

(参考様式1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

サービスの種類		事業所・施設名		サービス提供単位※	単位中	単位目																													
		サービス提供単位名 (※複数のサービス提供単位を設定する場合のみ)																																	
定員		前年度の平均利用者数		指定基準上の必要職員数																															
平均障害支援区分 (生活介護の場合に記載)				人員配置区分等届出上の必要職員数																															
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	資格等	
			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					
			☆																																
		合計																																	
		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																															←必ず記入		
		サービス提供時間																																	
その他の職員																																			

- 注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。
 居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び行動援護については、一のサービスとして記載してください。
 多機能型事業所は、サービスの種類ごとに作成してください。また、従たる事業所がある場合は、主たる事業所、従たる事業所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 ※の項目は、療養介護、生活介護及び施設入所支援において複数のサービス提供単位を設定する場合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 「資格の種類等」欄には、「介護福祉士」「看護師」等の資格の種類、または「訪問介護員〇級」「居宅介護従業者〇級」等の研修の修了状況を記載して下さい。
- 注6 常勤換算後の人数の算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。(当該職員の勤務時間数÷常勤職員の勤務すべき時間数)
- 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。

(参考様式 1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (〇〇〇〇年〇月分)

サービスの種類		生活介護	事業所・施設名	〇〇園																				サービス提供単位※	単位中	単位目											
		サービス提供単位名 (※複数のサービス提供単位を設定する場合のみ)																																			
定員		20	前年度の平均利用者数		18				指定基準上の必要職員数				3.6																								
平均障害支援区分 (生活介護の場合に記載)		4以上5未満 (1:5)				人員配置区分等届出上の必要職員数				Ⅱ型 (2:1) → 9.0																											
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	資格等			
			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							
			木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水							
看護職員	非常勤・兼務	A		4			4		4				4		4				4		4				4		4		4		4		4	48	12.0	0.3	看護師
機能訓練指導員	非常勤・兼務	B	8				8		8				8		8				8		8				8		8		8		8		8	64	16.0	0.4	理学療法士
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	8	8	160	40.0	1.0	介護福祉士	
生活支援員	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	8	8	160	40.0	1.0	社会福祉士	
生活支援員	常勤・兼務	E	4.2	4.2			4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2			4.2	4.2	4.2	4.2	4.2			4.2	4.2	4.2	4.2	4.2			4.2	4.2	4.2	4.2	84	21.0	0.5	介護福祉士	
生活支援員	非常勤・専従	F	6				6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	96	24.0	0.6	社会福祉士	
生活支援員	非常勤・専従	G		6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	96	24.0	0.6		
生活支援員	非常勤・専従	H	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	96	24.0	0.6		
合計			40.2	36.2			42.2	40.2	42.2	40.2	36.2			42.2	40.2	42.2	40.2	36.2			42.2	40.2	42.2	40.2	36.2			42.2	40.2	42.2	40.2	36.2	804.0	201.0	5.0		
		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	←必ず記入										
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	8	8					
その他の職員	管理者	常勤・専従	I	8	8			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	
	サービス管理責任者	常勤・専従	J	8	8			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	
	医師	非常勤・兼務	K					2							2							2						2					8	2.0	0.1		
	事務員	常勤・専従	L	8	8			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	
	栄養士	常勤・専従	M	8	8			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	
	調理員	非常勤・専従	N	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	96	24.0	0.6	

