

平成 23 年度

障害福祉サービス等事業者集団指導（説明会）資料

【児童福祉法に基づく指定申請手続等について】

沖縄県福祉保健部

障害保健福祉課

障害児施設・事業者の指定手続きについて

○指定全般

児童福祉法に基づく「障害児通所支援事業」及び「障害児入所施設」を行うには、事業者の指定を受ける必要があります。

事業の種類	支援の種類	指定基準等 (厚生労働省令)	解釈通知(案) (厚生労働省通知)
障害児通所支援事業	○児童発達支援 ○医療型児童発達支援 ○放課後等デイサービス ○保育所等訪問支援	指定基準(通所)	解釈通知(通所)
障害児入所施設	○福祉型障害児入所施設 ○医療型障害児入所施設	指定基準(入所)	解釈通知(入所)
上記事業・施設共通	—	施設基準	—

○参考資料

平成24年4月から改正児童福祉法の施行及び報酬改定等、制度の大幅な変更がありますので、予め下記の参考資料をご覧になったうえで、指定申請手続きを行うようにしてください。

※資料の内容は今後変更があり得ますので、ご注意ください。

- ・(参考)「障害児支援の強化について」参照
(全国障害保健福祉関係主管課長会議資料、平成23年10月31日版)
- ・(参考)平成24年度障害福祉サービス等報酬改定の概要
(障害福祉サービス等報酬改定チーム、平成24年1月31日)
- ・(参考)障害福祉サービス費等の報酬算定構造
(厚生労働省事務連絡、平成24年2月10日)

【欠格事由】

次に該当する場合は、指定を受けることができません。

○申請者が、児童福祉法第21条の5の15第2項各号に規定する欠格事由に該当する場合。

主な欠格事由

- ・申請者が法人でないとき。
- ・申請に係る事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、指定基準を満たしていないとき。
- ・申請者が、指定基準に従って適正な事業の運営をすることができないと認められるとき。

【定款等の記載】

定款等を実施する事業についての記載が必要となります。
 定款等を変更するためには法人所轄庁の認可等が必要となりますので、ご注意ください。

記載例

- 「児童福祉法に基づく障害児通所支援支援事業の経営」
- 「児童福祉法に基づく障害児入所施設の経営」

○申請の手順

指定障害児通所支援事業者及び指定障害児入所施設の指定を受けるための申請の手順は次のとおりです。

- ①関係法令等(上記指定基準等)を確認する。
- ②事前協議に必要な書類を作成する(後記「事前協議」参照)。
- ③事業開始希望日の3ヶ月前までに事前協議を行う。
※ただし、平成24年4～6月の事業開始を希望する事業者は平成24年3月5日(月)までに事前協議を行うこと。
- ④指定申請を行う事業所ごとに申請書類「正本」を作成する。
- ⑤A4タテのフラットファイル(紙ファイル)に書類一式を綴じる。
※「指定申請書提出書類一覧」の番号に対応したインデックスを貼り付けた仕切り用紙をはさむこと。
- ⑥申請書類一式をコピーした「副本」を作成する。
- ⑦事業開始希望日の属する月の前々月末までに正本を提出し、申請者で副本を保管する。
※ただし、平成24年4月の事業開始を希望する事業者は平成24年3月9日(金)までに正本を提出すること。

※事前協議及び指定申請に必要な様式等は、このページの下の方に掲載しています。

【事前協議】

沖縄県では、「事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が指定基準を満たしているかどうか」、「指定基準に従って適正な事業の運営をすることができるかどうか」を事前に確認させて頂くため、次のとおり、指定申請前に事前協議を行います。

○事業開始希望日の3ヶ月前までに事前協議を行ってください。

※ただし、平成24年4～6月の事業開始を希望する事業者は平成24年3月6日(火)までに事前協議を行ってください。

○事前協議は随時受け付けておりますが、調整作業を円滑に行うため、必要書類を作成したうえで、担当者にご連絡願います。

※事前協議の前に必ず関係法令等(上記指定基準等)をご確認ください。

事前協議に必要な書類

①指定に係る記載事項(付表1～6の該当分)

