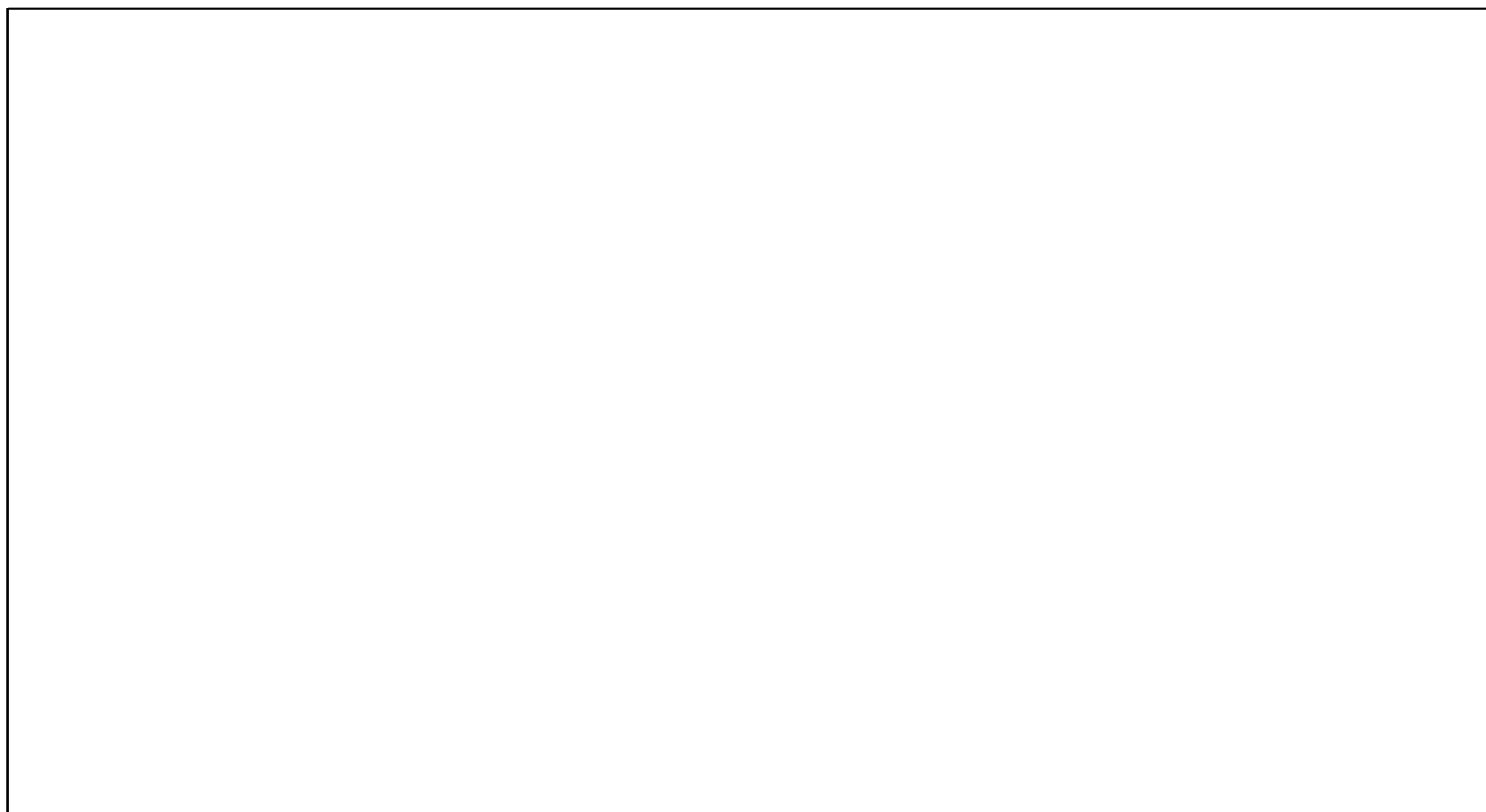


(参考様式1)