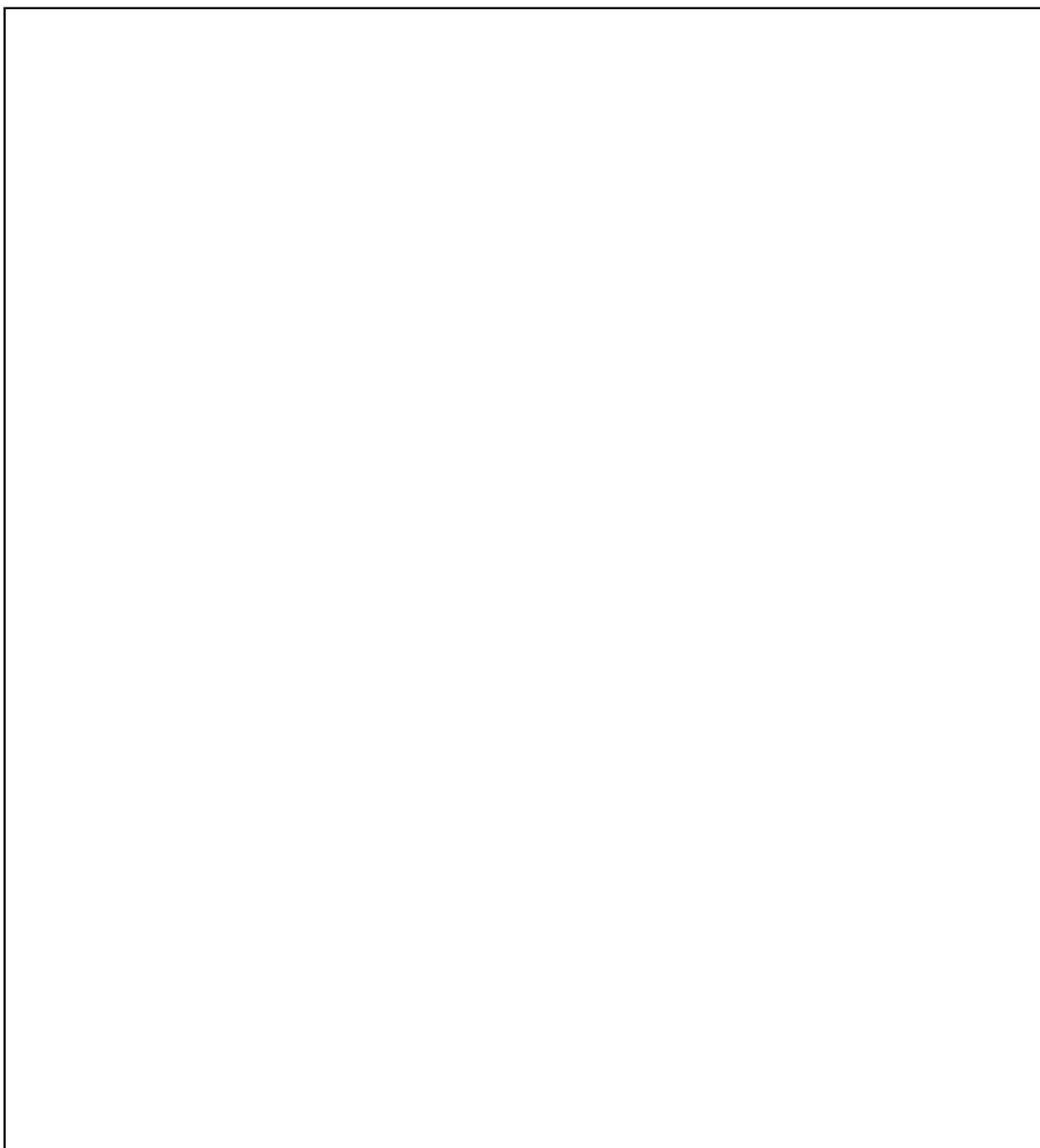
曜日は、当該年月のカレンダーに基づき修正のうえ、記入してください。

人員配置体制加算Ⅰ～Ⅲ型(生活介護)等、人員配置に関する加算がある場合は記載

(参考様式2)