※付表の上欄空白部分に事業開始希望年月日、担当者名、連絡先(電話番号)を記載して下さい。

※付表下欄に記載のある添付書類の提出は不要です。

②「管理者」及び「児童発達支援管理責任者」の経歴書(参考様式3)

③事業所の平面図(参考様式1)、事業所の近隣の状況が分かる地図

※各室の用途及び面積を記載してください。

【みなし指定】



平成23年3月までに指定を受けた指定児童デイサービス事業者は、平成24年4月から指定障害児通所支援(児童発達支援及び放課後等訪問デイサービス)事業者とみなされます。

ただし、みなし期間(平成24年4月から1年間)が経過するとみなし指定の効力は失効となりますので、みなし期間内に指定の申請をする必要が

あることに、ご注意ください。

○指定申請書様式

※後日、様式の追加・修正を行う場合があります。予めご了承ください。

項目	ファイル
①指定申請書提出書類一覧【最初にこの資料をご覧ください】	
②指定申請書提出様式一式	

○リンク集

・【重要】※障害者自立支援法等の改正について・・・(通知、関連資料等を掲載)

沖縄県ホーム | お問い合わせ(代表) | 使用条件 | プライバシーポリシー

〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1-2-2 電話(代表): Tel 098-866-2333 メール(代表): okinawa@pref.okinawa.lg.jp

国 公 民 共 同 協 働 創 造 的 産 業 振 興 法 第 10 条 第 2 項 第 2 号 規 定 に 基 づ いて 設 立 した 公 益 性 有 限 公 司

児童福祉法に基づく事業等指定関係資料

指定申請に係る提出書類一覧

※この用紙の「申請者確認欄」にチェックを入れて指定申請書の一番前に添付して提出してください。指定申請書は、フラットファイルに綴り、この提出書類一覧の番号に対応したインデックスを貼り付けた仕切り用紙をはさんでください。

※写しには必ず原本証明を行ってください。

※押印が必要な書類については、全て印鑑証明書と同じ印鑑を使用してください。

番号	必要（提出）書類	HP掲載状況	備考	申請者確認欄
	障害児通所支援事業等開始届出書	後日掲載	法第34条の3第2項に基づく事業開始届出書	
1	指定障害児通所支援事業及び指定障害児入所施設の指定申請書	○	様式第1号	
2	指定障害児通所支援事業及び指定障害児入所施設の指定にかかる記載事項	○	付表1～6 (該当事業のみ)	
3	印鑑証明書	○		
4	「申請者の定款(写し)又は寄付行為等(写し)及び法人登記簿謄本」又は「条例等」	○		
5	事業所の平面図(併設の場合は、本体施設の平面図を含む。) (建物が法人所有の場合は建物の登記簿謄本を提出。) (建物が賃貸の場合は賃貸借契約書等の書類を提出。)	○	参考様式1	
6	備品等一覧表	○	参考様式2	
7	事業所内外の写真	○		
8	「管理者」及び「児童発達支援管理責任者」の経歴書	○	参考様式3	
9	児童発達支援管理責任者の実務経験証明書	○	参考様式7	
10	運営規程	後日掲載	モデルあり	
11	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	○	参考様式4	
12	従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表	○	参考様式5	
13	法人の資産状況(貸借対照表及び財産目録等)	○		
14	事業計画書(当該事業に係る分)	○		
15	収支予算書(当該事業に係る分)	○		
16	損害保険証書(写し)※内容が分かるパンフレット等を添付	○		
17	従業員の資格を証明する書類(写し)	○		
18	重要事項説明書	後日掲載	モデルあり	
19	児童福祉法第21条の5の15第2項各号該当しない旨の誓約書及び役員等名簿※役員等名簿には管理者の記名・押印も行うこと	○	参考様式6	

