

受付番号

指定障害福祉サービス事業所
 指定障害者支援施設 指定申請書
 指定相談支援事業所

年 月 日

長崎県知事 様

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

印

障害者総合支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定相談支援事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町番号

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 —)		県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号			
	法人の種類別				法人所管庁		
	代表者の職・氏名	職名		フリガナ			
				氏名			
	代表者の住所	(郵便番号 —)		県 郡・市			
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ						
	名称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 —)		県 郡・市			
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	障害者総合支援法において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	サービス事業所						
	指定障害福祉						
	指定障害者支援施設						
	指定相談支援事業所						

(備考)

- 1 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人の種類別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所管庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。

受付番号

特定障害福祉サービス事業所 指定変更申請書
 指定障害者支援施設

年 月 日

長崎県知事 様

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者氏名

印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する特定障害福祉サービス事業所(指定生活介護事業所・就労継続支援A型・B型事業所)・指定障害者支援施設に係る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。

		事業所(施設)所在地市町村番号					
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 ー) 県 郡・市					
	法人である場合その種別			法人所轄庁			
	連絡先 電話番号			FAX番号			
	代表者の職・氏名	職名			フリガナ 氏名		
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡・市					
指定変更を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ 名称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市					
	指定変更を受けようとする事業所番号		指定変更を受けようとするサービス種類		変更予定年月日		
	変更の内容	変更前			変更後		
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	サ 特 定 障 害 福 祉 事 業 社 所						
	施 指 定 障 害 者 支 援						
	〇〇事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合					

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「特定非営利活動法人」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「〇」を記載してください。
- 「〇〇事業所番号」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。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

指定障害福祉サービス事業者
指定障害者支援施設 指定内容変更届出書
指定一般相談支援事業者
指定特定相談支援事業者

年 月 日

届出者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名
 (担当者・連絡先)

印

次のとおり指定を受けた内容に変更があったので、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3項 第51条の25第1項 第51条の25第3項の規定により届け出ます。

	事業所番号
指定内容を変更した事業所(施設)	名 称 所 在 地 サービスの種類
変更があった事項	変 更 の 内 容
1 事業所(施設)の名称	(変更前)
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)	
3 申請者(設置者)の名称	
4 主たる事務所の所在地	
5 代表者の氏名, 生年月日, 住所又は職名	
6 ※定款等若しくはその登記事項証明書又は条例等 (当該指定に係る事業に関するものに限る。) 「※定款等」は就労継続支援A型事業所のみ	
7 提供する障害福祉サービスの種類	
8 第三者に委託することにより提供する障害福祉 サービスの種類又は第三者の事業所の名称若しく は所在地	
9 事業所(施設)の平面図又は設備の概要	
10 事業所(施設)の管理者の氏名, 生年月日, 住所 又は経歴	
11 事業所のサービス提供責任者の氏名, 生年月日, 住所又は経歴	
12 事業所(施設)のサービス管理責任者の氏名, 生 年月日, 住所又は経歴	(変更後)
13 事業所の相談支援専門員の氏名, 生年月日, 住 所又は経歴	
14 主たる対象者	
15 運営規程	
16 事業所の種別(併設型・空床型の別)	
17 併設型における利用者の推定数又は空床型にお ける当該施設の入所定員	
18 協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該 協力医療機関との契約の内容	
19 他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又 は支援体制の概要	
20 連携する公共職業安定所等の名称	
変 更 年 月 日	年 月 日

- 注 1 該当する事項の番号を「○」で囲むこと。
 2 変更の内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付すること。
 なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付すること。
 3 変更の日から10日以内に届け出ること。

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください。
 ※2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

		受付番号								
施設	フリガナ 名称									
	所在地	(郵便番号 -) 郡・市								
	連絡先	電話番号	FAX番号							
管理者	フリガナ									
	氏名	住所	(郵便番号 -) 郡・市							
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	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						
	共生型サービスの指定		介護保険・障害児通所支援事業所番号							
サービス管理責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)							
	氏名									
従業者の職種・員数	医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士	
	専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
	従業者数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	常勤換算後の人数(人)									
	基準上の必要人数(人)									
			機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者	
			専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務	
	従業者数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
前年度の平均実利用者数(人)	施設が申告する障害程度区分の平均値									
	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									
サービス単位3										
主な揭示事項										
営業日		単位ごとの営業日								
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)								
主たる対象者	特定無し	細分無し		身体障害者		視覚障害		聴覚・言語		内部障害
	知的障害者	精神障害者	難病等対象者							
利用定員	人(単位ごとの定員)(① ②)									
基準上の必要定員										
多機能型実施の有無	有 ・ 無									
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない							
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者			
	その他									
協力医療機関	名称			主な診療科名						
一体的に管理運営する他の事業所										
添付書類	別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所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記載してください。
- 共生型生活介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
 - 登記事項証明書又は条例等
 - 事業所の平面図及び概要
 - 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
 - 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