組 織 体 制 図

事業所の名称	
サービスの種類	
同一所在地において他に実施している事業	

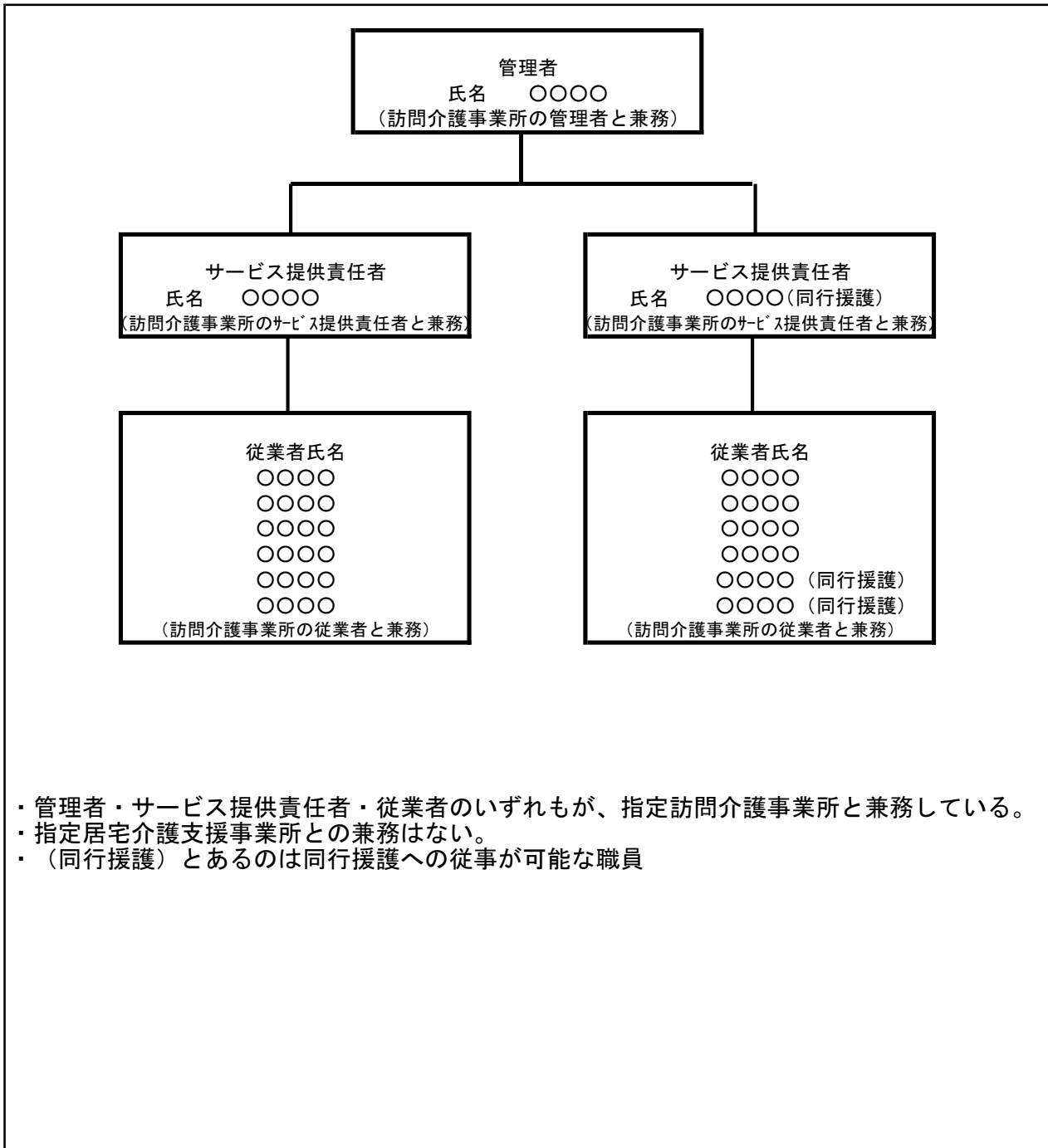


- ※ 担当業務や兼務の状況が分かるように図又は文章による説明を加えてください。
- ※ 既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

(参考様式2)記載例

組 織 体 制 図

事業所の名称	○△介護サービス
サービスの種類	居宅介護・重度訪問介護・同行援護
同一所在地において他に実施している事業	介護保険法に基づく訪問介護事業、居宅介護支援事業



- ・ 管理者・サービス提供責任者・従業員のいずれもが、指定訪問介護事業所と兼務している。
- ・ 指定居宅介護支援事業所との兼務はない。
- ・ (同行援護)とあるのは同行援護への従事が可能な職員

※ 担当業務や兼務の状況が分かるように図又は文章による説明を加えてください。
※ 既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

(参考様式3)

(

 管 理 者
 サービス管理責任者
 サービス提供責任者
 相談支援専門員

)

経歴書

該当しない職種は二重線で消してください。

事業所の名称			
サービス種類			
兼務状況			
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		
職務に関連する研修の受講状況			
サービス管理責任者研修	<input type="checkbox"/>	年 月	分野を修了
	<input type="checkbox"/>	年 月	分野を修了
	<input type="checkbox"/> 未受講		
相談支援従事者研修 (障害者ケアマネジメント研修)	<input type="checkbox"/>	年 月	修了
	<input type="checkbox"/> 未受講		
上記以外の研修			

備考1 「兼務状況」の欄には、他に兼務する職がある場合、その職種、事業所名、サービス種類、勤務時間帯を全て記入し、兼務状況が分かるようにしてください。また、他に兼務がない場合は、「兼務なし」と記入してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

(参考様式4)

研修受講誓約書

年 月 日

所在地
申請者 名称
(設置者) 代表者職・氏名

下記の事業所(施設)の変更届出にあたり、当該事業所(施設)に配置する
()については、その要件となる研修を修了していません。
つきましては、下記のとおり研修を受講することを誓約します。

記

事業所名	
サービス種類	
研修受講・修了要件を満たしていない職種	
研修を受講する者の氏名	
受講する研修の種類	①
	②
研修を受講・修了する時期	①
	②

[参考]

上記の者にかかる研修修了及び実務経験の状況	
-----------------------	--

※1 この誓約書は1名につき1枚作成してください。

(参考様式4)記載例

研修受講誓約書

年 月 日

所在地
申請者 名称
(設置者) 代表者職・氏名

下記の事業所(施設)の変更届出にあたり、当該事業所(施設)に配置する
(サービス管理責任者)については、その要件となる研修を修了していません。
つきましては、下記のとおり研修を受講することを誓約します。

記

事業所名	〇〇ホーム
サービス種類	共同生活援助
研修受講・修了要件を満たしていない職種	サービス管理責任者
研修を受講する者の氏名	△△△△△
受講する研修の種類	①サービス管理責任者研修
	②相談支援従事者研修(講義部分)
研修を受講・修了する時期	①平成24年3月末まで
	②平成24年3月末まで

[参考]

上記の者にかかる研修修了及び実務経験の状況	実務経験の要件は満たしているが、研修についてはサービス管理責任者研修、相談支援従事者研修のいずれも受講していない。
-----------------------	---

※1 この誓約書は1名につき1枚作成してください。

(参考様式5)

実務経験(見込)証明書

尼崎市長 様

番 号
年 月 日
※証明した日を記載してください。

法人所在地

法人名称

代表者氏名

印

電話番号

証明担当者氏名	
担当電話番号	

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)
施設又は事業所名	事業所番号 () 施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月)
(うち休職等の期間)	年 月 日～ 年 月 日 (年 月)
業務期間内の従事日数	日
業 務 内 容	職名 ()

