

別添

居宅介護等事業者の指定申請に係る添付書類一覧
(重度訪問介護、同行援護、行動援護もこれと同様です。)

| | |
|------|--|
| 受付番号 | |
|------|--|

(申請の際には、この書類も添付してください。)

| | |
|--------------|--|
| 主たる事業所・施設の名称 | |
|--------------|--|

| 番号 | 申請書及び添付書類 | 申請者確認欄 | 備考 |
|-----|---|--------|------------------|
| 申請書 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書(第1号様式) | | |
| | 居宅介護事業所等の指定に係る記載事項(付表1) | | |
| | 居宅介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項(付表1-2) <該当する事務所がある場合> | - | |
| 1 | 申請者の定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等 | | |
| 2 | 事業所の平面図(外観及び内部の様子のわかる写真)、設備・備品一覧 | | 参考様式1 |
| 3 | 管理者の経歴書 | | 参考様式3 |
| 4 | サービス提供責任者経歴書(ヘルパー2級の者の場合及び同行援護、行動援護の指定申請に当たっては、参考様式4と資格証の写しも提出) | | 参考様式3 (参考様式4) |
| 5 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表、資格証等の写し(同行援護、行動援護の従事者は参考様式4も提出)、組織体制図、就業規則 | | 別紙2 |
| 6 | 運営規程 | | |
| 7 | 利用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6 |
| 8 | 当該申請事業に係る資産状況(資産(財産)目録、事業計画書、収支予算書、損保証書写等) | | |
| 9 | 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 | | 参考様式7 |
| 10 | 障害者自立支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 | | 参考様式8、9 |

備考1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 「申請者確認欄」の該当欄に「○」印を付し、添付書類等に漏れがないように確認してください

| 担当者連絡先 | |
|---|-------|
| 提出いただいた申請書類に記載された内容等について、問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。 | |
| 事業者名 | |
| メールアドレス | |
| 連絡先 | (電話) |
| | (FAX) |
| 担当者名 | |

別記

第1号様式(第2条関係)

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
指定申請書

年 月 日

京都府知事

様

申請者
(設置者) 所在地
名称
代表者

印

障害者自立支援法に規定する(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)に係る指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | |
|---------------------|---|--------------------------|-----------|-----------------------------|----|
| 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 —) | | |
| | 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 | |
| 代表者の住所 | | (郵便番号 —) | | | |
| 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 —) | | |
| | 同一所在地において行う事業等の種類 | 指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日 | 添付様式 | 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 事 業 所 | | | | |
| | 施 設 | | | | |
| | 指 定 障 害 者 支 援 | | | | |
| | 事 業 支 援 相 談 | | | | |
| | 事 業 支 援 | | | | |
| 事 業 支 援 | | | | | |
| 事 業 支 援 | | | | | |
| 事 業 支 援 | | | | | |
| 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」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、京都府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、そのすべてを記載してください。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護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 -) | | | |
| 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 | | | | |
| | 居宅介護従業者等との兼務の有無 | | | 有 ・ 無 | |
| | 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 | | | |
| 当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等 | | | | | 第 条 第 項 第 号 |
| サービス 提供責任者 | フリガナ | | | | 住所 (郵便番号 -) |
| | 氏名 | | | | |
| 従業者の職種・員数 | | 居宅介護事業従業者 | | その他の従業者 | |
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 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) | | | | | |
| 主な揭示事項 | | | | | |
| 営業日 | | | | | |
| 営業時間 | | | | | |
| サービス内容 | | 居宅介護(身体介護等(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助)・重度訪問介護・同行援護・行動援護 | | | |
| 主たる対象者 | 居宅介護 | 特定なし・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者 | | | |
| | 重度訪問介護 | 特定なし・加算対象者以外 | | | |
| | 同行援護 | 特定なし・身体障害者・障害児 | | | |
| | 行動援護 | 特定なし・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 | | | | |
| 添付書類 | | 別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者の経歴書、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、従業員の勤務体制・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、主たる対象者を特定する理由、誓約書) | | | |

備考

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載してこの様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、特に申し出のない限り、重度訪問介護の指定もされることとなりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。
- 「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。
- 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。
- 「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。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、この様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用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。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

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 | |
| 主な揭示事項 | | | | |
| 営業日 | | | | |
| 営業時間 | | | | |
| 指定居宅介護等の内容 | | | | |
| 居宅介護(身体介護等(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助)・重度訪問介護・同行援護・行動援護 | | | | |
| 主たる対象者 | | | | |
| 居宅介護 特定なし・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者 | | | | |
| 重度訪問介護 特定なし・加算対象者以外 | | | | |
| 同行援護 特定なし・身体障害者・障害児 | | | | |
| 行動援護 特定なし・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 | | | | |
| 添付書類 | | | | |
| 別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、管理者の経歴書、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、従業員の勤務体制・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、主たる対象者を特定する理由、誓約書) | | | | |

