

事業者指定の申請に係る書類一覧
(特定相談支援事業・障害児相談支援事業)

事業所の名称		所在地	串本町
--------	--	-----	-----

※「申請者確認欄」の該当欄に「レ」を付し、添付書類等に漏れないよう確認してください。

申請書及び添付書類		申請者確認欄	様式
申請書	指定申請書		第1号様式、別紙1
	指定に係る記載事項		付表、別紙2
添付書類	申請者の定款、寄付行為、条例(公設の場合)等		
	登記事項証明書		
	事業所の平面図 ※事務室、相談室が確認できるもの		参考様式1
	事業所の写真 ※事務室、相談室が確認できるもの		
	事業所の備品等		参考様式2
	事業所の管理者及び相談支援専門員の経歴書		参考様式3
	実務経験証明書・実務経験見込証明書		参考様式4・5
	相談支援従事者研修修了証 ※相談支援従事者一日研修を受講された方は、併せて障害者ケアマネジメント研修の修了証も添付して下さい。		
	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		参考様式6
	主たる対象者を特定する理由書 ※主たる対象者を特定する場合に必要		参考様式7
	当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		別紙3
	就業規則		
	事業者の指定に係る誓約書		参考様式8・9
	暴力団排除に関する誓約書		参考様式10

※申請される際には、事業所保管用として事前に提出書類一式のコピーをとっておくようにして下さい。

〔担当者連絡先〕

提出いただいた申請書類に記載されている内容について、問い合わせする際の連絡先を記入してください。

事業所名	
担当者名	
電 話	
F A X	
Eメールアドレス	

指定申請書類チェックシート(事業所用)

※チェック内容をご確認の上、全項目について「チェック」欄に「レ」をつけてください。

様式	チェック内容	チェック	備考
第1号様式	申請者名称、主たる事務所の所在地、代表者の職・氏名・住所が登記事項証明書と一致しているか。		申請者名称は、(株)など省略せず登記上の正式名称を記載する。
	事業所の名称・所在地は、付表・運営規定と一致しているか。		記載どおりに名称登録するため、名称中の空白等正確に記載する。
	右上に法人代表者印が押されているか。		法務局に登録した印鑑を使用。
別紙1	同一敷地内で行っている障害者自立支援法その他の法律に基づく指定を受けているサービス(相談支援関係以外)がある場合、全て記載しているか。		
付表	管理者氏名・住所・生年月日は、経歴書(参考様式3)と一致しているか。		
	従業者数は正しく記載しているか。 (管理者は、従業者数には含めない)		
	営業日・営業時間は、運営規定と一致しているか。		
	「主たる対象者」を特定する場合、運営規定と一致しているか。理由書(参考様式7)の添付があるか。		
	「その他の費用」は、運営規定と相違ないか。		
	「通常の実施地域」は、運営規定と一致しているか。		
別紙2	付表で、相談支援専門員を「兼務」としている場合、当該相談支援専門員の兼務内容を記載しているか。		
登記事項証明書	事業目的に「障害者自立支援法に基づく特定相談支援事業」「児童福祉法に基づく障害児相談支援事業」等の記載があるか。		相談支援事業が、法人の事業として明確に位置付けられているか。
	証明書は、3カ月以内に発行されたものか。		
事業所の平面図 (参考様式1)	事務室、相談・サービス担当者会議等に対応するスペースを確保しているか。パーティションの設置等、相談者のプライバシーに配慮しているか。		
管理者・相談支援専門員 経歴書 (参考様式3)	相談支援専門員全員分について、作成しているか。		
	相談支援従事者研修の修了証書が添付されているか。		
実務経験(見込)証明書 (参考様式4・5)	必要な実務経験を証明するものとなっているか。		
	従事していた事業所の法人が証明したものか。		
運営規程	指定運営基準(省令)に定める項目が、漏れなく記載されているか。(記載例にある全ての項目を記載すること)		
	附則の日付は、第1号様式の「事業開始予定日」と一致しているか。		
利用者等からの苦情を解決 するために講ずる措置の概要 (参考様式6)	苦情受付担当者、連絡先が記載されているか。 (付表の連絡先と一致しているか)		
	苦情解決の体制・手順を、具体的に記載しているか。		
主たる対象者を特定する 理由書 ※特定無しの場合は不要 (参考様式7)	主たる対象者は、付表と一致しているか。		
	理由等は、具体的に記載しているか。		
就業規則	従業員数10人以下で就業規則を作成していない事業所は、「参考例」をもとに勤務時間に関する規則を作成すること。		
事業者の指定に係る誓約書 (参考様式8・9)	特定相談支援事業のみ指定申請する場合「参考様式8」のみ、障害児相談支援事業も指定申請する場合「参考様式8」及び「参考様式9」の両方を作成しているか。		
従業者の勤務の体制及び勤務 形態一覧表(別紙3)	4週の合計、週平均の勤務時間、常勤換算後の人数は管理者の勤務時間は含めない。		
	「1週間に当該事業所における常勤職員の勤務すべき時間数」は就業規則で確認する。		