付表3-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号	
------	--

施設	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号					FAX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
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名					住所	(郵便番号 -)				
従業者の職種・員数		医師		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数		機能訓練指導員		生活支援員		精神保健福祉士		その他の従業者			
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日		単位ごとの営業日									
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)									
主たる対象者		特定無し		身体障害者							
		細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害					
知的障害者		精神障害者									
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)									
基準上の必要定員											
多機能型実施の有無		有 ・ 無									
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名称		主な診療科名							
添付書類		別添のとおりに(登記簿謄本文は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制、形態一覧表、設備・備品一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外の兼務を行う職員について記載してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所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記載してください。

付表9 自立訓練(機能訓練)事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※2 従たる事業所のある場合は、付表9-2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 -)									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)										
	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										
共生型サービスの指定			介護保険事業所番号								
訪問事業の実施の有無			有・無								
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名					住所	(郵便番号 -)				
従業者の職種・員数	サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		
	専従		専従		専従		専従		専従		
	兼務		兼務		兼務		兼務		兼務		
	従業者数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	常勤換算後の人数(人)										
	基準上の必要人数(人)										
			生活支援員		訪問支援員		その他の従業者				
			専従		専従		専従				
			兼務		兼務		兼務				
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者	特定無し		細分無し		身体障害者						
					肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害
					知的障害者		精神障害者		難病等対象者		
利用定員											
基準上の必要定員											
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況				している・していない						
	苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)		担当者				
	その他										
協力医療機関			名称		主な診療科名						
多機能型実施の有無											
一体的に管理運営する その他の事業所											
添付書類											
別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)											

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所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記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表9-2 一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

※多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市									
	連絡先	電話番号					FAX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				
訪問事業の実施の有無		有・無									
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)				
	氏名										
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		看護職員		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		歩行訓練士		生活支援員		訪問支援員		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
前年度の平均利用者数(人)											
主な揭示事項											
営業日											
営業時間											
主たる対象者		特定無し		身体障害者							
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害				
		知的障害者	精神障害者								
利用定員		人									
基準上の必要定員		人									
利用料											
その他の費用											
通常の事業の実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、主たるサービス対象者を特定する理由等)									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所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記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表10 自立訓練(生活訓練)事業所の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表10-2を併せて提出してください。

受付番号

施設	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -) 郡・市											
連絡先	電話番号					FAX番号							
	メールアドレス	@											
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -) 郡・市						
	氏名					住所							
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)												
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)												
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													
共生型サービスの指定													
介護保険事業所番号													
訪問事業の実施の有無 有・無 宿泊型事業の実施の有無 有・無													
サービス管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)						
	氏名					住所							
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		生活支援員		看護職員		訪問支援員		その他の従業者			
		専従		兼務		専従		兼務		専従			
		専従		兼務		専従		兼務		専従			
		専従		兼務		専従		兼務		専従			
		専従		兼務		専従		兼務		専従			
従業員数		常勤(人)		非常勤(人)		常勤換算後の人数(人)		基準上の必要人数(人)					
前年度の平均利用者数(人)													
居室(宿泊型実施の場合)		1室の最大定員								人	人以下		
		入所者1人あたりの最小床面積								㎡	㎡		
主な掲示事項													
営業日													
営業時間													
主たる対象者		特定無し		身体障害者									
		細分無し		肢体不自由		視覚障害		聴覚・言語		内部障害			
		知的障害者		精神障害者		難病等対象者							
利用定員		人											
基準上の必要定員		人											
利用料													
その他の費用													
通常の事業の実施地域													
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				している・していない							
		苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)				担当者			
		その他											
協力医療機関		名称				主な診療科名							
多機能型実施の有無													
一体的に管理運営するその他の事業所													
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)											

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
4. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
5. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
6. 「その他の費用」欄には、入所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記載してください。
7. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による
事業を実施する場合の記載事項(総括表) その1



