

## 指定申請に必要な書類一覧（相談支援）

申請に必要な書類の種類		備考	該当条文 (省令第34条の27第1項中)
①	申請書	様式第1号	第1号、第2号、第3号、 第11号
	相談支援事業所の指定に係る記載事項	様式第1号の 付表14	第1号、第2号、第8号、 第9号、第11号
②	申請者の定款、寄附行為等及び登記事項証明書	様式任意	第4号
③	事業所の平面図(構造図)	様式第20号	第5号
④	経歴書(管理者及び相談支援専門員)	様式第22号	第6号
	実務経験証明書(相談支援専門員)	様式第23号	第6号
	資格証明書(相談支援専門員)	様式任意	資格を有する者のみ提出
	相談支援専門員研修修了証の写し	様式任意	修了者のみ提出
⑤	運営規程	様式任意	第7号
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	様式第24号	第8号
⑦	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	様式第25号	第9号
	雇用を証明する書類	様式任意	第9号
⑧	当該申請に係る事業に係る資産の状況(財産目録)	様式任意	第10号
⑨	法第40条において準用する同法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書	様式第43号	第12号
	指定相談支援の主たる対象者を特定する理由等	様式第44号	主たる対象者を特定する場合のみ 提出
	事業の具体的内容に関する事項(相談支援)	様式第45号	第12号

受付番号

指定障害福祉サービス事業所(指定障害者支援施設、指定相談支援事業所)指定(更新)申請書

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 所在地  
(設置者) 名称  
代表者の氏名



指定障害福祉サービス事業所 第36条第1項  
指定障害者支援施設 に係る指定(指定の更新)を受けたいので、障害者自立支援法第38条第1項  
指定相談支援事業所 第40条において準用する

第36条第1項 第41条第4項において準用する第36条第1項 第41条第4項において準用する第38条第1項 第41条第4項において準用する第40条 の規定により、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者 (設置者)	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 — ) 県 郡・市					
	法人である場合その種別			法人所轄庁			
	連絡先	電話番号			FAX番号		
		メールアドレス					
	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 — ) 県 郡・市						
指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ						
	名称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 — ) 県 郡・市					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
	サービス事業所	指定障害福祉					
	支援施設	指定障害者					
相談指定事業支援相							
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

備考

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」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、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」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。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。
- 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所の種類と事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

指定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						
	名 称						
	所在地	(郵便番号 - )		郡・市			
		県					
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						
	当該相談支援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(兼務の場合記入)		名称				
兼務する職種及び勤務時間等							
事業開始時の利用者の予定数			人				
従業者の職種・員数(人)		相談支援専門員					
		専 従		兼 務			
		常勤(人)					
		非常勤(人)					
		常勤換算後の人数(人)					
基準上の必要人数(人)				/			
基 準 上 の 必 要 人 数 ( 人 )							
営 業 日							
営 業 時 間							
主たる対象者		特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者					
利 用 料							
そ の 他 の 費 用							
通常の実施地域							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(財産目録))					

備考

- 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記入しないでください。
- 2 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。
- 3 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別添資料として添付して差し支えありません。
- 4 当該指定相談支援サービス以外のサービスを実施する場合には、当該指定相談支援サービス部分とそれ以外のサービス部分の料金の状況が分かるような料金表を提出してください。

様式第20号

事業所の平面図（構造図）

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。



# 実務経験証明書

番 号  
平成 年 月 日

様

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)
業 務 内 容	職名 ( )

- 備考
- サービス管理責任者の資格要件として必要な実務経験について、その実務を経験した施設等の代表者の証明を受けて提出して下さい。なお、資格要件として必要な実務経験が複数の施設等にまたがる場合は、それぞれの施設等からの実務経験証明書を添付して下さい。
  - 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。
  - 業務期間欄は、受験申込者が要援護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。
  - 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、受験申込者の本来業務について、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。  
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。
  - 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。

様式第24号

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。





## 様式第 4 3 号

法第 4 0 条において準用する同法第 3 6 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

平成 年 月 日

宮崎県知事 様

申請者 所在地  
名称  
代表者 住所  
氏名

印

当法人（裏面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 3 6 条第 3 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

#### 【障害者自立支援法第 3 6 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 4 3 条第 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 4 3 条第 2 項の厚生労働省令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。  
（※）児童福祉法、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 5 0 条第 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（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第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 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（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 6 0 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
- 7 申請者が、第 5 0 条第 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 1 5 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 4 6 条第 1 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。
- 8 前号に規定する期間内に第 4 6 条第 1 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 6 0 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。
- 9 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。
- 10 申請者が、法人で、その役員等のうちに第 4 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。
- 11 申請者が、法人でない者で、その管理者が第 4 号から第 9 号までのいずれかに該当する者であるとき。



様式第44号

指定相談支援の主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
------	--

<p>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。</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</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>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>
--

事業の具体的内容に関する事項（相談支援）

(1) サービス利用計画の様式（令第15条）

※添付すること

(2) 相談支援の取扱方針（令第2条）  
（提供する相談支援の評価の方法など）

(3) 衛生管理等の具体的内容（令第22条）  
（従業員の清潔の保持及び健康状態の管理の方法など）

(4) 相談支援専門員の資質の向上のための内容（令第20条）  
（従業員の資質向上のための方法など）