受付番号

指定特定相談支援事業所
指定申請書
指定障害児相談支援事業所

年 月 日

串本町長 あて

申請者 所在地 和歌山県東牟婁郡串本町〇〇1-2-3
(設置者) 名 称 社会福祉法人〇〇
代表者 職・氏名 理事長 串本 太郎

代表

☐ 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 指定特定相談支援事業所
☐ 児童福祉法に規定する 指定障害児相談支援事業所
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。

申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン 〇〇					
	名 称	社会福祉法人 〇〇					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 和歌山県東牟婁郡串本町〇〇1-2-3					
	法人である場合その種別	社会福祉法人 〇〇		法人所轄庁	和歌山県		
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		FAX 番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
	代表者の職・氏名	職 名	理事長	フリガナ 氏 名	クシモト タロウ 串本 太郎	生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日	
	代表者の住所	(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 和歌山県東牟婁郡串本町〇〇1-2-3					
指定を受けようとする 事業の種類	フリガナ	ソウダンシエンジギョウショ 〇〇					
	名 称	相談支援事業所 〇〇					
	事業所の所在地	(郵便番号 〇〇〇 — 〇〇〇〇) 和歌山県東牟婁郡串本町〇〇1-2-3					
	事業の種類	実施事業	指定申請をする事業の 事業開始予定年月日	様 式	備 考		
	特定相談支援事業	〇	令和〇年〇月〇日	付表			
	障害児相談支援事業	〇	令和〇年〇月〇日	付表			
既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。							
事業所番号						指定年月日	
既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。							
事業所番号						指定年月日	
既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。							
事業所番号						指定年月日	
介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。							
事業所番号						指定年月日	
介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。							
事業所番号						指定年月日	

(備考)

- 「受付番号」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、「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。
- 「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。
- 「実施事業」欄には、今回申請をする相談支援事業の種類に「〇」を記載してください。
- 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も併せて申請すること。

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おいて既に指定を受けている事業等について

[illegible]

他の法律（児童福祉法・介護保険法）において既に指定を受けている事業等について

[illegible]

付表 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

				受付番号			
事業所	フリガナ		ソウダンシエンジギョウシヨ〇〇				
	名称		相談支援事業所〇〇				
	所在地		(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 和歌山県東牟婁郡串本町〇〇1-2-3				
	連絡先	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
		メールアドレス	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 @ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
HPアドレス		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
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	
管理者	フリガナ		クシモト タロウ		(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇) 和歌山県東牟婁郡串本町〇〇1-2-3		
	氏名		串本 太郎				
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無				有 ・ 無		
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(以下、有の場合記載)				有 ・ 無		
	事業所の名称		〇〇居宅介護センター		兼務する職種	管理者	
	事業の種類		居宅介護		勤務時間	午前9時～午後6時	
従事者の数(人職)			相談支援専門員		その他の者		
			専 従	兼 務	専 従	兼 務	
	常勤(人)		1				
	非常勤(人)				1		
	常勤換算後の人数(人)		1		0.5		
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)				有 ・ 無			
総合的な相談支援の実施体制	事業の主たる対象とする障害の種類		有 ・ 無				
	主たる対象としていない者への対応体制		〇〇相談支援事業所と連携して対応する。				
	医療機関や行政との連携体制		自立支援協議会に参加するなど、必要な機関と連携体制を講じる。				
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制		定期的(〇ヵ月に1回)に研修や事例検討会を行い、従業者の質の向上に努める。				
主な揭示事項	営業日		月～金曜日(祝日および12/29～1/3を除く)				
	営業時間		午前9時～午後6時				
	主たる対象者		特定なし ・ 身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 障害児 ・ 難病等対象者				
	その他の費用		運営規程に定めるとおり				
	通常の事業実施地域		串本町、〇〇町、〇〇市				
添付書類		別添のとおり					