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。

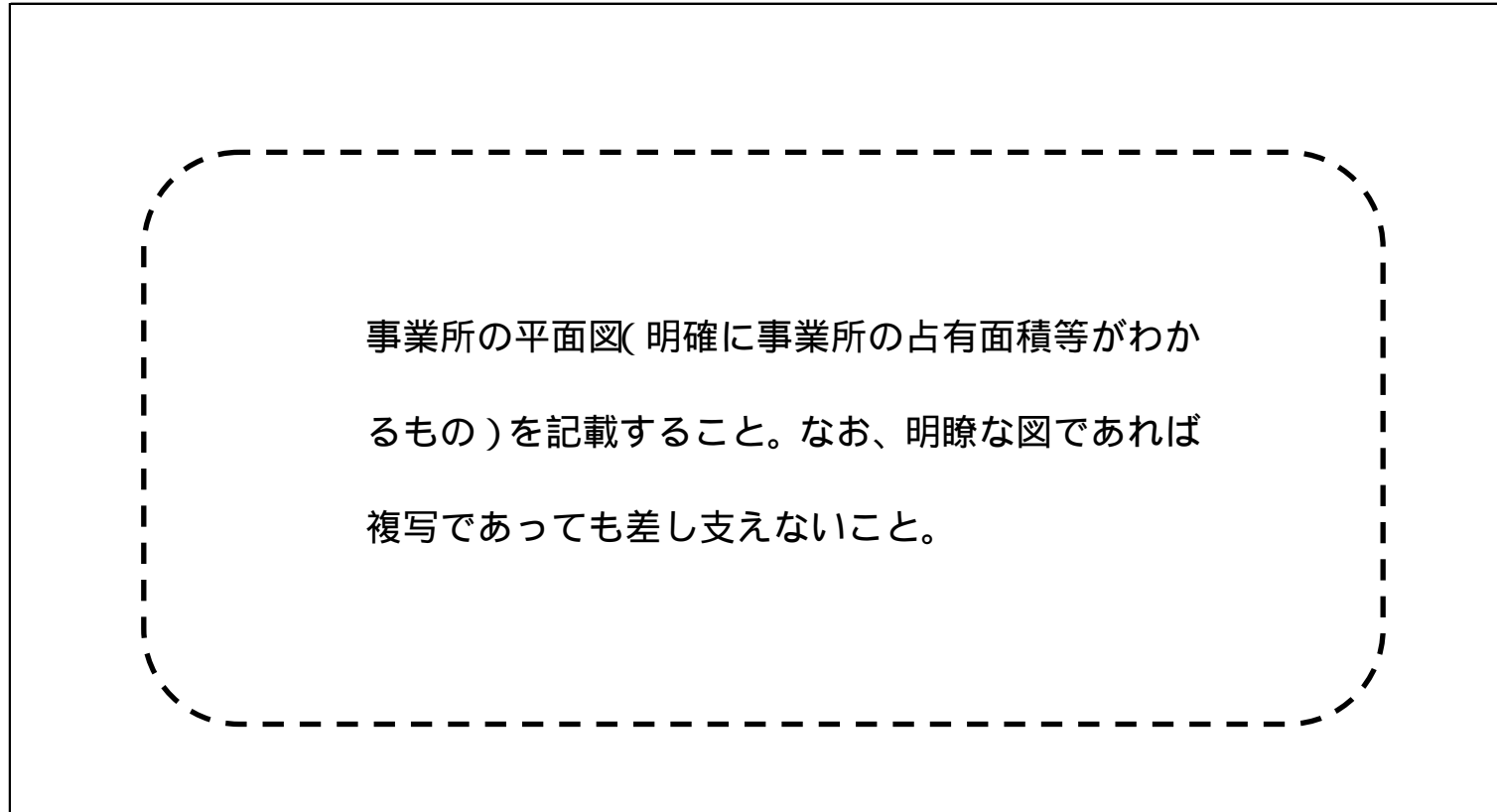
(別紙及び記載例)

記載例

(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

サービス種類( )  
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2)

記載例

## 設備・備品等一覧表

サービス種類(生活介護)  
事業所名(デイリーケア霞の園)

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		
相談室	・室内における相談時におけるプライバシー保護に配慮し、間仕切りを設けている。 (パーテーション)	
非常災害設備等		
消火設備	・消防法に適合したものを備えている。 (スプリンクラー、消火栓、消火器)	
室名	備品の品目及び数量	

サービス提供にあたり、指定基準上、また各法令上必要な設備について具体的かつ明確に記載すること。

なお、適合の可否欄には申請者は記入しないこと。

- 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。

(別紙及び記載例)



(参考様式3)

管理者経歴書

記載例

事業所の名称	東京霞ヶ丘園		
フリガナ	カミジロウ	生年月日	昭和 年 月 日
氏名	霞 二郎		
住所	(郵便番号160-0000) 東京都新宿区 1-2-3		
電話番号	03-0000-0101		
主な職歴等			
年月 ~ 年月	勤務先等	職務内容	
昭和 年月日 ~ 平成 年月日	社会福祉法人 会知的障害者入所更生施設 学園	介護職員	
平成 年月日 ~ 平成 年月日	社会福祉法人 ×会知的障害者通所授産施設 の郷	生活支援員	
平成 年月日 ~ 平成 年月日	同上	生活支援係長	
職務に関連する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
介護福祉士	平成 年 月 日		
社会福祉士	平成 年 月 日		
備考(研修等の受講の状況等)			

勤務歴、勤務先、職務内容、職名等について、もれなく記載すること。

資格についても、明確に記載すること。

- 備考1 「 」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。
- 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4)

## 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 業務、 実施要綱の 事業の 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。

(別紙及び記載例)

(参考様式4)

