、事前にHPなどで必要な手続きについて確認してから、発行申請を行うようにしてください。

◆障害福祉サービス事業所として、用途変更する場合

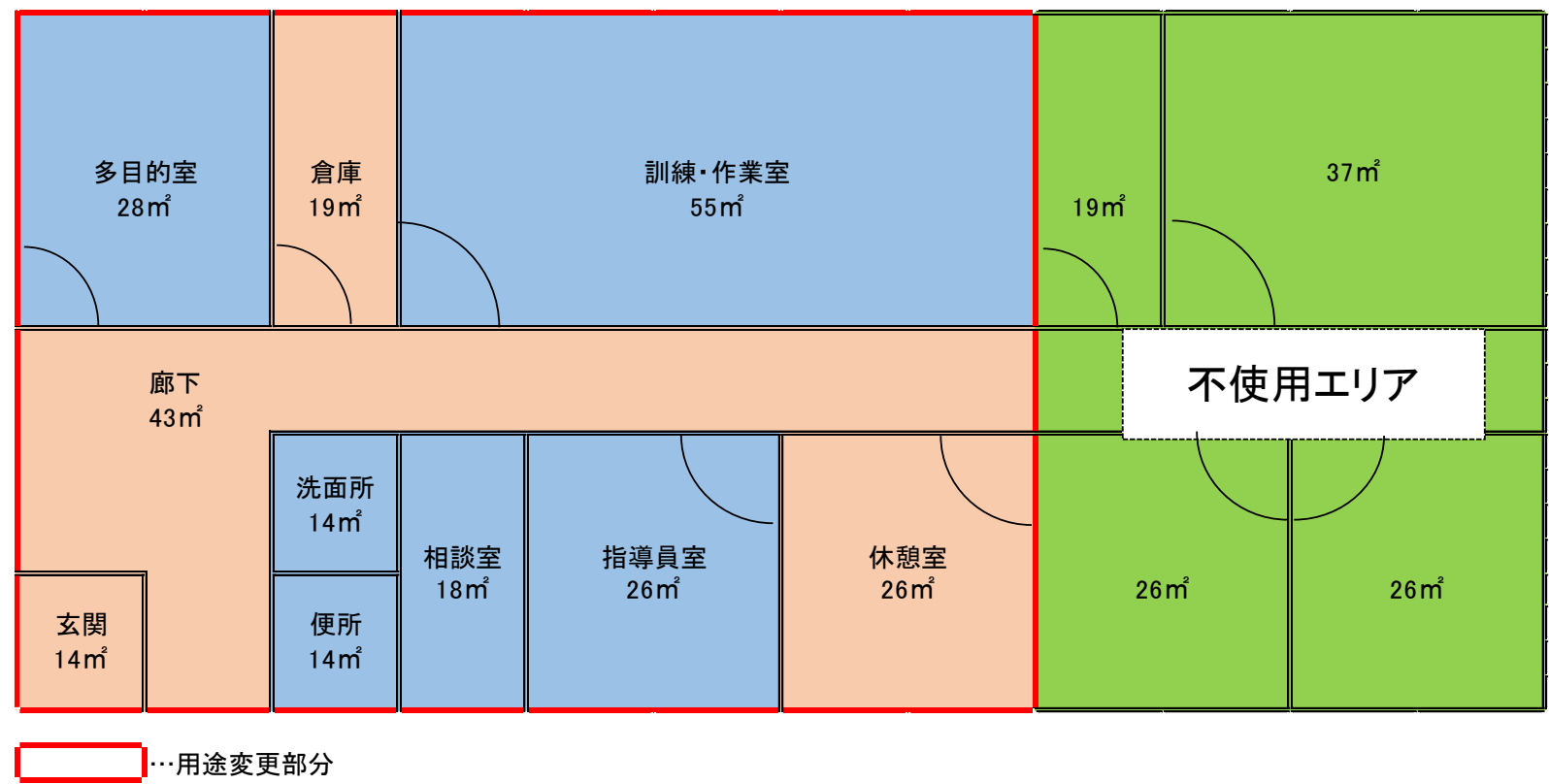


○建築基準法上の用途に供する面積の考え方

建築基準法上の用途に供する面積は、必ずしも、障害福祉サービス事業で使用する部分の延べ床面積と一致しないため注意が必要です。サービス利用者が行き来する部分は、建築基準法上の用途に供する部分として、面積を算出する場合があります。また、用途や事業の実施形態によって、建築基準法上の用途に供する面積の考え方は変わってきます。

◎実際に建築基準法上用途に供する面積を算出する際は、建築士や建築主事に必ず相談してください。

例：既存建築物（用途：事務所）の一区画を、就労継続支援A型事業所（用途：児童福祉施設等）へ転用する場合



- ① 障害福祉サービス等事業に使用する部分の延べ床面積＝

計155㎡
- ② 建築基準法の事業の用途に供する面積＝

計155㎡

+

計102㎡ (=257㎡ > 200㎡)
- ③ 建物全体の面積＝

計155㎡

+

計102㎡

+

計108㎡ (=365㎡)
- ②が200㎡を超えるため
建築確認申請が必要

(参考様式 9)

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 _____ (既存サービス _____)	
②利用定員：共生型サービス _____ 名 (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) ※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 (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 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 ²) (注 1) 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 3 m² 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 10)

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
法人名及び
代表者職・氏名

児童福祉法第21条の5の17第1項ただし書の規定により、次のとおり共生型障害児通所支援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 (該当するものに○)	児童発達支援 放課後等デイサービス	

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。

利用者の移行先リスト

提出事業所名

事業所番号

[illegible]

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

I. 現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況									
1	加入している。 一下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可) ●保険料の領収証書 ●社会保険料納入証明書 ●社会保険料納入確認書 ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 ●健康保険・厚生年金保険適用通知書 ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。 (本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。) <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
2	現在、加入手続中である。								
3	今後、加入手続を行う。 (申請から3ヶ月以内に適用要件(法人事業所または従業員5人以上の個人事業所)に該当する予定の場合を含む。) () 年 () 月頃に手続予定。(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)								
4	適用要件に該当しない。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって従業員が4名以下の場合。申請から3ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。)								