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

主たる事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		都・道・府・県 区・郡・市					
	連絡先	電話番号				FAX番号			
(注) 従たる事業所については、下欄に記載すること。									
従たる事業所Ⅰ	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		都・道・府・県 区・郡・市					
	連絡先	電話番号				FAX番号			
従たる事業所Ⅱ	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		都・道・府・県 区・郡・市					
	連絡先	電話番号				FAX番号			
従たる事業所Ⅲ	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		都・道・府・県 区・郡・市					
	連絡先	電話番号				FAX番号			
従たる事業所Ⅳ	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -)		都・道・府・県 区・郡・市					
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名				都・道・府・県 区・郡・市				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称						
			兼務する職種及び勤務時間等						
主たる対象とする障害の種類	無し		身体障害者				知的障害者	精神障害者	
			細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害		
生活介護を行う場合のみ			事業所が申告する障害程度区分の平均値						
			4未満		4以上5未満		5以上		
前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1								
	サービス単位2								
	サービス単位3								
実施事業	生活介護		自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	
	サービス単位								
	有 無								
主たる事業所									
従たる事業所									
定員緩和措置の有無			有・無						
定員(人)	合計	生活介護※	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援 (通常)	就労移行支援 (あはき)	就労継続支援 (A型)	就労継続支援 (B型)	
合計									
主たる事業所									
従たる事業所									



受付番号

従業者の職種・員数															
		サービス 管理責任者		医師				看護職員							
								合計		保健師		看護師		准看護師	
								専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
		理学療法士等						生活支援員							
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		通所		訪問	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
		職業指導員				就労支援員		その他の従業者							
		合計		右記以外		兼教官									
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														

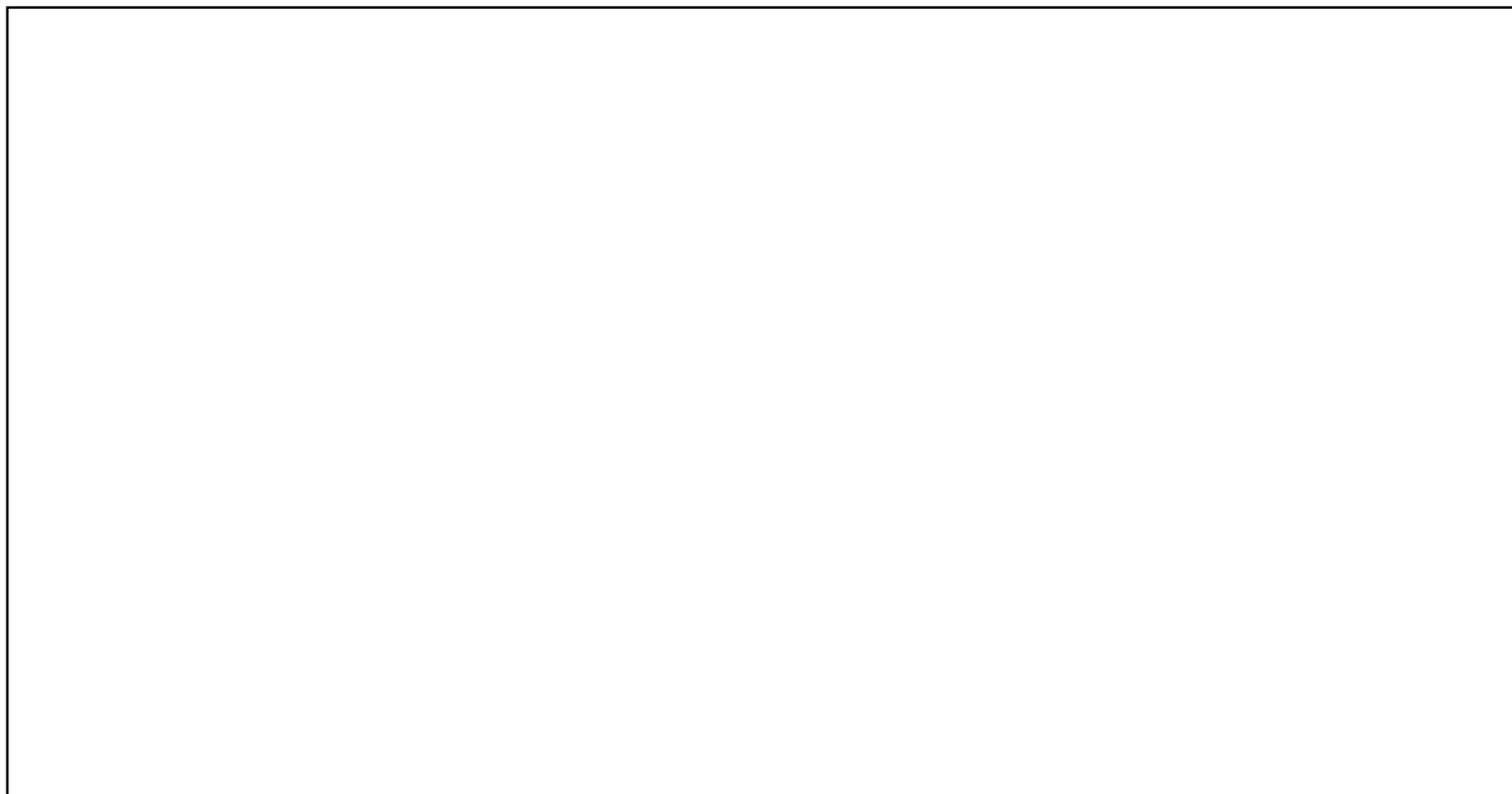
(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
3. 「定員緩和措置の有無」欄は、指定基準省令第〇条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
4. 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別業にサービス単位ごとの定員を記載してください。
5. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。
6. 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。