(様式例第1号)

受付番号

障害児通所支援事業所
指定申請書
障害児入所支援施設

平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者 (設置者) 所在地
名 称
代表者

印

児童福祉法に規定する障害児(通所・入所)支援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			
	名 称			
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー) 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	
	代表者の職・氏名		職 名	フリガナ 氏 名
指定を受けようとする事業等の種類	代表者の住所		(郵便番号 ー) 県 郡・市	
	フリガナ			
	名 称			
	施設又は事業所の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡・市	
	事業等の種別		指定申請する事業等の支援開始年月日	様 式
	同一施設内において行う事業等の種類		事 業 者 番 号	
備 考				

(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、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」「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。
- 「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、その全てを記載してください。

(別紙)

他の法律において既に指定を受けている事業等について

法律の名称	指定年月日	指定事業所番号

主として通わせる児童の障害の種別

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号		—) 県		郡・市	
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号		—	
	氏名								
事業所等の名称									
当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		兼務する職種及び勤務時間等							
当該支援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				
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所		(郵便番号		—	
	氏名								
従業者の職種・員数		嘱託医		児童指導員		保育士		栄養士	
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		調理員		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士	
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		看護師							
		専従 兼務							
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場 医務室 相談室 調理室 便所 静養室 聴力検査室 (設置部分を○でかこむ)			
		指導訓練室		n(児童1人当たり)		n(児童1人当たり)以上			
		遊戯室		n(児童1人当たり)		n(児童1人当たり)以上			
主な揭示事項									
営業日									
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)							
利用定員		人							
利用料									
その他の費用									
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)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
地域の障害児への援助の実施状況		有・無							
多機能型実施の有無		有・無							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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(貸借対照表・財産目録等)、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) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」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業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. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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。

付表2 児童発達支援事業所(児童発達支援センターであるものを除く)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別

()

受付番号

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号					FAX番号		
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)		
	氏名					住所			
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の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			
当該支援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			
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)		
	氏名								
従業者の職種・員数		指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		児童指導員		嘱託医		看護師			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備		指導訓練室				有 ・ 無			
主な掲示事項									
営業日									
営業時間									
サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)									
利用定員									
人									
利用料									
その他の費用									
実施サービス									
送迎サービス									
有 ・ 無									
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)									
担当者									
その他									
協力医療機関									
名称									
主な診療科名									
多機能型実施の有無									
有 ・ 無									
一体的に管理運営される他の事業所									
添付書類									
別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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(貸借対照表・財産目録等)、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)									
利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項									

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」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. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等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。

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
管理者	連絡先	電話番号				FAX番号			
	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				住所				
当該事業所の他の職務又は同一敷地内の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							
当該支援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				
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				住所				
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員					
		専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)		指導訓練室 屋外訓練場 相談室 調理室 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備 * 医療法に規定する診療所として必要な設備を満たしていること							
主な揭示事項									
営業日									
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)							
利用定員		人							
利用料									
その他の費用									
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)		担当者			
		その他							
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無							
多機能型実施の有無		有 ・ 無							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、医療法第7条の許可を受けた診療所であることを証する書類、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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(貸借対照表・財産目録等)、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)利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」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。(裏面につづく)
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. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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。

付表4 放課後等デイサービス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 -) 県 郡・市								
	連絡先	電話番号					FAX番号			
管理者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)			
	氏 名					住所				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の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			
当該支援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				
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)			
	氏 名									
従業者の職種・員数		指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備 考										
基準上の必要人数(人)										
設備		指導訓練室				有 ・ 無				
主な掲示事項										
営業日										
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)								
利用定員		人								
利用料										
その他の費用										
実施サービス		送迎サービス		有 ・ 無						
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)		担当者				
		その他								
多機能型実施の有無		有 ・ 無								
一体的に管理運営される他の事業所										
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項								