- 施設又は事業所名欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。
- 見込証明でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。
- 証明者は、法人である場合は法人代表者、法人でない場合はその団体等の代表者とする。
- 「業務期間」欄は、被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間(見込証明においては援助を行うと見込まれる期間)を記入すること。
また、産休・育休・療養休暇や長期研修期間などは「業務期間」とは認められないため、該当する期間がある場合は、「うち休職等の期間」欄に記入し、業務期間から省かれる期間を明確にすること。
(該当する期間が複数回ある場合は、適宜様式を補正し、その全てを記入すること。)
- 「業務に従事した日数」には、「業務内容」の業務に実際に従事した日数を記入すること。
- 「業務内容」欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、業務内容について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
- 証明内容を訂正する場合は、二重線で消し、証明者の職印を押印すること。(修正液による訂正は認められない。)

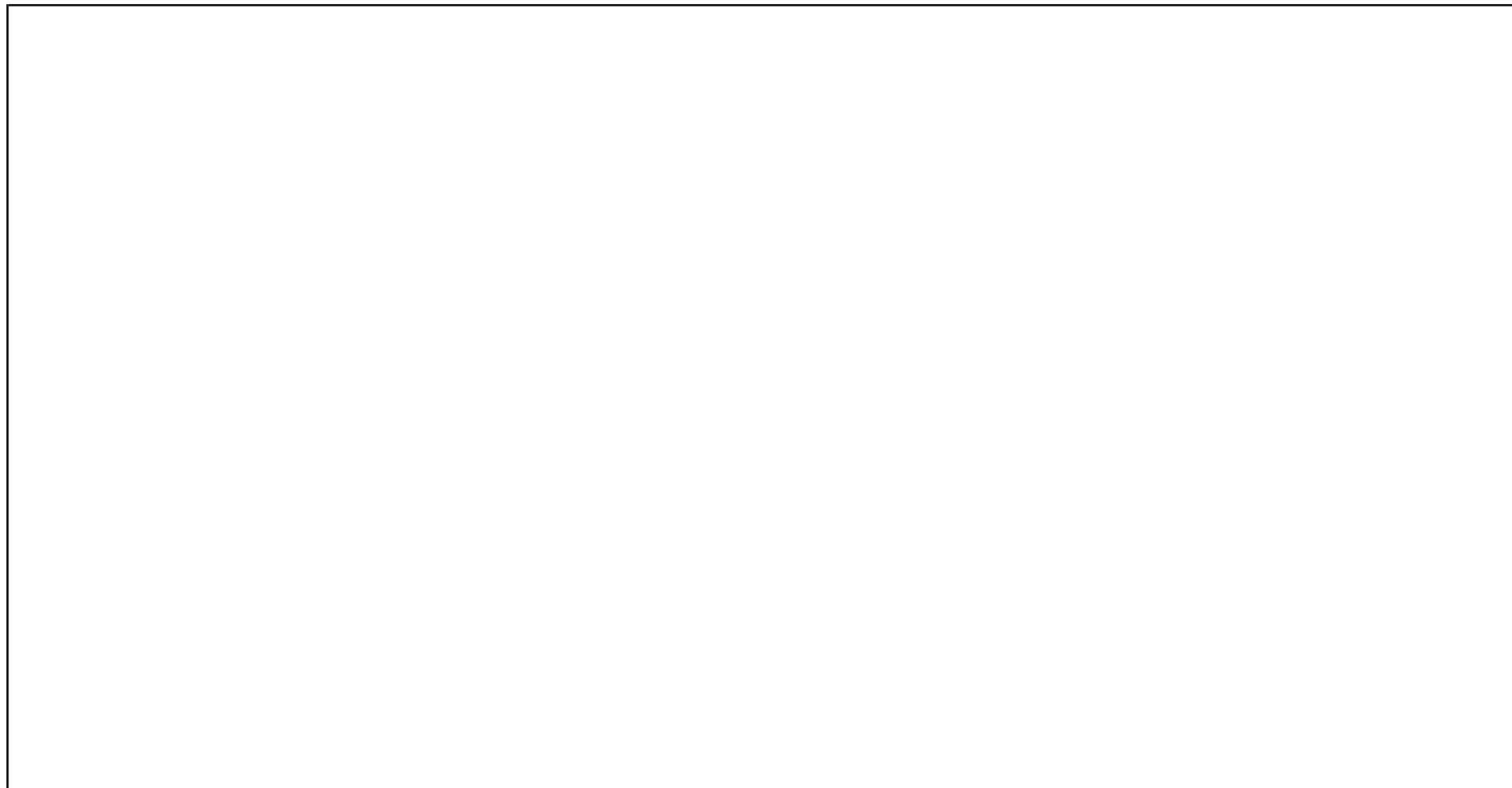
(本人確認欄)上記、証明内容に関しては、事実と相違ありません。

署名 (証明された本人氏名)		連絡先	
現住所			

(参考様式6)

