（標準様式１）

指定障害福祉サービス等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等の種類	

１　申請に係る指定障害福祉サービス等の主たる対象者

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　　（　有り　・　無し　）

（２）拡充予定の内容及び予定時期

（３）拡充のための方策

（標準様式２）

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　　名	
指定障害福祉サービス等の種類	

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

（標準様式3）

誓 約 書

年　　月　　日

戸田市長 殿

申請者　（名称）

（代表者の職名・氏名）

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①：障害福祉サービス事業者向け
	別紙②：障害者支援施設向け
	別紙③：一般相談支援事業者向け
	別紙④：特定相談支援事業者向け
	別紙⑤：障害児通所支援事業者向け
	別紙⑥：障害児入所施設向け
	別紙⑦：障害児相談支援事業者向け

注　該当する種別に〇を付けてください。

（別紙④：特定相談支援事業者向け）

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51条の20第2項において準用する同法第36条第3項

一　申請者が法人でないとき。

二　当該申請に係る特定相談支援事業所（第五十一条の二十第一項に規定する特定相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第五十一条の二十四第一項の主務省令で定める基準を満たしていないとき。

三　申請者が、第五十一条の二十四第二項の主務省令で定める指定計画相談相談の事業の運営に関する基準に従って適正な特定相談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。

五　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。

五の二　申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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。

六　申請者が、第五十条第一項（同条第三項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）、第五十一条の二十九第一項若しくは第二項又は第七十六条の三第六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五年を経過しない者（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（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその特定相談支援事業を管理する者その他の政令で定める使用人（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五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六十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五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援事業者（第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定特定相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定特定相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして主務省令で定めるものに該当する場合を除く。

七　申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として主務省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として主務省令で定めるものの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として主務省令で定めるもののうち、当該申請者と主務省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第五十条第一項、第五十一条の二十九第一項若しくは第二項又は第七十六条の三第六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五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定特定相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定特定相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして主務省令で定めるものに該当する場合を除く。

八　申請者が、第五十条第一項、第五十一条の二十九第一項若しくは第二項又は第七十六条の三第六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十五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四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四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五年を経過しないものであるとき。

九　申請者が、第四十八条第一項（同条第三項において準用する場合を含む。）又は第五十一条の二十七第一項若しくは第二項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として主務省令で定めるところにより都道府県知事又は市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四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五年を経過しないものであるとき。

十一　申請者が、指定の申請前五年以内に相談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。

十二　申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号から第六号まで、第八号、第九号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

（別紙⑦：障害児相談支援事業者向け）

児童福祉法第24条の28第2項において準用する同法第21条の5の15第3項

一　申請者が法人でないとき。

二　当該申請に係る障害児相談支援事業所（第二十四条の二十八第一項に規定する障害児相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第二十四条の三十一第一項の内閣府令で定める基準を満たしていないとき。

三　申請者が、第二十四条の三十一第二項の内閣府令で定める指定障害児相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な障害児相談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。

五　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。

五の二　申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるもの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。

六　申請者が、第二十四条の三十六又は第三十三条の十八第六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五年を経過しない者（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（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその障害児相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（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五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六十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五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援事業者（第二十四条の二十六第一項第一号に規定する指定障害児相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして内閣府令で定めるものに該当する場合を除く。

七　申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として内閣府令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として内閣府令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として内閣府令で定めるもののうち、当該申請者と内閣府令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第二十四条の三十六又は第三十三条の十八第六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五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして内閣府令で定めるものに該当する場合を除く。

九　申請者が、第二十四条の三十六又は第三十三条の十八第六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十五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二十四条の三十二第二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五年を経過しないものであるとき。

十　申請者が、第二十四条の三十四第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として内閣府令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第二十四条の三十二第二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五年を経過しないものであるとき。

十二　申請者が、指定の申請前五年以内に障害児相談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。

十三　申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第九号から前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

（参考様式）

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

2024 年 5 月

サービス種別	特定相談支援・障害児相談支援
事業所名	
(1)記載する期間	
(2)予定/実績の別	

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 時間/週 時間/月

No.	(4)職種 ※選択肢にない職種については直接入力してください	(5)勤務形態	(6)資格	(7)氏名	(8) 第１週 1 水	2 木	3 金	4 土	5 日	6 月	7 火	第２週 8 水	9 木	10 金	11 土	12 日	13 月	14 火	第３週 15 水	16 木	17 金	18 土	19 日	20 月	21 火	第４週 22 水	23 木	24 金	25 土	26 日	27 月	28 火	第５週 29 水	30 木	31 金	(9)勤務時間数合計	(10)週平均の勤務時間数	(11)兼務状況（兼務先／兼務する職務の内容）等
1																																			0	0.0	
2																																			0	0.0	
3																																			0	0.0	
4																																			0	0.0	
5																																			0	0.0	
6																																			0	0.0	
7																																			0	0.0	
8																																			0	0.0	
9																																			0	0.0	
10																																			0	0.0	
11																																			0	0.0	
12																																			0	0.0	
13																																			0	0.0	
14																																			0	0.0	
15																																			0	0.0	
16																																			0	0.0	
17																																			0	0.0	
18																																			0	0.0	
19																																			0	0.0	
20																																			0	0.0	
合計					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
サービス提供時間																																					