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」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. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等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。

付表5 保育所等訪問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 -) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏 名			住所		
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の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			
当該支援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	
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)
	氏 名				住所	
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備 考						
基準上の必要人数(人)						
設備		専用の区画		有 ・ 無		
主な掲示事項						
営業日						
営業時間		サービス提供時間				
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
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)	担当者	
		その他				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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(貸借対照表・財産目録等)、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) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児通所給付費の請求に関する事項				

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」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. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、保護者等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。

障害児通所支援事業所に係る多機能型による
事業を実施する場合の記載事項(総括表) その1



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
(注)多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。					
事業所2	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
事業所3	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
事業所4	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
事業所5	フリガナ 名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)
	氏名				
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等	
主たる対象とする障害の種類	無し	難聴	重症心身障害	その他	
	実施事業		児童発達支援サービス単位 有 無	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス単位 有 無
主たる事業所					
従たる事業所					
定員(人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイ	保育所等訪問支援
合計					
主たる事業所					
従たる事業所					



受付番号

従業者の職種・員数														
			児童発達支援 管理責任者		医師 (嘱託医含む)		児童指導員		保育士		指導員		看護師	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
主たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
従たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
			理学療法士又 は作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当 職員		訪問支援員		栄養士		調理員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	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)													
主たる事業所	従業者数	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)													
従たる事業所	従業者数	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)													

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」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業に記載した書類を添付してください。
3. 児童発達支援又は放課後等デイサービスに単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別業にサービス単位ごとの定員を記載してください。

(様式第2号)

変 更 届 出 書

年 月 日

沖縄県知事 殿

住 所
事 業 者 (所在地)
(施設の設置者)氏 名 印
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した施設	事業所番号
	名 称
	所 在 地
	支 援 の 種 類
変更があった事項	変更の内容
1:事業所(施設)の名称	(変更前)
2:事業所(施設)の所在地(設置の場所)	
3:申請者(設置者)の名称	
4:主たる事務所の所在地	
5:代表者の氏名及び住所	
6:定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	
7:医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	
8:事業所(施設)の平面図及び設備の概要	(変更後)
9:事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	
10:事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所	
11:主たる対象者	
12:運営規程	
13:障害児(入所・給付)費の請求に関する事項	
15:協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	
変更年月日	平成 年 月 日

備考1 該当項目番号に○を付してください。

2 変更内容がわかる書類を添付してください。

3 変更の日から10日以内に届け出てください。

(様式第3号)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

沖縄県知事 殿

住 所
事業者 (所在地)
氏 名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり支援の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

廃止(休止・再開)する施設	事業所番号
	名 称 所在地
廃止・休止・再開した年月日	平成 年 月 日
廃止・休止した理由	
現に指定(入所・通所)支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合のみ)	
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日

- (注) 1 支援の再開に係る届出にあつては、当該施設に係る職員の勤務の体制及び勤務形態が
休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
2 再開の場合は、休止した事業を再開したときから10日以内に届け出てください。
3 休止又は廃止の場合は、指定通所支援事業を廃止または休止しようとする日の1月前までに
届け出てください。

(様式第4号)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

沖縄県知事 殿

設 置 者 (所在地)
住 所
氏 名
(名称及び代表者氏名) 印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