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。

3 既存の図面がある場合は、この様式によらず、既存の資料を提出していただいてもかまいません。

(参考様式7)

居室面積等一覧表

事業所の名称	
サービスの種類	

種類	設置階	1 階				2 階				階				階				合計		
		室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積	備考	
居室	1室の定員		()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
			()			()			()			()			()					
居室以外																				
片廊下幅		(最も狭い個所) m				(最も狭い個所) m				(最も狭い個所) m				(最も狭い個所) m						
中廊下幅		m				m				m				m						
共用する事業所・施設名																				

- 備考 1 設備基準で定められた設備等について、設置階ごとに記載してください。
- 2 居室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも面積に異なる居室がある場合には、それぞれの居室ごとに分けて記入してください。
- 3 「1人あたりの面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入してください。(算出にあたっては小数点以下第二位を切捨て)
- 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数、面積を記入してください。
- 5 他の事業所、施設と共用がある場合は、備考欄に「共用」と記入し、「共用する事業所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。(様式6で添付されている場合は省略可)
- 6 同一の事業所又は施設の他の設備と兼用している場合は「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記載してください。
- 7 施設入所支援の場合は屋間実施するサービスとあわせて記載してください。

(参考様式7) 記載例

居室面積等一覧表

事業所の名称	〇〇〇〇〇園
サービスの種類	生活介護・施設入所支援

種類	設置階	1 階			2 階			階				階			合 計		
		室数	面積	一人あたり	備考	室数	面積	一人あたり	備考	室数	面積	一人あたり	備考	室数	面積	備考	
居室	1室の定員			一人あたり			一人あたり										
1人部屋A	1人	18	10.8㎡	(10.8㎡)			()			()			()			18	194.4㎡
1人部屋B	1人			()	22	11.6㎡	(11.6㎡)			()			()			22	255.2㎡
4人部屋	4人	2	48.8㎡	(12.2㎡)			()			()			()			2	97.6㎡
				()			()			()			()				
				()			()			()			()				
				()			()			()			()				
				()			()			()			()				
				()			()			()			()				
居室以外																	
食堂		1			共用	1			共用								
特別浴室		1			共用												
一般浴室						1			共用								
洗面所		1			共用	1			共用								
便所		2			共用	2			共用								
訓練・作業室		1			共用												
相談室						1			共用								
多目的室						1			共用								
片廊下幅		(最も狭い個所) 1.55 m			(最も狭い個所) 1.55 m			(最も狭い個所) m				(最も狭い個所) m					
中廊下幅		1.9 m			1.9 m			m				m					
共用する事業所・施設名																	

- 備考 1 設備基準で定められた設備等について、設置階ごとに記載してください。
- 2 居室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも面積に異なる居室がある場合には、それぞれの居室ごとに分けて記入してください。
- 3 「1人あたりの面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入してください。(算出にあたっては小数点以下第二位を切捨て)
- 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数、面積を記入してください。
- 5 他の事業所、施設と共用がある場合は、備考欄に「共用」と記入し、「共用する事業所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。(様式6で添付されている場合は省略可)
- 6 同一の事業所又は施設の他の設備と兼用している場合は「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記載してください。
- 7 施設入所支援の場合は昼間実施するサービスとあわせて記載してください。

(参考様式8)

設備・備品等一覧表

サービス種類 ()
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 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」(参考様式7)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、写真貼付である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。

(参考様式8)

設備・備品等一覧表

サービス種類 (生活介護・就労継続支援B型)
事業所名 (〇〇作業所)

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 ①訓練・作業室 ②相談室 ③洗面所 ④便所 ⑤多目的室その他運営上必要な設備 非常災害設備等 送迎用車両 連絡用車両	・生活介護利用者〇〇名、就労継続支援B型利用者〇〇名へのサービス提供に支障がない広さを確保している ・訓練・生産活動等に必要となる下記の器具備品を備えている 個室になっており、談話の漏えい等の恐れはない 利用者の障害特性に応じたものとなっている 利用者の障害特性に応じたものとなっている 多目的室、浴室、食堂を備えている。 消火器、火災報知器、誘導灯、避難表スロープ ○台 ○台	
室名	備品の品目及び数量	
医務室	ベッド、机1・椅子2	
相談室	ベッド、テーブル1・椅子4	
食堂	テーブル5・椅子30、テレビ1台	
厨房	厨房機器一式	
浴室	特殊浴槽一式、介護用リフト1台	
訓練・作業室	作業台4・椅子32、工作機械一式	

- 備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」(参考様式7)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、写真貼付である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。

(参考様式9) 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

事業所の名称	
サービスの種類	

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 <p style="text-align: center;">※具体的な対応方針</p>
3	その他参考事項

※上記の項目は例示であるので、これに関わらず、適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

事業所の名称	あまがさきヘルパーステーション
サービスの種類	居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護

