

受付番号	※記載不要
------	-------

記入例

指定障害福祉サービス事業者等指定（更新）申請書

北海道知事 様

住 所

申請者氏名

〔法人にあっては主たる事業所の所在地並びに名称及び代表者の氏名〕

法人
代表者
職 印

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障害福祉サービス事業者（~~指定障害者支援施設~~指定一般相談支援事業者）に係る指定（更新）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。

※ 事業所（施設）所在地市町村番号		※ 記載不要			
申 請 者	フリガナ	シヤカイフクシホウジン ○○フクシカイ			
	氏名（名称）	社会福祉法人 ○○福祉会			
	住所（主たる事務所の所在地）	(郵便番号 ×××-××××) 北海道○○市○○町○丁目○-○			
		(ビルの名称等) 道庁ビル6階			
	法人の種類別	社会福祉法人	法人所轄庁	○○市	
	連絡先	電話番号	011-382-△△△△	FAX番号	011-382-△△△△
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	ドウチョウ タロウ	
			氏名	道 庁 太 郎	
代表者の住所	(郵便番号 ×××-××××) 北海道○○市○○町○丁目○-○				
	(ビルの名称等) 道庁ビル6階				
指 定 （ 更 新 ） を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設 の 種 類	フリガナ	ホッカイコウボウ			
	名 称	北海工房			
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号 ×××-××××) 北海道○○市○○町○丁目○-○			
		(ビルの名称等) 道庁ビル6階			
	同一所在地において行う事業の種類	実施事業	事業開始予定年月日 (更新を受けようとする場合は、既に受けている指定の有効期間満了日)	他法において既に指定を受けている事業等	
				実施事業	法律の名称
指定障害福祉サービス事業所	生活介護	○	H26. 10. 1		
	就労継続支援B型	○	H26. 10. 1		
指定障害者支援施設					
指定一般相談支援事業所(地域移行支援)					
指定一般相談支援事業所(地域定着支援)					
事業所番号	(既に指定を受けている場合)				

- 備考
- 「受付番号」及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄は、記入しないでください。
 - 「法人の種類別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
 - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可等を受けた法人である場合は、その主務行政庁の名称を記入してください。
 - 「同一所在地において行う事業の種類」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、事業の種類を記入してください。
 - 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当欄に「○」を記入してください。
 - 「事業所番号」欄は、指定障害福祉サービス事業者等として既に事業所番号が付番されている場合には、その番号を記入してください。複数の事業所番号を有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。

付表12 就労継続支援事業の指定に係る記載事項

※1 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表
 ※2 従たる事業所のある場合は、付表11-2を併せ

記入例

(就労継続支援(A型)
 就労継続支援(B型))
 ※いずれかに○を付してください。

受付番号

施設	フリガナ	ホッカイクウボウ				運営規程で定める名称・所在地と表記を統一してください。		
	名称	北海工房						
	所在地	(郵便番号 xxx - xxxxx) 北海道〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 (ビルの名称等) 道庁ビル6階						
	連絡先	電話番号	011-382-△△△△	FAX番号	011-382-△△△△			
		メールアドレス	〇〇〇.〇〇 @ 〇〇〇〇〇.or.jp					
管理者	フリガナ	ホッカイ ジロウ		(郵便番号 xxx - xxxxx)				
	氏名	北海 次郎		住所 北海道〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等			第 条第 項第 号					
サービス管理責任者	フリガナ	インカリ タロウ		(郵便番号 xxx - xxxxx)				
	氏名	石狩 太郎		住所 北海道〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇				
従業者の職種・員数	管理者		サービス管理責任者		職業指導員		生活支援員	
	専従		※兼務		専従		※兼務	
	従業者数	常勤(人)	1		1		1	
		非常勤(人)					1	
	常勤換算後の人数(人)		1.0		1.0		1.5	
	基準上の必要人数(人)						1.5	
	その他の従業者		専従		※兼務			
	従業者数	常勤(人)	1					
		非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)		1.0					
基準上の必要人数(人)								
前年度の平均利用者数(人)				18.0				
主な揭示事項								
利用定員		20人						
基準上の必要定員		人						
主たる対象者	特定無し	細分無し	肢体不自由	身体障害者 視覚障害				
	知的障害者	精神障害者	難病等対象者					
	○							
利用料		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第29条第3項に規定する厚生労働大臣が定める費用の額						
その他の費用		食事の提供に要する費用:450円(うち食材料費300円)、その他日常生活費:実費						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している		していない			
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)	011-382-△△△△	担当者	石狩 太郎		
	その他							
協力医療機関		名称	北海医院		主な診療科名	内科・小児科		
多機能型実施の有無								
一体的に管理運営するその他の事業所								
添付書類		別添のとおり(登記事項証明書、事業所平面図、経歴書、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、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、等)						

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「※兼務」欄は、他の障害福祉サービスとの兼務を行う職員について記載してください。
6. 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
7. 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

(参考様式 1)