記載例

# 実務経験証明書

番号  
県知事様 平成 年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称  
東京都千代田区大手町  
社会福祉法人 ×会  
代表者氏名 丸の内 太郎  
電話番号 03-0000-1000

印

押印は、証明者が  
が行い、訂正は  
無効であるこ  
と。

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	大手町 大介 (生年月日 年 月 日)
現住所	東京都中央区 1 - 2 - 3
施設又は事業所名	の郷 施設・事業所の種別 ( 身体障害者入所更生施設 )
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
業務内容	職名 ( 生活支援員 ) 入所者に対する介護業務

- (注)
- 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、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、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 業務、 実施要綱の 事業の 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。



(参考様式5)

## 実務経験見込証明書

番 号

様 平成 年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

印

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、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. 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業務、実施要綱の事業の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5)

# 実務経験見込証明書

記載例

県知事 様 平成 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称  
東京都千代田区大手町

社会福祉法人 ×会  
代表者氏名 丸の内 太郎  
電話番号 03-0000-1000

印

押印は、証明者が行い、訂正は無効であること。

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	大手町 大介 (生年月日 年 月 日)
現 住 所	東京都中央区 1 - 2 - 3
施設又は事業所名	の郷 施設・事業所の種別 ( 身体障害者入所更生施設 )
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
業 務 内 容	職名 ( 生活支援員 ) 入所者に対する介護業務

- (注)
- 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、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)
  - 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 業務、実施要綱の 事業の 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。



(参考様式6)

記載例

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	東京霞ヶ丘園
申請するサービス種類	施設入所支援

措置の概要	
1	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談、苦情に対する窓口として、相談担当者を設けている。</li> <li>また、従業員の誰もが対応可能なように、相談・苦情等対応票を作成し、担当者に引き継げるよう配慮している。</li> <li>相談担当: 電話 - - FAX: - -</li> <li>担当:</li> </ul> <p>利用者には契約時、配布物及び掲示物等で周知を図っている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>苦情について適切に対処するため、事業所関係者、利用者以外の公正・中立な「第三者委員」を設置し、双方に対し助言を行うなど、問題解決における重要な役割を果たしてもらっている。</li> <li>「第三者委員」 (弁護士)、 (法人 役)</li> </ul>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>相談や苦情があったときは、利用者の状況を詳細かつ的確に把握するよう必要に応じて訪問する等のきめ細やかな体制をとっている。</li> <li>担当者は管理者へ内容について検討を行い、対応を決定する。</li> <li>対応内容に基づき必要に応じて連絡等を行うと共に、利用者への結果報告を行う。</li> </ul> <p>具体的な対応方針</p>
3	<p>その他参考事項</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>当事業所において処理し得ない内容でも、適切な対応方法を利用者の立場に立って誠実かつ熱心に検討し、対処する。</li> </ul>

対応窓口について、体制、及び担当者、連絡先について記載すること。

対応手続、体制について、具体的かつ明確に記載すること。

その他必要な事項について記載すること。

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。

(別紙及び記載例)

(参考様式7)

指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害福祉サービスの種類	

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 で困むこと。
	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	
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	

(別紙及び記載例)

(参考様式7)

指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由等

記載例

事業所名	霞ヶ丘機能訓練事業所
指定障害福祉サービスの種類	自立訓練(機能訓練)

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

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

前身の施設が身体障害者更生施設であり、施設の構造・設備や職員体制が  
肢体不自由者の機能訓練に特化したものであるため。

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

対象を特定する理由について具体的かつ明確に記載すること。

対象を拡大する予定がある場合、この時期、及び方策について記載すること。

(参考様式 8)

障害者自立支援法第 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

知事(市長) 様

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 5 年を経過しないものを含む。)であるとき。
- 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。

(参考様式 8)

記載例

障害者自立支援法第 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

知事 様

申請者 所在地 東京都千代田区霞が関 1  
名称 社会福祉法人 会  
代表者 住所 東京都江東区 1 - 2 - 3  
氏名 霞 一郎

印

当法人（別紙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員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しの日から起算して 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しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。
- 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。

(別紙及び記載例)





(参考様式9)

記載例

## 役員等名簿

申請者(法人)名 ( 社会福祉法人 会 )

(ふりがな) 氏名	生年月日	(ふりがな) 住所		押印
	役職名・呼称	TEL	FAX	
かすみ いちろう 霞 一郎	昭和 年 月 日	とうきょうとこうとうく 東京都江東区 1 - 2 - 3		印
	理事長	03-0000-0010	03-0000-0010	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03-0000-00	03-0000-00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03-0000-00	03-0000-00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03-0000-00	03-0000-00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03-0000-00	03-0000-00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03-0000-00	03-0000-00	
	昭和 年 月 日	とうきょうとく 東京都 区 1 - -		印
	理事	03-0000-00	03-0000-00	

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等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。

(別紙及び記載例)