措置の概要													
1	<p>利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設窓口（連絡先）、担当者</p> <p>・相談、苦情に関する常設窓口として、相談担当者を設けている。また、担当者不在の場合、事業所の誰もが対応可能なように相談苦情管理対応シートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。</p> <table border="0"> <tr> <td>常設窓口</td> <td>電話</td> <td>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td></td> <td>FAX</td> <td>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td></td> <td>苦情受付担当者</td> <td>〇〇 〇〇(又は〇〇 〇〇)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>苦情解決責任者</td> <td>〇〇 〇〇</td> </tr> </table> <p>※ 利用者には、この内容を印刷物で配布し、周知している。</p> <p>・利用者からの苦情に適切に対処するため、当事業所関係者及び利用者以外の中立・公正な「第三者委員」を設置し、双方の間に入って助言を行い、話し合いに立ち会うなど、積極的な役割を果たしてもらっている。</p> <p>第三者委員 氏名 〇〇 〇〇</p>	常設窓口	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		苦情受付担当者	〇〇 〇〇(又は〇〇 〇〇)		苦情解決責任者	〇〇 〇〇
常設窓口	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇											
	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇											
	苦情受付担当者	〇〇 〇〇(又は〇〇 〇〇)											
	苦情解決責任者	〇〇 〇〇											
2	<p>円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順</p> <p>・苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。</p> <p>・相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、対応を決定する。</p> <p>・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。）</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center; margin: 20px auto; width: fit-content;"> <p>具体的な対応方針を記載</p> </div>												
3	<p>その他参考事項</p> <p>当事業所において、処理し得ない内容についても、適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。</p>												

(参考様式10)

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
サービスの種類	

<p>1 申請に係るサービスの主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。</p> <p>身体障害者（肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害） 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者</p> <p>2 主たる対象者を1のとおり特定する理由</p> <p>3 今後における主たる対象者の拡充の予定</p> <p>（1）拡充予定の有無</p> <p style="padding-left: 40px;">あり ・ なし</p> <p>（2）拡充予定の内容及び予定時期</p> <p>（3）拡充のための方策</p>
--

(参考様式10) 記載例

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
サービスの種類	

<p>1 申請に係るサービスの主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。</p> <p>身体障害者（肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害） 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者</p> <p>2 主たる対象者を1のとおり特定する理由</p> <p>（記載例）前身施設が身体障害者更生施設であり、施設の構造・設備や職員体制が 肢体不自由者の機能訓練に特化したものであるため。</p> <p>精神障害者に対して適切な対応ができる職員がいないため。 等</p> <p>※主たる対象者を特定することがやむを得ないと認められる理由を記載すること。</p> <p>3 今後における主たる対象者の拡充の予定</p> <p>（1）拡充予定の有無</p> <p>あり ・ なし</p> <p>（2）拡充予定の内容及び予定時期</p> <p>（記載例）○年○月を目途に○○障害者も対象とする予定</p> <p>（3）拡充のための方策</p> <p>（記載例）○○障害者に実績のある職員を雇用する。 ○○施設での実習に職員を派遣する。 ○○研修を受講する。 等</p>

(参考様式11)

障害者総合支援法第36条第3項各号の規定等に該当しない旨の誓約書

年 月 日

尼崎市 長 様

所在地
申請者 名 称
代表者職・氏名

申請者及び申請者の役員等は、下記各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

※役員等：業務を執行する社員、取締役、執行役、理事、監事又はこれらに準ずる者、その事業所を管理する者(管理者)

記

【障害者総合支援法第36条第3項各号の規定】(一部要約)

- 1 申請者が法人でないとき。
- 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。
- 5の2 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。
- 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。)又は第51条の2第1項若しくは第2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った日前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。)であっ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み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であっ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処分となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定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実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるものうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第50条第1項又は第51条の2第1項若しくは第2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年を経過しないものとき。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処分となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定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項又は第51条の2第1項若しくは第2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った日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第46条第2項又は第51条の2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2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項又は第51条の2第1項若しくは第2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2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2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った場合において、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。)の管理者であった者で、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。

【尼崎市基準条例第3条第3項、第4項、第4条及び第5条の規定】(一部要約)

- 1 申請者及び管理者が暴力団員等であるとき。
- 2 運営が暴力団等の支配を受けているとき。

(参考様式11-2)

指定一般相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

尼崎市長 様

所在地
申請者 名称
代表者職・氏名

申請者及び申請者の役員等は、下記各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

※役員等:業務を執行する社員、取締役、執行役、理事、監事又はこれらに準ずる者、その事業所を管理する者(管理者)

記

【障害者総合支援法第36条第3項各号の規定(読み替え)】(一部要約)

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係る一般相談支援事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第51条の23第1項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第51条の23第2項の厚生労働省令で定める指定地域相談支援の事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な一般相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5の2 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。
- 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。)又は第51条の29第1項若しくは第2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った日前60日以内に当該法人の役員又はその一般相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。))であった者で当該取消の日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者であっ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、指定一般相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定一般相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定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実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるものうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2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、指定一般相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定一般相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定一般相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2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った日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第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項又は第51条の29第1項若しくは第2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。
- 11 申請者が、指定の申請前5年以内に相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第5号、第6号、第8号、第9号又は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。

