

# 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

(平成24年4月分)

事業所名				サービスの種別	地域移行支援、地域定着支援		常勤者の勤務時間（週）		時間																														
職種	従業者氏名	常勤	専従	勤務体制																												4週合計	週平均勤務時間	常勤換算後の人数					
				第1週							第2週							第3週							第4週														
				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								
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	木	金	土												
																																			0.0		0.00		
																																				0.0		0.00	
																																				0.0		0.00	
																																					0.0		0.00
																																					0.0		0.00
																																					0.0		0.00
																																					0.0		0.00
																																					0.0		0.00
																																					0.0		0.00
計				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.00

注1) 地域移行・定着支援を行う者のうち相談支援専門員である者については、「職種」欄を「相談支援専門員」に、それ以外の者は「地域移行・定着支援担当者」にしてください。

注2) 管理者が他の職務を兼務する場合は、行を別にして、各職務に係る従事時間を記入してください。

注3) 一覧表中に記入いただく各日の勤務時間については、小数第2位未満切り捨てとしてください（例：15分＝0.2時間、25分＝0.4時間）。

(参考様式2)

# 〇〇〇経歴書

事業所の名称		
フリガナ		
氏名		生年月日 年 月 日
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 「管理者」及び「地域移行支援・地域定着支援に従事する者」について作成すること。  
2 「〇〇〇」には、「管理者」、「相談支援専門員」又は「その他の者」と記載してください。  
3 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。  
4 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。  
5 相談支援専門員については、相談支援従事者初任者(現任)研修の終了した旨の証明書を添付すること。

(参考様式3)

# 実務経験証明書

様 平成 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、知的障害者更生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、知的障害者更生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4)

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5)

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」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6)

指定障害福祉サービス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の種類	

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

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

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

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

(参考様式7)

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

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

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

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。

## 指定一般相談支援事業者の指定に係る誓約書

平成 年 月 日

〇〇市町村長 様

申請者 所在地  
名称  
代表者 住所  
氏名

印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者自立支援法第 51 条の 19 第 2 項において準用する同法第 36 条第 3 項（第 4 号、第 10 号及び第 13 号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

### 記

#### 【障害者自立支援法第 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、第五十一条の二十三第二項の厚生労働省令で定める指定地域相談支援の事業の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。
- 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で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、指定一般相談支援事業者（第五十一条の十四第一項に規定する指定一般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。
- 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じ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。