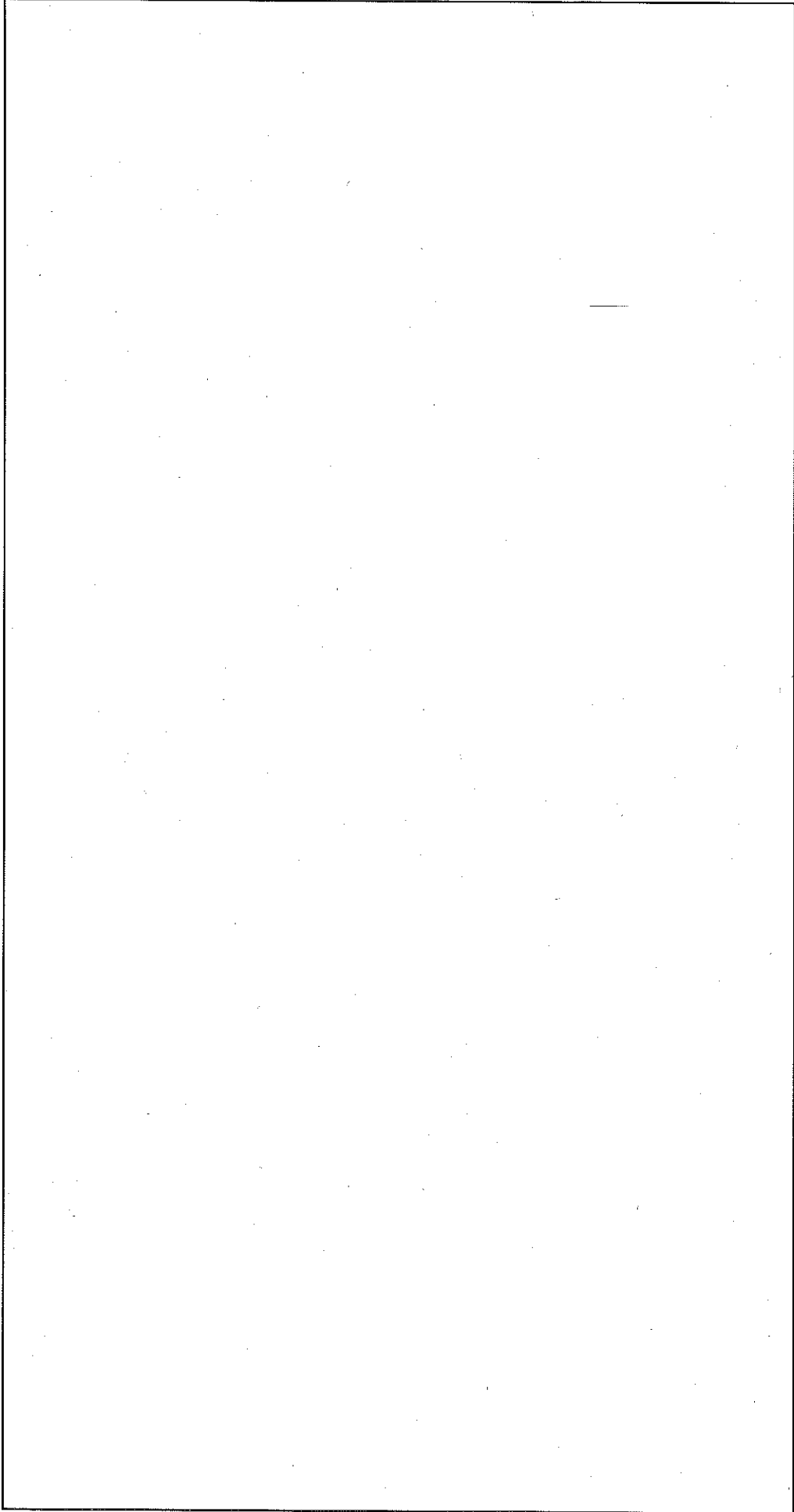
備考

- 1 「受付番号」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 「主な揭示事項」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、利用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。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

(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4)

実務経験証明書

様 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) |
| 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、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。
3. 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。
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。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

| サービス種類 | | 事業所・施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------|-----------|---------|---|---|---|---|---|---|-----|---|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|-----------|------------------|----------------------|
| 定員 | 前年度の平均実利用者数 | 基準上の必要職員数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人員配置区分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職種 | 勤務形態 | 氏名 | 該当する体制等 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 4週の 合計 | 週平均 の勤務 時間 | 常勤換 算後 の 人数 |
| | | | 第1週 | | | | | | | 第2週 | | | | | | | 第3週 | | | | | | | 第4週 | | | | | | | | | |
| | | | 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 | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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、当該月の曜日を入力してください。

注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる体制加算等の内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)

注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、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するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

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・施設において私用している勤務表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務表等)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)

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 | |
| 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。

(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

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

(参考様式 8)

障害者自立支援法第 36 条第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

京都府知事

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 36 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 36 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 43 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 43 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 50 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 15 条の規定による通知があった日前 60 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 60 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 50 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 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 46 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 46 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 60 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。

