

(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

支援の種類 ( )  
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)

## 〇〇〇経歴書

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)

障害児又はその保護者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

支援の種類	
事業所名	

措置の概要	
1	障害児又はその保護者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 5)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ( 年 月分)

支援の種類( )  
事業所名( )

職 種	勤務 形態	氏 名	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4 週 合 計	週 の 平 均 時 間
			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		
			*																													
		(記載例-1)	①	①	③	②	④	①	④																							
		(記載例-2)	ab	ab	ab	cd	cd	e	e																							

備考 1 \* 欄には、当該月の曜日を記載してください。

2 申請する事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、4 週間分の勤務すべき時間数を記載してください。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記載してください。

(記載例 1-勤務時間 ①8：30～17：00、②16：30～1：00、③0：30～9：00、④休日)  
(記載例 2-サービス提供時間 a 9：00～12：00、b 13：00～16：00、c 10：30～13：30、d 14：30～17：30、e 休日)

※複数単位実施の場合、その全てを記載してください。

3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとの A の小計と、B～D までを加えた数の小計の行を挿入してください。  
勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

4 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

5 施設において使用している勤務割表等により、職種、勤務形態、氏名及び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6)

児童福祉法第21条の5の15第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

知事 殿

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、下記に掲げる児童福祉法第21条の5の15第2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

【児童福祉法第21条の5の15第2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 当該申請に係る障害児通所支援事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第21条の5の18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21条の5の18第2項の都道府県の条例で定める指定通所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障害児通所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。
- 4 申請者の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）又は当該申請に係る障害児通所支援事業所を管理する者（以下「役員等」という。）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 申請者又は申請者の役員等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。  
（※）障害者自立支援法、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
- 6 申請者が、第21条の5の23第1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年を経過しない者であるとき。
- 7 申請者の役員等が第21条の5の23第1項の規定による指定の取消し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日以内に当該取消しの処分を受けた法人の役員等であった者で、当該取消の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 8 申請者が、第21条の5の23第1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24条の14の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該辞退の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 9 前号に規定する期間内に第21条の5の19第2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、申請者の役員等が同号の通知の日前60日以内に当該事業の廃止に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等であった者で、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。
- 10 申請者又は申請者の役員等が、指定の申請前5年以内に障害児通所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。

(別紙)

## 役員等名簿

申請者(法人)名 ( )

(ふりがな) 氏 名	生年月日	(ふりがな) 住 所		押印
	役職名・呼称	TEL	FAX	

注 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

(参考様式7)

# 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、知的障害児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。