＜前６か月の平均値＞※新規申請の場合は推定数を記載ください。

	11月	12月	1月	2月	3月	4月	計	平均利用者数	相談支援専門員の数の標準
障害者							0	0.0	0.0
障害児							0		

＜人員基準に関する実人数集計＞

	管理者		相談支援専門員		相談支援員		－		－		－		－		－	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非常勤	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
常勤換算数	記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください	

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

(1) 「４週」・「暦月」のいずれかを選択してください。

(2) 「予定」・「実績」のいずれかを選択してください。

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。

(4) 従業者の職種を入力してください。
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

(5) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号を入力してください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

（注）常勤・非常勤の区分について
当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。
（例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。）

(6) 従業者の保有する資格を入力してください。
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
※選択した資格及び研修に関して、**必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。**

(7) 従業者の氏名を記入してください。

(8) 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。

(9) 常勤の職員の休暇等については、その期間が暦年で１月を超えるものでない限り、常勤換算の計算上は勤務したものとみなすことができます。
その場合、勤務時間欄には「休」と記入し、勤務時間の合計に含めてください（非常勤職員の休暇等は常勤換算の計算に含めることはできません）。
※指定基準の確認に際しては、４週分の入力で差し支えありません。

(10) 従業者ごとに、合計勤務時間数を入力してください。
※ 入力することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。

(11) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数を入力してください。

(12) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称、兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご活用ください。

(13)本表には計算式を設定していますが、結果に誤りがないかご確認ください。

(14) 必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

2024 年 5 月

サービス種別	特定相談支援・障害児相談支援
事業所名	
(1)記載する期間	
(2)予定/実績の別	

(3)事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数 時間/週 時間/月

No.	(4)職種 ※選択肢にない職種については直接入力してください	(5)勤務形態	(6)資格	(7)氏名	(8) 第１週 1 水	2 木	3 金	4 土	5 日	6 月	7 火	第２週 8 水	9 木	10 金	11 土	12 日	13 月	14 火	第３週 15 水	16 木	17 金	18 土	19 日	20 月	21 火	第４週 22 水	23 木	24 金	25 土	26 日	27 月	28 火	第５週 29 水	30 木	31 金	(9)勤務時間数合計	(10)週平均の勤務時間数	(11)兼務状況（兼務先／兼務する職務の内容）等
1	管理者	A		A																															0	0.0	
2	相談支援専門員	B		B																															0	0.0	
3	相談支援専門員	C		C																															0	0.0	
4	相談支援員	D		D																															0	0.0	
5																																			0	0.0	
6																																			0	0.0	
7																																			0	0.0	
8																																			0	0.0	
9																																			0	0.0	
10																																			0	0.0	
11																																			0	0.0	
12																																			0	0.0	
13																																			0	0.0	
14																																			0	0.0	
15																																			0	0.0	
16																																			0	0.0	
17																																			0	0.0	
18																																			0	0.0	
19																																			0	0.0	
20																																			0	0.0	
合計					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
サービス提供時間																																					

＜前６か月の平均値＞※新規申請の場合は推定数を記載ください。

	11月	12月	1月	2月	3月	4月	計	平均利用者数	相談支援専門員の数の標準
障害者	85	86	86	86	88	90	521	106.7	3.0
障害児	20	21	21	21	19	17	119		

＜人員基準に関する実人数集計＞

	管理者		相談支援専門員		相談支援員		－		－		－		－		－	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非常勤	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
常勤換算数	記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください		記載する期間を選択してください	

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。
(1) 「４週」・「暦月」のいずれかを選択してください。
(2) 「予定」・「実績」のいずれかを選択してください。
(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
(4) 従業者の職種を入力してください。
　記入の順序は、職種ごとにまとめてください。
(5) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号を入力してください。