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の申請をする場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類」の有無が有の場合に記載すること。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 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様に記載した書類を添付してください。

別紙2

他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員について

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員を全て記載してください。						
1	氏 名		事業所の名称	〇〇居宅介護センター		
	フリガナ	クシモト ハナコ	事業の種類	居宅介護	兼務する職種	居宅介護員
	氏名	串本 花子	勤務時間	午前9時～午後1時		
2	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
3	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
4	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			
5	氏 名		事業所の名称			
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種	
	氏名		勤務時間			

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類			特定相談支援事業・障害児相談支援事業														事業所・施設名														〇〇相談支援事業所									
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										
			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	日										
管理者	常勤・兼務	〇〇 〇〇	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0	0.5							
相談支援専門員	常勤・専従	■■ ■■	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							
相談支援専門員	非常勤・専従	△△ △△	6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			6	6	6	6	6			120	30.0	0.7							
																														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	0.0								
																														0	0.0	0.0								
合計			18	18	18	18	18	0	0	18	18	18	18	18	0	0	18	18	18	18	18	0	0	18	18	18	18	18	0	0	280	70.0	1.7							
			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									

指定を受けようとする事業の種類に"〇"をする。

運営規程に記載してあるサービス提供時間と同じ時間を記載する。

相談支援専門員のための合計にする。

注1 ＊欄は、当該月の曜日を記入してください。

注2 「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、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注3 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4 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)

平面図

事業所の名称	
--------	--

--

- (備考)
- 1 各室の用途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。

備品等一覽表

設けられている室名	備品の品目及び数量
事務室	机 4 台 いす 4 脚 パソコン 4 台
相談室	テーブル 1 台 ソファ 2 脚

(備考) 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。

(参考様式3)

☐ 管 理 者

☐ 相 談 支 援 専 門 員

経 歴 書

事業所の名称		相談支援事業所〇〇	
フリガナ	クシモト イチロウ	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
氏 名	串本 一郎		
住 所	(郵便番号〇〇〇-〇〇〇〇) 和歌山県東牟婁郡串本町〇〇1-2-3		
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		
主な職歴等			
年 月 ~ 年 月	勤務先等	職務内容	
平成28年10月~平成30年11月	〇〇ケアセンター	居宅介護員	
平成30年12月~	〇〇介護センター	相談支援専門員	
職務に関連する資格			
資格の種類		資格取得年月日	
ヘルパー 2 級課程		平成25年10月1日	
備考 (研修等の受講の状況等)			

- (備考) 1 「管理者」及び「相談支援専門員」について作成すること。
- 2 表題の「管理者」「相談支援専門員」の該当箇所にチェックをしてください。
- 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4)

実務経験証明書

年 月

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名
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 日)														
うち業務に従事した日数	日														
職名															
業務内容															
相談支援専門員の 実務経験となる業務 (裏面の区分により 該当するものを○で 囲む)	第1	イ	ロ	第2	イ	ロ	ハ	ニ	第3	イ	ロ	ハ	第4	第5	第6

- (注) 1 施設・事業所の種別欄には、居宅介護、生活介護、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
は、退職した日までの期間を記入してください。
3 うち業務に従事した日数欄は、業務期間中、実際に業務に従事した日数を記載すること。
(1年以上の実務経験とは、業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることをいう)
4 業務内容欄は、看護師、生活支援員等の職名を記入し、業務内容について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
を受けた年月日を記入すること。
5 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。(修正液による訂正は不可)

実務経験となる業務

第1

平成18年10月1日において現にイ又はロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、相談支援の業務（身体上又は精神上的の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立を助ける相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者

