

受付番号

記入例

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
 指定特定相談支援事業者

指定申請書

提出日を記入

(提出先)
 川越市長

▲年○月×日

法人の印鑑を
 押印

法人の住所、名称、代表者の名
 称・役職を記入。

所在地 川越市元町1-3-1
 名称 社会福祉法人 障害者福祉会
 代表者 理事長 川越 太郎



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
 障害者支援施設・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者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	シャクワクシヨウジシヨウカイシャクワカ				
	名称	社会福祉法人 障害者福祉会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 350-8601) 川越市元町1-3-1				
	法人の種類	社会福祉法人	法人所轄庁	川越市		
	連絡先	電話番号	049-224-8811	FAX番号	049-225-3033	
	代表者の職名・氏名 ・生年月日	フリガナ	カコエ タロウ	職名	理事長	
	代表者の住所	(郵便番号 350-8601) 川越市元町1-3-1				
他の法律におけるサービス	サービス名	生活介護				
	事業所番号	123344555				
指定を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ	カコエシヨウカイクシヤサービスギョウシャ				
	名称	川越障害福祉サービス事業所				
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 350-0000) 川越市元町1-3-1				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定事業開始予定年月日	付表	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
	指定障害福祉サービス	居宅介護	令和5年4月1日	付表		
		重度訪問介護	令和5年4月1日	付表		
				付表		
				付表		
				付表		
				付表		
	指定一般相談支援事業所 (地域移行支援)		付表			
	指定一般相談支援事業所 (地域定着支援)		付表			
	指定特定相談支援事業所		付表			
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て既に指定を受けている場合は、記入してください。						
事業所番号			指定年月日			

必要事項を
 記入。名称、
 所在地、代
 表者氏名は
 上記と一致
 していること。

株式会社、有限会社、
 合同会社、一般社団
 法人の場合は記入
 不要。

必要事項を
 記入する。付
 表1の事業
 所名称、所
 在地と一致
 していること。

- 備考
- 「受付番号」の欄には、記入しないでください。
 - 「法人の種類」の欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「公益社団法人」、「一般財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
 - 「法人所轄庁」の欄には、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入してください。
 - 「他の法律におけるサービス」の欄には、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41条の2の共生型障害福祉サービス事業者の特例により申請を行う場合に、介護保険法又は児童福祉法において指定を受けている事業等の名称及び当該指定に係る事業所の事業所番号を記入してください。
 - 「同一所在地において行う事業等の種類」の欄には、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の事業の種類を記入し、「実施事業」の欄に○印を記入してください。
 - 「事業所番号」の欄には、川越市において既に事業所等の指定を受け、事業所番号が付番されている場合に、その事業所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及び他の法律において既に指定を受けている場合は、別紙にその全てを記入してください。
 - 申請する事業所・施設の事業等の種類に応じて、付表を添付してください。

付表1-1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所等の指定に係る記載事項

		記入例			
		受付番号			
事業所	フリガナ 名称	カゴエヨウカ イクササビスシヨウジョ 川越障害福祉サービス事業所			
	所在地	(郵便番号 350-0000) 川越市元町1-3-1			
	連絡先	電話番号	FAX番号		
管理者	フリガナ 氏名	カゴエ 太郎 川越 太郎		郵便番号	350-0000
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日		川越市元町〇〇	
	兼務する同一敷地内の他の事業 所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	居宅介護事業従業者等との 事業所等 兼務する 勤務時間		有 無	
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施に不可欠である事例等の条文		第		
サービス提供 責任者	フリガナ 氏名	カゴエ 一郎 川越 一郎		住所 (郵便番号 350-0000) 川越市元町〇〇	
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			
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	
	添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。	2	3	1	サービス提供責任者、ホームヘルパー等が「居宅介護等事業従業者」。
営業日	月～金 (除く)				
営業時間	9時～18時				
サービス内容	居宅介護【(身体介護)・(通院介助)・(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 ・ 難病等対象者			
	重度訪問介護	対象者に〇。身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者 ・ 加算対象者以外			
	同行援護	特定なし ・ 身体障害者 ・ 障害児 ・ 難病等対象者			
	行動援護	特定なし ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者			
利用料	厚労省の定める基準のとおり				
その他の費用	交通費				
通常の事業の実施地域	川越市				
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	実施している ・ 実施し			
	苦情解決の措置の概要	窓口(連絡先)	事業所	担当者	報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。
添付書類	別添のとおり		添付書類「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」の内容と一致していること。		
		運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。			

備考

- 「受付番号」及び「基準上の必要人数」の欄には、記入しないでください。
- 複数の種類のサービスを実施する場合は、「サービス内容」の欄に実施するサービスの種類の全てを記入して、本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定と併せて重度訪問介護の指定を受けようとする場合は、重度訪問介護も記入してください。
- 「その他の費用」の欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。
- 「通常の事業の実施地域」の欄には、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入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。
- 出張所がある場合は、付表1-2にも記入してください。また、従業者については、「従業者の職種・員数」の欄に、出張所に勤務する従業者も含めて記入してください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記載した書類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その一部を実施する場合の記載事項

記入例(付表1-1と同様のため略)

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 掲 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・通院介助)・家事援助(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 ・ 難病等対象者		
		重度訪問介護	特定無し ・ 身体障害者・知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者 ・ 加算対象者以外		
		同行援護	特定なし ・ 身体障害者 ・ 障害児 ・ 難病等対象者		
		行動援護	特定なし・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者		
	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	実施している ・ 実施していない			
	苦情解決の措置の概要	窓口(連絡先)		担当者	
	その他				
添付書類	別添のとおり				

備考

- 1 「受付番号」の欄には、記入しないでください。
- 2 「その他の費用」の欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービスの内容を記入してください。
- 3 「通常の事業の実施地域」の欄には、市区町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入してください。なお、実施地域が一部の地域に限られる場合は、当該地域の地図を添付してください。
- 4 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか、別様に記入した書類を添付してください。