5	適用要件に該当するか不明である。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって、正社員と、正社員以外で1週間の所定労働時間及び1ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の4分の3以上である者との合計が5人以上か不明な場合。)								

Ⅱ. 現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況																	
1	加入している。 下記いずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可) ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●納付書・領収証等 ●保険関係成立届 ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。 (本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。) <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>—</td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													—			
												—					
2	現在、加入手続中である。																
3	今後、加入手続を行う。(申請から3ヶ月以内に従業員(パート・アルバイトを含む)を雇う予定がある場合を含む。) () 年 () 月頃に手続予定。(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)																
4	適用要件に該当しない。(事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員(パート・アルバイトを含む)がい ない、申請から3ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。)																

回答年月日 年 月 日

事業所名称

事業所所在地

会社等法人番号

電話番号

※ 事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。

共生型の指定申請に必要な書類について

○ 提出必要 × 省略可 △ 写しの提出で可 ※ 必要に応じて提出															
	書 類 名	共生型 居宅介護	共生型 重度訪問 介護	共生型 生活介護		共生型 短期入所		共生型 自立訓練 （機能訓練）		共生型 自立訓練 （生活訓練）		共生型 児童発達支援		共生型放課後等 デイサービス	
				A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
申請書	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）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
添付する書類															
添付書類	申請者の登記事項証明書又は条例等	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	事業所の種別	—	—	—	—	○	○	—	—	—	—		—		—
	事業所の平面図（参考様式1及び2） ・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6） ○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6） ・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）	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	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 ・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8）	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	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