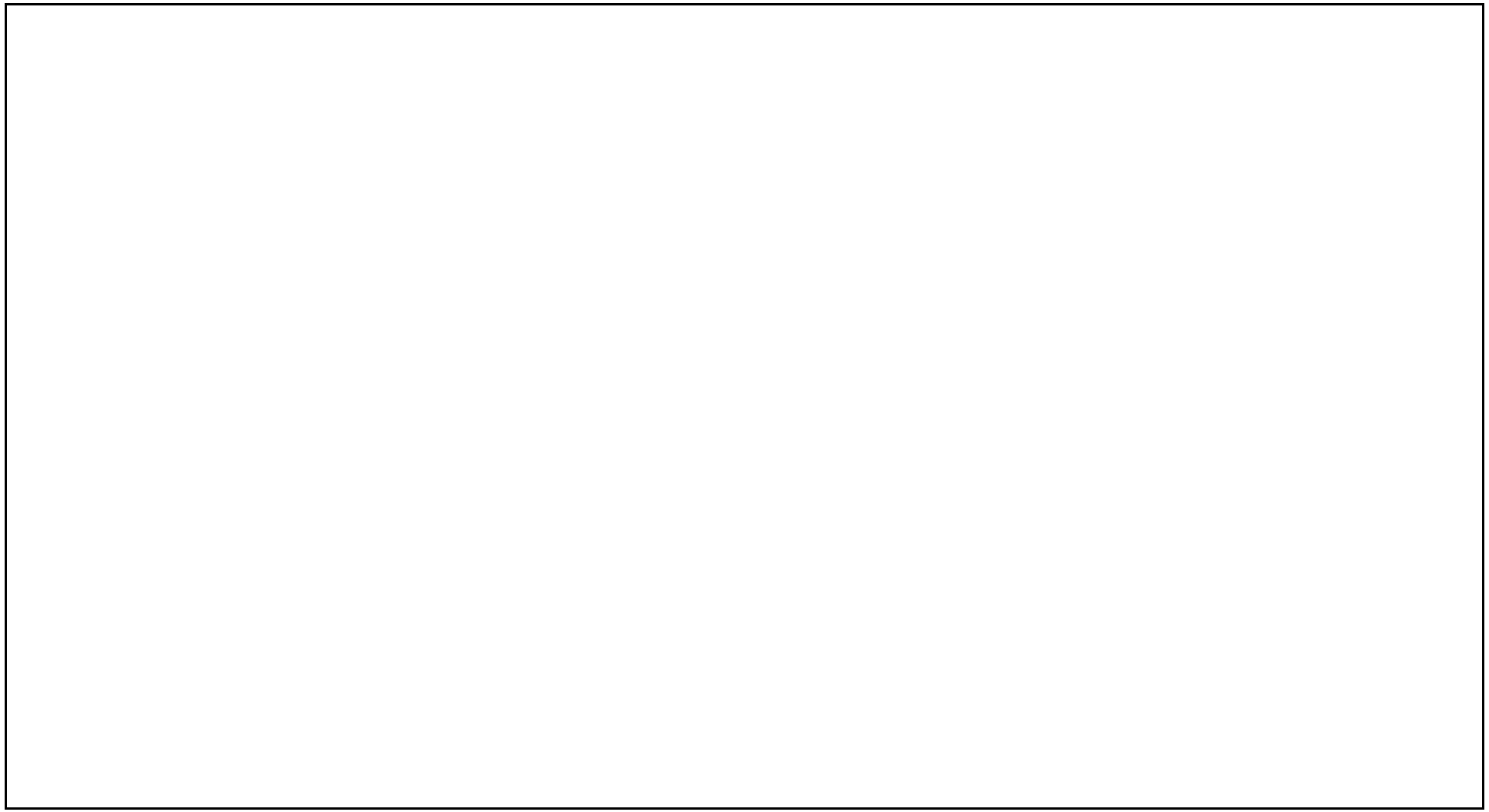
記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

（注）常勤・非常勤の区分について
　当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。
　（例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。）
(6) 従業者の保有する資格を入力してください。
　保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
　※選択した資格及び研修に関して、**必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。**
(7) 従業者の氏名を記入してください。
(8) 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。
(9) 常勤の職員の休暇等については、その期間が暦年で１月を超えるものでない限り、常勤換算の計算上は勤務したものとみなすことができます。
　その場合、勤務時間欄には「休」と記入し、勤務時間の合計に含めてください（非常勤職員の休暇等は常勤換算の計算に含めることはできません）。
　※指定基準の確認に際しては、４週分の入力で差し支えありません。
(10) 従業者ごとに、合計勤務時間数を入力してください。
　※ 入力することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
(11) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数を入力してください。
(12) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称、兼務する職務の内容について記入してください。
　同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
　その他、特記事項欄としてもご活用ください。
(13)本表には計算式を設定していますが、結果に誤りがないかご確認ください。
(14) 必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

（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）

○○○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　「管理者」及び「相談支援専門員」について作成すること。

２　「○○○」には、「管理者」又は「相談支援専門員」と記載してください。

３　住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

４　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。

５　相談支援専門員については、相談支援従事者初任者（現任）研修の終了した旨の証明書を添付すること。

（参考様式３）

実 務 経 験 証 明 書

番　　号

様　　令和　　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４）

実 務 経 験 見 込 証 明 書

番　　号

様　　令和　　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。