

事業者の指定に係る申請書類一覧
(特定相談支援事業者・障害児相談支援事業者)

事業所の名称		所在地	目黒区
--------	--	-----	-----

※「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れが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
	指定に係る記載事項書		
添付書類	申請者の定款、寄附行為、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		
	備品等一覧表		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資産の状況（貸借対照表、財産目録等）		
	就業規則 ※作成していない場合は参考例の項目を満たした規則を作成すること。		
	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		参考様式8
指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書 指定障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書		参考様式9・10	
役員等名簿		参考様式11	
暴力団排除に関する誓約書		参考様式12	

※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	

受付番号	
------	--

指定特定相談支援事業者
指定障害児相談支援事業者

指定申請書

年 月 日

目黒区長 宛て

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

障害者総合支援法に規定する指定特定相談支援事業者及び児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業者に係る指定を受けたいので、次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					
	事業者の名称					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —)			
	法人の種別		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 —)			
事業所 を受けようとする 事業の種類	フリガナ					
	事業所の名称					
	事業所の所在地		(郵便番号 —)			
	事業の種類		実施指定申請をする事業の 事業	事業開始予定年月日	備考	
	特定相談支援事業					
障害児相談支援事業						
既に特定相談支援事業者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）者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）者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者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者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		

指定特定相談支援
指定障害児相談支援

事業所の指定に係る記載事項書

受付番号	
------	--

事業所	名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
当該事業について定めてある定款、寄附行為等の条文				第 条第 項第 号		
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 -)		
	氏名					
	生年月日					
	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			兼務する職種		
事業の種類			勤務時間			
従事者の職数・職種			相談支援専門員		その他の者	
			専従	兼務	専従	兼務
	常勤（人）					
	非常勤（人）					
	常勤換算後の人数（人）					
他の事業所又は施設の従業者との兼務（有の場合、裏面に記載）			有 ・ 無			
施体制の具体的な方	事業の主たる対象とする障害の種類の設定の有無		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への対応体制					
	医療機関や行政との連携体制					
	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					
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	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			
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類		別添のとおり				

(裏面あり)

(裏面)

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	フリガナ		事業所の名称		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		
2	フリガナ		事業所の名称		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		
3	フリガナ		事業所の名称		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		
4	フリガナ		事業所の名称		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		
5	フリガナ		事業所の名称		
	氏名		事業の種類		兼務する職種
			勤務時間		

(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指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出して
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
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
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ための有無」が
5. 「主な掲示事項」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。

(参考様式1)

平面図

事業所の名称	
--------	--

--

(注) 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)

備品等一覧表

事業所名 ()

設けられている室名	備品の品目及び数量

(注) 執務環境がわかる写真等を添付してください。

(参考様式4)

実務経験証明書

年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

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「居宅介護」「生活介護」等の種別も記入してください。
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。)
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「生活支援員」「看護師」等の職名を記入し、業務内容について具体的に記入してください。
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してください。
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。修正液による訂正は認められません。

(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

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「居宅介護」「生活介護」等の種別も記入してください。
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。)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「生活支援員」「看護師」等の職名を記入し、業務内容について具体的に記入してください。
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してください。
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。修正液による訂正は認められません。

(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	
<p>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</p> <p>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> <p>※具体的な対応方針</p> <p>3 その他参考事項</p>	

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

*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。