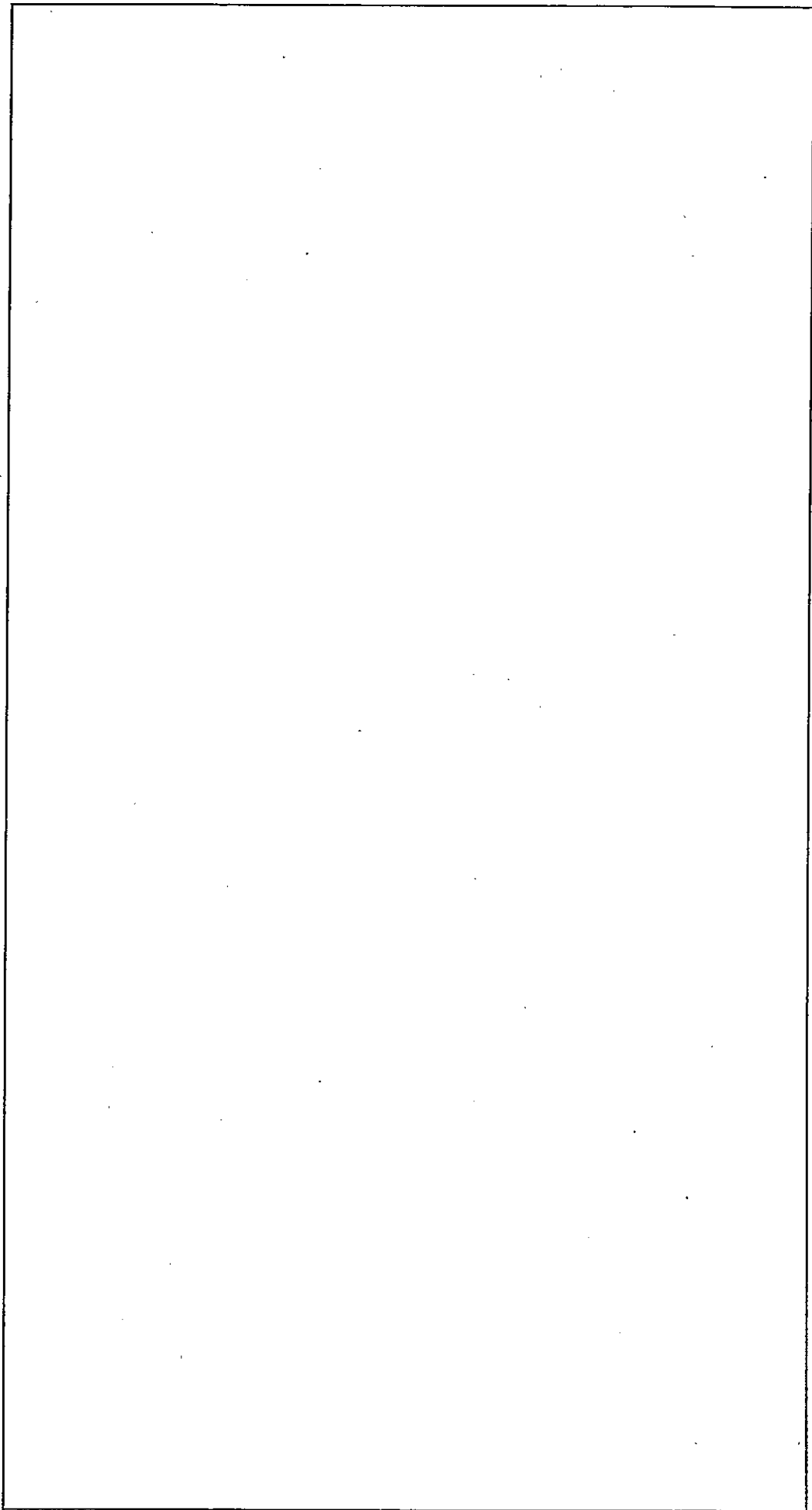
指定を辞退する施設	事業所番号
	名 称
	所 在 地
指定を受けた年月日	平成 年 月 日
指定を辞退する年月日	平成 年 月 日
指定を辞退する理由	
現に施設に入所している者に対する措置	

(注) 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

(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。
- 備考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。
- 備考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)

従業者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	均 毎 週 の 勤 務 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	②	③	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者全員 (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 ① 8 : 30 ~ 17 : 00、② 16 : 30 ~ 1 : 00、③ 0 : 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

沖縄県知事 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様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、その取消しの日から起算して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、当該取消しの日から起算して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 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様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。