第2

イからニに掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場その他これらに準ずる施設の従業者
- ハ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- ニ 保険医療機関の従業者（社会福祉主事任用資格者、ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修の修了者、第7に掲げる資格を有する者、又は第2のイからハに掲げる従事者及び従業者の期間が1年以上の者に該当する者）

第3

イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等（※）が、介護等の業務（身体上又は精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその介護者に対して介護に関する指導を行う業務）に従事した期間

- イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者
- ロ 障害者福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者
- ハ 保険医療機関又は保険薬局、訪問看護事業所その他これに準ずる施設の従業者

第4

第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間

第5

次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これに準ずる施設の従業者

第6

盲学校、聾学校及び養護学校その他これに準ずる機関において、就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事した期間

第7

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練師、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士含む。）又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

※ 社会福祉主事任用資格者等

社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者、保育士、児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者

実務経験期間

- ① 第1の期間が通算して3年以上（※）である者
- ② 第2、第3、第5及び第6の期間が通算して5年以上ある者
- ③ 第4の期間が通算して10年以上ある者
- ④ 第2から第6までの期間が通算して3年以上かつ第7の期間が5年以上ある者

※ 3年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が通算して3年以上であり、かつ当該業務に従事した日数が540日以上であること。

○3年以上（540日以上） ○5年以上（900日以上） ○10年以上（1800日以上）

目

印

日)
間)
第7

。
。

た

。
：可等

上若
こ関

止

也

了
の

害が
の者

奎
章
獲

の従

定事

獲福
柔道
した

尊員

(参考様式5)

実務経験見込証明書

年 月 日

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	日															
職名																
業務内容																
相談支援専門員の 実務経験となる業務 (裏面の区分により 該当するものを ○で囲む)	第1	イ	ロ	第2	イ	ロ	ハ	ニ	第3	イ	ロ	ハ	第4	第5	第6	第7

- (注) 1 施設・事業所の種別欄には、居宅介護、生活介護、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うと見込まれる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)
- 3 うち業務に従事した日数欄は、業務期間中、実際に業務に従事すると見込まれる日数を記載すること(1年以上の実務経験とは、業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることをいう)
- 4 業務内容欄は、看護師、生活支援員等の職名を記入し、業務内容について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。
- 5 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。(修正液による訂正は不可)

実務経験となる業務

第1

平成18年10月1日において現にイ又はロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者

第2

イからニに掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場その他これらに準ずる施設の従業者
- ハ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- ニ 保険医療機関の従業者（社会福祉主事任用資格者、ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修の修了者、第7に掲げる資格を有する者、又は第2のイからハに掲げる従事者及び従業者の期間が1年以上の者に該当する者）

第3

イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等（※）が、介護等の業務（身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務）に従事した期間

- イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者
- ロ 障害者福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者
- ハ 保険医療機関又は保険薬局、訪問看護事業所その他これに準ずる施設の従業者

第4

第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間

第5

次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これに準ずる施設の従業者

第6

盲学校、聾学校及び養護学校その他これに準ずる機関において、就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事した期間

第7

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練師、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士含む。）又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

※ 社会福祉主事任用資格者等

社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者、保育士、児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者

実務経験期間

- ① 第1の期間が通算して3年以上（※）である者
- ② 第2、第3、第5及び第6の期間が通算して5年以上ある者
- ③ 第4の期間が通算して10年以上ある者
- ④ 第2から第6までの期間が通算して3年以上かつ第7の期間が5年以上ある者

※ 3年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が通算して3年以上であり、かつ当該業務に従事した日数が540日以上であること。

○3年以上（540日以上） ○5年以上（900日以上） ○10年以上（1800日以上）

(参考様式6)

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

事業所名	
------	--

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

- ・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。
- ・担当者が不在の場合は、事業所の誰もが知王できるよう相談苦情管理シートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。

<常設窓口>電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

F A X 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

担当者：〇〇 〇〇

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

- ・苦情または相談の遠洋窓口として職員を常駐させ、いつでも対応できるようにする。
- ・事業の内容を具体的に把握して文書化するとともに、相談内容が漏洩しないよう厳重に保管する。
- ・苦情が発生した場合には、下記の手順に従って処理する。