平面図

記入例

事業所の名称

北海工房

- ・既存の平面図でも差し支えありません。
- ・事業に使用する区画(事務室など)及び設備基準上必要な区画(訓練・作業室、相談室、多目的室、居室、便所、洗面所など)を明示してください。
- ・訓練・作業室、居室については、面積を記載してください(多機能型事業所の場合、サービスごとに使用する訓練作業室を明示すること)。
- ・事業所の外観(入り口等が利用者にとってわかりやすいか)及び内部(訓練・作業室、相談室、浴室、居室等)の広さや様子の分かるような写真(A4の台紙に貼り付けたもの)を添付してください。
- ・なお、写真には番号を付け、どの位置からどの方向に撮影した写真か分かるように、平面図上にその番号と矢印「○→」を記入してください。

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)

〇〇〇経歴書

記入例

事業所の名称	北海工房	
フリガナ	イシカリ タロウ	
氏名	石狩 太郎	
住所	(郵便番号 〇〇〇 - 〇〇〇〇 北海道〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇	
電話番号	011-382-〇〇〇〇	
主な職歴等		
年月 ~ 年月	勤務先等	職務内容
平成5年4月~平成8年3月	社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム〇〇苑	介護職員
平成8年10月~平成26年8月	社会福祉法人××会 障害者支援施設××園	生活支援員
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>要件となる実務経験を満たしているか確認するため、勤務期間、勤務先、職務内容について、漏れのないよう記載してください。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>法人名及び事業所(施設)名を記入してください。</p> </div>		
職務に関連する資格		
資格の種類	資格取得年月日	
・社会福祉主事任用資格	・平成〇〇年〇月〇日	
・介護福祉士	・平成〇〇年〇月〇日	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <p>職務に関連する資格を有している場合には、資格を証する書類の写しを添付してください。</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>サービス提供責任者、サービス管理責任者又は相談支援専門員の要件となっている研修の受講状況を記載し、修了証書の写しを添付してください。 申請書提出時に未受講(受講予定)の場合は、その旨を</p> </div>		
備考(研修等の受講の状況等)		
・平成〇〇年度 相談支援従事者初任者研修修了 ・平成〇〇年度 サービス管理責任者研修(就労分野)修了		

備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」又は「相談支援専門員」と記載してください。

なお、「管理者」以外で、すでに変更届が提出されている場合は、省略できます

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

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3)

記入例

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	北海工房
申請するサービス種類	就労継続支援B型

措置の概要

- 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
 - 相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置く。また、担当者が不在の時は、基本的な事項については全職員が対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぐこととする。
 - 窓口担当 : サービス管理責任者 ○○ ○○
 - 利用時間 : 9:00～16:00（土・日曜日、祝日、年末年始を除く）
 - 電話番号 : 011-382-△△△△
 - 苦情解決責任者 : 管理者 ○○ ○○
- 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順
 - 苦情があった場合は、直ちに担当者が相手方に連絡を取り、直接出向くなどして詳しい事情を聞くとともに、関係職員からも事情を確認します。
 - 担当者が必要と判断した場合には、管理者まで含めて検討会議を開催します。
 - 検討会議を開催しない場合であっても、必ず管理者まで処理結果を報告します。
 - 検討後、翌日までには必ず具体的な対応を行います。
 - 苦情に関する記録を台帳に保管し、今後の再発防止に役立てます。

※ マニュアル等を作成している場合は、添付してください。

3 その他参考事項

- 日頃から苦情が出ないようなサービス提供を心がけます。
（毎日朝礼等での確認、職員に対する研修の実施など）
- 利用者又は家族の方などは、1の窓口の他、次の窓口でも苦情を申し出ることができるものとする。
 - ① ○○市 ○○部 ○○○○課 電話：011-○○-○○○○
 - ② 北海道福祉サービス運営適正化委員会 電話：011-204-6310
（札幌市中央区北2条西7丁目 北海道社会福祉総合センター（かでの2・7）5階）

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。

記入例

・前年度の利用者延べ数÷開所日数
(小数点2位以下切り捨て)
・前年度の実績がない場合は、推定数
(定員×0.9)としてください。

・小数点2位以下を切り捨てて
ください。

(参考様式4)

従業者の勤務の体制及び

サービス種類		就労移行支援		事業所・施設名		北海工房																											
定員	20	前年度の平均実利用者数	18.0	基準上の必要職員数																													
人員配置区分			該当する体制等																								一般型						
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			
			* 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	①常勤・専従	A	8	8	8	8	8	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			
サービス管理責任者	①常勤・専従	B	8	8	8	8	8	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			
生活支援員	①常勤・専従	C	8	8	8	8	8	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			
生活支援員	③非常勤・専従	D	4	4	4	4	4	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			
職業指導員	①常勤・専従	E	8	8	8	8	8	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			
職業指導員	②常勤・兼務	F	6	6	6	6	6	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			
就労支援員	①常勤・専従	G	8	8	8	8	8	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			
就労支援員	②常勤・兼務	H	4	4	4	4	4	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			
事務員	④非常勤・兼務	I	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	40	10.0	0.2			
合計			56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	1,120	280.0	6.9			
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			7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	140					

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。

注2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。

注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、その内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護報酬算定内容」を参照してください。)

注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、

注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨てて

注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください

注7 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及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)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。