指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

尼崎市長 様

申請者 所在地
名 称
代表者職・氏名

申請者及び申請者の役員等は、下記各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

※役員等:業務を執行する社員、取締役、執行役、理事、監事又はこれらに準ずる者、その事業所を管理する者(管理者)

記

【障害者総合支援法第36条第3項(第4号、第10号及び第13号を除く。)の読替後の規定】

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係る特定相談支援事業所(第五十一条の二十第一項に規定する特定相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。)の従業者の知識及び技能並びに人員が、第五十一条の二十四第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第五十一条の二十四第二項の厚生労働省令で定める指定計画相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な特定相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5の2 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。
- 6 申請者が、第五十条第一項(同条第三項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者(当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法(平成五年法律第八十八号)第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその特定相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。)であった者が当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該者の管理者であった者が当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援事業者(第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。)の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定特定相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定特定相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの)のうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定特定相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定特定相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8 申請者が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第四十八条第一項(同条第三項において準用する場合を含む。)又は第五十一条の二十七第一項若しくは第二項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事又は市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 11 申請者が、指定の申請前五年以内に相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号、第六号、第八号、第九号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

指定障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

尼崎市長 様

申請者 所在地
名称
代表者職・氏名

申請者及び申請者の役員等は、下記各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

※役員等：業務を執行する社員、取締役、執行役、理事、監事又はこれらに準ずる者、その事業所を管理する者(管理者)

記

【児童福祉法第21条の5の15第2項（第4号、第11号及び第14号を除く。）の読替後の規定】

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係る障害児相談支援事業所（第二十四条の二十八第一項に規定する障害児相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業員の知識及び技能並びに人員が、第二十四条の三十一第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第二十四条の三十一第二項の厚生労働省令で定める指定障害児相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な障害児相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5の2 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。
- 6 申請者が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその障害児相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下この条及び第二十一条の五の二十三第一項第十一号において「役員等」という。）であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援事業者（第二十四条の二十六第一項第一号に規定する指定障害児相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分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児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分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児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 9 申請者が、第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があ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二十四条の三十二第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 10 申請者が、第二十四条の三十四第一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二十四条の三十六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市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第二十四条の三十二第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 12 申請者が、指定の更新の申請前五年以内に障害児相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 13 申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号、第六号、第九号、第十号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

参考様式12

協 力 医 療 機 関

との契約の内容

協力歯科医療機関

事業所の名称	
サービスの種類	

協力（歯科）医療機関の名称	
所在地	
診療科目	
事業所・施設からの距離	km （徒歩 分 車 分）
契約の内容	

※「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。
 ※「協力歯科医療機関」は、共同生活援助のみ必要。

参考様式12 記載例

協力医療機関

との契約の内容

協力歯科医療機関

事業所の名称	〇〇園
サービスの種類	生活介護・就労継続支援B型

協力（歯科）医療機関の名称	医療法人〇〇会 〇〇〇病院
所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
診療科目	〇〇科、〇〇科、〇〇科
事業所・施設からの距離	km （徒歩 分 車 分）
契約の内容	<p>（例） 協力病院と以下のような契約を結び、緊急時等に対する体制を整えている。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 入居者の緊急な医学的治療を要する際には、迅速に入院、往診の処置を行う。 2 日祝日並びに夜間についても、入居者の緊急な医学的治療を要する場合は、直ちに医学的処遇を行うため万全の体制を確保する。 3 相互に疑義を生じたときは、双方誠実に協議善処するものとする。 <p>等</p>

※「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。
※「協力歯科医療機関」は、共同生活援助のみ必要。

参考様式13

指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要

事業所の名称	
サービスの種類	
連携及び支援を受ける施設の名称	
所在地	
事業所・施設からの距離	km (徒歩 分 車 分)
連携支援の概要	

※バックアップ施設のない事業所は、運営法人等との連携体制、支援体制を記載して下さい。

※就労移行支援事業所は、連携する公共職業安定所その他関係機関の名称を記載。

参考様式13 記載例

指定障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要

事業所の名称	○△ホーム
サービスの種類	共同生活援助
連携及び支援を受ける施設の名称	○△園
所在地	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇
事業所・施設からの距離	〇 km (徒歩 〇分 車 〇分)
連携支援の概要	<p>上記の施設と以下のような連携・支援体制を整えている</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 世話人の選定及び世話人の代替要員を確保する。 ・ 入居者に対して食事の提供、健康管理・金銭管理の援助等日常生活に必要な援助を行う。 ・ 世話人の指導、監督、援助、研修を行う。 ・ 緊急時の対応、職場等における問題への対応について、必要な援助を行う。

※バックアップ施設のない事業所は、運営法人等との連携体制、支援体制を記載して下さい。

※就労移行支援事業所は、連携する公共職業安定所その他関係機関の名称を記載。

(参考様式14)