※具体的な対応方法

①苦情受付の記録・報告

当該苦情の受付内容等を記録し、受付したものは管理者に報告する。

②調査・事実確認

報告を受けた管理者は、担当者に対して事実確認を行うとともに、苦情の申し出者に対しても直接聞き取りを行い、事実確認を調査する。

③方針の策定

調査結果に基づいて協議を行い、必要と判断した場合は、速やかに対応を図る。

その際、対応が難しい案件については、町などの関係機関の助言や指導を仰ぐ。

④サービス改善

今後、同様な問題が発生することがないように、事業所内全体でサービスの改善を徹底するとともに、苦情対応への処理内容を記録・保管して、再発防止に役立てる。

3 その他参考事項

- ・苦情対応への公的機関として、以下の窓口を活用する。

権利擁護センター〇〇

電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

(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)

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
------	--

1 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 ・ 精神障害者 ・ 障害児（ ）

※ 障害児について障害種別を特定している場合は、括弧内に記載。

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

指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

串本町長 様

申請者 所在地
名 称
代表者 職 名
氏 名

当法人は、下記に掲げる障害者総合支援法第51条の20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 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、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

串本町長 様

申請者 所在地
名 称
代表者 職 名
氏 名

当法人は、下記に掲げる児童福祉法第24条の28第2項において準用する同法第21条の5の15第3項(第4号、第11号及び第14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

【児童福祉法第21条の5の15第3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。)の従業者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。
5 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。
8	申請者の役員等が、第二十一条の五の二十三第一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取消しの処分を受けた法人の役員等であつた者で、当該取消しの日から起算して五年を経過しないものであるとき。
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上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。

*就業規則を作成していない場合は、下記の項目を満たした規則を作成してください。

《参考例》常勤職員の勤務時間に関する規則

- 1 1日当たりの勤務時間 8時間とする。
始業時間 9時00分
終業時間 18時00分
休憩時間 12時00分～13時00分まで
- 2 週当たりの勤務時間数 40時間とする。
勤務日数 月曜日～金曜日まで（1日8時間、5日勤務）
- 3 休日
土曜日、日曜日
祝日
その他 夏季休暇（8月〇〇日～〇〇日まで）
年末年始（12月29日～1月3日まで）
- 4 その他
（1）業務の都合により、始業・終業時間を繰り上げ、又は繰り下げる場合がある。
（2）業務の都合により、所定時間を越えて勤務を命じることがある。
（3）業務の都合により、休日に勤務を命じることがある。
上記（1）から（3）の勤務を命じる場合は、本人と事前協議する。

(参考様式10)

暴力団排除に関する誓約書

年 月 日

串本町長 宛て

申請者 所在地

名 称

代表者

印

指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者の指定に関し、串本町暴力団排除条例の趣旨を踏まえ、下記の暴力団排除条項に抵触する事実がなく、今後も同条項を遵守することを誓約いたします。

記

- 1 当法人の役員又は使用人(当法人の代表者及び当法人の役員(役員として登記又は届出等はされていないが実質上経営や運営に関与している者を含む。)又は施設若しくは事業所を代表する者及び直接雇用契約を締結している正社員等をいう。以下同じ。)が、暴力団員等(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者をいう。以下同じ。)ではないこと。また、暴力団員等が、経営や運営に事実上参加していないこと。
- 2 当法人の役員又は使用人が、いかなる名義をもってするかを問わず、暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に規定するものをいう。以下同じ。)又は暴力団員等に対して、金銭、物品その他の財産上の利益を不当に与え、便宜を供与し、又は暴力団の維持若しくは運営に協力しないこと。
- 3 当法人の役員又は使用人が、自らの法人、自己若しくは第三者の不正な利益を図り、又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等を利用しないこと。
- 4 当法人の役員又は使用人が、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難される関係を有しないこと。
- 5 当法人の役員又は使用人が、管理の業務の一部を第三者に委託し、又は請け負わせる場合の受託者が前各号のいずれかの規定に抵触するものであると知りながら、当該契約を締結しないこと。