(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2)

設備・備品等一覧表

サービスの種類	
事業所名	

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. 申請するサービスの種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目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、あわせてその旨を記載してください。
3. 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

サービス管理責任者の兼務に関する調書

長崎県障害福祉課長 様

年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称
代表者氏名
電話番号

印

下記の者の兼務状況は、以下のとおりであることを証明します。

1) 今回届出を行うサービス管理責任者の氏名、住所及び事業所並びにサービスの種類

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
事業所名	
サービスの種類	

2) 1) の者の兼務の状況

事業所名	区分	サービスの種類	職種名
(記載例①) 単独事業所の 場合 ○○○事業所		就労継続支援B型	サービス管理責任者
(記載例②) 多機能型の場 合 ◆◆◆事業所	多機能型	就労継続支援B型 生活介護	職業指導員

【記載要領】

- ・兼務していない場合は「該当無し」と記載してください。

(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)
	※上記の期間中、実際に業務に従事した日数 (日間)
業 務 内 容	職名 ()

- (注)
1. 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の施設種別も記入すること。
 2. 業務期間欄は、証明を受ける者が当該申請に関して実務経験として認められる業務に従事した期間を記入してください(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、看護師、生活指導員等の職名を記入し、証明を受ける者の本来業務について、「児童デイサービス事業における〇〇業務」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務」等具体的に記入すること。
 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6)

利用者また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	
申請するサービス種類	

措置の概要	
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（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	

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 7)

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	
申請するサービスの種類	

1. 申請に係る指定障害福祉サービス等の主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおりとする理由

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 ※該当するものを○で囲むこと。

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

障害者総合支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

長崎県知事 殿

申請者 所在地
名 称
代表者 住 所
氏 名

印

当法人（役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者総合支援法第36条第3項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第3項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 2 当該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、第43条第1項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第43条第2項の都道府県の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害福祉サービス事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの(※)の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
(※)児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法、障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律
これらのほか、療養介護を提供するものにあつては、次の法律も含む。
医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、医療法、薬事法、薬剤師法
- 5の2 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 6 申請者が、第50条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)、第51条の29第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があつた日前60日以内に当該法人の役員又はそのサービス事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であつた者で当該取消の日から起算して5年を経過しないものを含む。、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前60日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消の日から起算して5年を経過しないものを含む。)であるとき。
※ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。))の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を實質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を實質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を實質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。))が、第50条第1項、第51条の29第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過していないとき。
※ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第50条第1項、第51条の29第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。))で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第48条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。))又は第51条の27第1項若しくは第2項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第50条第1項、第51条の29第1項若しくは第2項又は第76条の3第6項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。))までの間に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。))で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 10 第8号に規定する期間内に第46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。))の役員等又は当該届出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。))の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前5年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第6号まで又は第8号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第6号まで又は第8号から第11号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙2)

新規申請の場合は、暫定的に定員の9割で算出すること。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

「前年度の平均実利用者数」を「人員配置区分」(6:1、3:1等)で割った数。

サービス種類		生活介護		事業所・施設名		障害者支援施設「〇〇のさと」																											
定員	30	前年度の平均実利用者数		28		基準上の必要職員数		3.7																									
人員配置区分		生活介護(X) - 6:1		該当する体制等		視覚・聴覚等支援体制																											
職種	勤務形態	氏名	第1週				第2週				第3週				第4週				4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
			*																														
生活支援員	常勤・専従	A	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
生活支援員	常勤・専従	B	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
生活支援員	常勤・専従	C	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
職業指導員	常勤・専従	D	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
職業指導員	非常勤・兼務	E	4	4	4		4			4	4	4		4			4	4	4		4			4	4	4		4			64	16.0	0.4
職業指導員	非常勤・専従	F	4		4		4			4		4		4			4		4		4			4		4		4			48	12.0	0.3
																															0	0.0	0.0
(加算分)																															0	0.0	0.0
生活支援員	常勤・専従	G	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
																															0	0.0	0.0
合計			48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	48	44	48	40	48	0	0	912	228.0	5.7
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																		40															
サービス提供時間			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160		

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。

注2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。

注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)

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

注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注7 各事業所・施設において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。