「通院等のための乗車又は降車の介助」の算定に係るサービス提供体制等について

1 算定を行う事業所

事業所番号	2	8										
事業所名称												
事業所所在地												
連絡先電話番号												

2 算定開始年月日

算定開始年月日	年	月	日	より
---------	---	---	---	----

3 道路運送法（昭和26年法律第183号）の許可／登録状況について

許可／登録の種類	<input type="checkbox"/> 一般乗用旅客自動車運送事業（ <input type="checkbox"/> 患者等輸送限定 <input type="checkbox"/> 限定なし） <input type="checkbox"/> 特定旅客自動車運送事業 <input type="checkbox"/> 自家用自動車による有償運送 <input type="checkbox"/> 福祉有償輸送及び過疎地有償運送				
許可／登録年月日	年	月	日	営業区域	
許可／登録にかかる条件	別添許可／登録書（写し）のとおり				

4 サービスの提供体制について

(1) 車両数

事業所の事業用車両の総数	台
通院等乗降介助に使用が可能な車両数	台
うち、リフト付き等特殊な設備を有する車両数	台

(2) 人員配置

	居宅介護事業従業者等		左記のうち、 通院等乗降介助に従事可能な人数	
	専従	兼務	専従	兼務
常勤（人）				
非常勤（人）				
合計（人）				

※ サービス提供責任者を含む居宅介護事業従業者の実人数を記載してください。

5 市町との連携について

居宅介護事業所として説明会、集団指導その他市町が行う取組に対する協力状況又は意向

市町が行う 取組に対する協力	協力実績の有無	有の場合には、協力の具体的な内容
	有・無	

市町が行う 取組に対する協力	今後の協力の可否	否の場合には、協力できない理由
	可・否	

注) 居宅介護事業者には、運営に関する基準に市町との連携に関する規定が設けられています。

6 運転従業者一覧表

通院等乗降介助のサービス提供を行う運転者全てについて記載すること。

氏名	職名	運転者要件(該当するものを○で囲む)	認定講習受講日
		2種免許 ・ 1種受講済 ・ 1種未受講	
		2種免許 ・ 1種受講済 ・ 1種未受講	
		2種免許 ・ 1種受講済 ・ 1種未受講	
		2種免許 ・ 1種受講済 ・ 1種未受講	
		2種免許 ・ 1種受講済 ・ 1種未受講	
		2種免許 ・ 1種受講済 ・ 1種未受講	
		2種免許 ・ 1種受講済 ・ 1種未受講	

※ 1種免許については、平成20年10月1日から講習の受講が運転者要件となっている。

〔備考〕 この様式は「通院等のための乗車又は降車の介助」の算定を開始する際に、事業所ごとに作成のうえ、次の書類とともに提出してください。なお、指定申請と同時に提出する場合は③は不要です。

- ① 道路運送法の許可書の写し
- ② 運営規程(「通院等のための乗車又は降車の介助」を行うことを記載したもの)
- ③ 指定内容の変更届出書(様式第2号)(運営規程の変更内容を記載したもの)

(参考様式15)

重度訪問介護の指定に係る申出について

このたび行いました居宅介護事業者の指定申請について、障害者総合支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第34条の7第2項ただし書の規定により、次のとおり申し出ます。

記

今回は、次の理由から、重度訪問介護に係る指定の申請を行いません。

(理由)

年 月 日

法 人 名

法人代表者名

事 業 所 名

事業所所在地

〔備考〕 本様式により不要の申し出を行う場合は、あらかじめご相談ください。

(参考様式16)

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

※日中サービス支援型グループホームの場合に添付してください。

※上記の項目は例示であるので、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17)

共生型障害福祉サービス事業者等の特例による指定を不要とする旨の申出書

令和 年 月 日

尼崎市 市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者職・氏名

次のとおり、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条ただし書きに規定する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	事業所番号		
	名称		
	所在地		〒
	サービス等種別 ※該当するものに○印を付してください。		訪問介護
			通所介護
			地域密着型通所介護
			小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護
看護小規模多機能型居宅介護			
管理者		氏名	
		住所	〒
申出に係る障害福祉サービスの種類 ※該当するものに○印を付してください。		居宅介護	
		重度訪問介護	
		生活介護	
		短期入所	
		自立訓練（機能訓練、生活訓練）	

<参考> 共生型サービスの指定が可能な組み合わせ

居宅介護・重度訪問介護	⇔	訪問介護	介護
生活介護	⇔	児童発達支援、放課後等デイサービス	児童
	⇔	通所介護、地域密着型通所介護	
	←	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護	介護
短期入所（障害者支援施設を本体とする短期入所に限る）	⇔	(介護予防) 短期入所生活介護	
	←	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護	
自立訓練	⇔	通所介護、地域密着型通所介護	
	←	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護	

「⇔」：双方のサービスが、もう片方の指定事業所を母体として共生型サービスの指定を受けられる。

「←」：矢印元の指定事業所を母体として、矢印先のサービスが共生型サービスの指定を受けられる。