・事業所におけるサービス提供時間を記入してください(職員の勤務時間とは異なるので、注意)。
<例>
・職員の勤務時間・・・8:30～17:30
・サービス提供時間・・・9:00～16:00

・事業所・施設名(「事業所・施設名」欄に掲げる体制等状況一覧表)に掲げる体制等状況と同様に記載してください。

・勤務形態(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してください。)

・常勤の職員が通常1週間に勤務する時間を記入してください。

(参考様式5)

設備・備品等一覧表

記入例

サービス種類 (就労継続支援B型)
事業所名 (北海工房)

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
<p>サービス提供上配慮すべき設備の概要</p> <p>○ 訓練・作業室</p> <p>○ 相談室</p> <p>○ 非常災害設備等</p>	<p>○日照、採光、換気等、保健衛生・防災等への考慮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・作業室の南側に窓を設け、日照・採光を確保している。 ・各室に換気扇を設けるとともに、雨天や冬期間以外は、1日に2回程度、職員が窓を開けて換気する。 <p>・独立した一部屋を確保し、相談内容等が漏洩しないよう配慮している。(別添写真のとおり)</p> <p>・建物は耐火構造となっている。</p> <p>・建物にはスプリンクラーを設置している(別添写真のとおり)。</p> <p>・訓練・作業室から直接屋外へ避難できるよう、バルコニー及び車いすでの通行も可能となるようスロープを設置している(別添写真のとおり)。</p> <p>・事務所には、非常通報装置を設置している(別添写真のとおり)。</p>	
室名	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p>建築基準法に基づく確認済証及び消防法に基づく検査済証、消防用設備等点検結果報告書の写しを添付してください。</p> <p>※上記はいずれも、申請するサービスに対応した区分のものが必要となりますので、留意してください。 ※なお、4ページの「5 事業所として使用する物件(建物)について」を参照してください。</p> </div>	

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)

実務経験証明書

記入例

北海道知事 様

他の法人が運営する事業所における実務経験は、当該法人に証明を依頼してください。

号
月2日

施設又は事業所所在地及び名称

〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
社会福祉法人 〇〇福祉会

代表者氏名 理事長 道 庁 太 郎

法 人
代 表 者

電話番号 011-382-△△△△

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	道 庁 次 郎 (生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日)
現 住 所	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
施設又は事業所名	石 狩 工 房 施設・事業所の種別 (知的障害者通所授産施設・指定就労継続支援B型事業所)
業 務 期 間	平成17年4月1日～平成26年4月30日 (8年 1月間)
うち業務に従事した日数	1, 953日
業 務 内 容	職名 (生活支援員) 知的障害者通所授産施設及び指定就労継続支援B型事業所の利用者に対する生活支援業務

- (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等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8)

記入例

指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由

事業所名	北海工房
指定障害福祉サービスの種類	就労継続支援B型

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 ・ 難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

当事業所は、平成〇〇年〇月以来、知的障害者通所授産施設として、知的障害者を受け入れてきました。

しかしながら、事業所は身体障害者に配慮した施設構造となっておらず、作業スペースも狭いことから、特に車いすの利用者の受け入れが困難な状況にあります。

また、精神障害者に関するノウハウに乏しく、精神障害者を受け入れた場合に、十分なサービスの提供ができない恐れがあるところです。

このため、当面の間、主たる対象者を知的障害者に限定してサービスの提供を行うものです。

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

平成〇〇年〇月以降、身体障害者や精神障害をお持ちの利用者も受け入れていくこととします。

(3) 拡充のための方策

今後、施設をバリアフリー化し、また、作業室を拡張するなどの改修を行い、身体障害をお持ちである利用者の受け入れを可能とする予定です。

また、研修を実施するなどして、職員の理解やスキルアップを図り、徐々に精神障害者を受け入れていく予定としています。

雇用確約証明書

記入例

被雇用者氏名		石狩 太郎
被雇用者生年月日		昭和〇〇年〇〇月〇〇日
雇用年月日		平成〇〇年〇〇月〇〇日
勤務事業所	名称	北海工房
	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
勤務事業所のサービス種類		生活介護
被雇用者が従事する職種		生活支援員
勤務形態	常勤 ・ <input checked="" type="radio"/> 非常勤	勤務時間等 月曜日～金曜日 13:00～18:00
	専従 ・ <input checked="" type="radio"/> 兼務	兼務する職種及び勤務時間等 北海工房（就労継続支援B型事業所） 生活支援員 月曜日～金曜日 9:00～12:00

上記のとおり、雇用を確約していることを証します。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

雇用者
(開設者) 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
社会福祉法人 〇〇福祉会
氏名 道 庁 太 郎 印
(法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに
名称及び代表者の氏名)

上記のとおり、相違ありません。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

被雇用者 住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
氏名 石 狩 太 郎 印

備 考

- 1 「勤務形態」欄の「常勤・非常勤」「専従・兼務」は、それぞれ該当する方を○で囲んでください。
- 2 「兼務」は貴法人の他事業の業務を兼ねる場合に○をつけてください（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、児童福祉法以外の業務も含む）
- 3 被雇用者欄は、本人による自筆のこと。