

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 年○月×日

川越市長

法人の住所、名称、代表者の名称を記入。(①)

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者氏名

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	シャカイクシホジン ショウカ イシヤクカイ			
	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 カゴエ タロウ 氏名 川越 太郎	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 34343434
	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。				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ	カゴエ ショウカ イシヤク サービス シギキョウシヨ			
	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	指定の申請をする事業の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
	指定障害福祉サービス事業	共同生活援助	○ 令和5年4月1日	付表	
	指定障害者支援施設	実施する事業名を記入	「○」と記入	事業開始予定日を記入	
	指定一般相談支援事業(地域移行支援)			付表	
	指定一般相談支援事業(地域定着支援)			付表	
	指定特定相談支援事業			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、①の記載と一致していること。

必要事項を記入する。付表6の事業所名称、所在地と一致していること。運営規程の内容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6 指定に係る共同生活援助（グループホーム）の事業を行う事業所の記載事項

		受付番号			
(その1)					
主たる事業所	フリガナ	グループホームカワゴエ			
	名称	グループホーム川越			
	所在地	(郵便番号 350-0000) 川越市元町1-3-1			
連絡先	電話番号	049-224-5785	FAX番号 049-225-3033		
	フリガナ	カワゴエ タロウ	(郵便番号 350-0000) 川越市元町〇〇		
管理者	氏名	川越 太郎	住所		
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日			
	兼務する同一敷地内の他の事業所、施設又は医療機関 (兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称	住居① 住居② …		
	兼務する職	勤務時間等			
入居定員数	①4人 ②4人 ③ ④ ⑤ 計8人				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等の条文		第 条第 項第 号			
サービスの提供	介護サービス包括型 生活支援員の業務の外部委託の予定	有(月 時間)・無			
	居宅介護事業者の外部委託を行う場合は、予定時間数を記入する。外部委託しない場合は、無に〇。	の業務の外部委託の予定 有(月 時間)・無			
サービス管理責任者	フリガナ	カワゴエ イロウ	(郵便番号 350-〇〇) 〇〇市〇〇町1-2		
従業者の職種・員数	専従	生活支援員		サービス管理責任者	
		専従	兼務		専従
	従業者数	常勤(人)	2	3	1
	非常勤(人)	1	2		
	常勤換算後の人数(人)	3.5		4.5	1
基準上の必要人数(人)					
障害者支援施設等その他の関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要	連携施設の種別・名称	障害者支援施設 障害者支援施設川越			
その他参考となる事項	支援体制の概要	夜間時の緊急体制の対応等			
	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)	事業所 担当者 川越 花子		
協力医療機関	名称	川越医院 主な診療科名 内科			
協力歯科医療機関	名称	川越歯科医院			
添付書類	別添のとおり				

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。
- 「主たる事業所」とは、複数の共同生活住居がある場合、当該事業所からいずれの共同生活住居に対しても、おおむね30分で移動可能な範囲にある事業所をいいます。
- 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。
- 協力歯科医療機関があるときは、当該協力歯科医療機関との契約内容が分かる書類を添付してください。
- 受託居宅介護サービス事業者が行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地が分かる書類を添付してください。

事業所名称、所在地、連絡先を記入。様式19号の事業所名称、所在地と一致していること。

管理者氏名と住所を記入。添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

各事業ごとに住居の定員及び合計定員を記入。運営規程の内容と一致していること。

サービス管理者氏名と住所を記入。添付書類の「サービス管理者経歴書」と一致していること。

添付書類「勤務体制・形態一覧表」と一致していること。

支援施設との連携体制を記入。

添付書類「協力医療機関との契約の内容がわかるもの」で添付した協力医療機関、協力歯科医療機関の名称と科名を記入。

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。

(その2)

共同生活住居 ①	フリガナ 名称	グループホームカワゴエ グループホーム川越				
	所在地	(郵便番号 350-0000) 川越市元町00	該当する区分に○。			
	連絡先	電話番号 0000-XXXX-△△△△	FAX番号 0000-XXXX-△△△△	建物の所有者名を記入。		
	共同生活住居に供する建物形態					
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()				
	②建物所有者名	建物全体の敷金、礼金、家賃等を記入。 賃貸料が無料の場合は、その理由を記入。				
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金 0	イ 礼金 0	ウ 家賃 0	オ 賃貸料がない理由 法人所有のため。	
	④住居の利用定員数	4人				
	⑤居室数	4室(うち個室4室)				
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積	13.2 m ²				
共同生活住居 ②	フリガナ 名称	グループホームカワゴエホーム				
	所在地	(郵便番号 350-0000) 川越市元町00	主たる対象者から除く障害種別がある場合は、運営規程への記載及び「主たる対象者を特定する理由書」が必要。			
	連絡先	電話番号 0000-XXXX	FAX番号 0000-XXXX-△△△△	この建物の居室数と個室の数を記入。 (原則、全居室個室であること)。		
	共同生活住居に供する建物形態					
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()				
	②建物所有者名	建物全体の敷金、礼金、家賃等を記入。 賃貸料が無料の場合は、その理由を記入。				
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金 0	イ 礼金 0	ウ 家賃 0	オ 賃貸料がない理由 法人所有のため。	
	④住居の利用定員数	4人				
	⑤居室数	4室(うち個室4室)				
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積	13.2 m ²				
共同生活住居 ③	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	共同生活住居に供する建物形態					
	①住居区分	一戸建て・アパート・マンション・その他()				
	②建物所有者名					
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金	イ 礼金	ウ 家賃	オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人				
	⑤居室数	室(うち個室 室)				
	⑥入居者1人当たりの居室の最小床面積	m ²				

住居名称、所在地、連絡先を記入。

建物の所有者名を記入。

建物全体の敷金、礼金、家賃等を記入。
賃貸料が無料の場合は、その理由を記入。

この建物の利用定員数を記入。
運営規程の内容と一致していること。

この建物の居室数と個室の数を記入。
(原則、全居室個室であること)。

報酬額以外で利用者から受領している費用(家賃や光熱水費等)を記入。
運営規程の内容と一致していること。

指定をうける住居ごとに記載する。
3住居以上ある場合は、その2を適宜追加し、全ての住居を記載すること。

備考 「その他の費用」の欄には、入居者が分担して負担することとなる経費(家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等)を記入してください。

(その3)

サテライト型住居①	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	サテライト型住居に供する建物形態					
	①住居区分	アパート・マンション・その他()				
	②建物所有者名					
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金			イ 礼金	ウ 家賃
		エ 契約期間			オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人				
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡				
	本体住居の名称					
	本体住居との移動距離 km (所要時間 分)					
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器					
主たる対象者 知的障害者・精神障害者・身体障害者・難病等対象者						
利用料						
その他の費用						
サテライト型住居②	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	サテライト型住居に供する建物形態					
	①住居区分	アパート・マンション・その他()				
	②建物所有者名					
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金			イ 礼金	ウ 家賃
		エ 契約期間			オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人				
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡				
	本体住居の名称					
	本体住居との移動距離 km (所要時間 分)					
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器					
主たる対象者 知的障害者・精神障害者・身体障害者・難病等対象者						
利用料						
その他の費用						
サテライト型住居③	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	サテライト型住居に供する建物形態					
	①住居区分	アパート・マンション・その他()				
	②建物所有者名					
	③賃貸借契約の内容	ア 敷金			イ 礼金	ウ 家賃
		エ 契約期間			オ 賃貸料がない理由	
	④住居の利用定員数	人				
	⑤入居者1人当たりの居室の最小床面積	㎡				
	本体住居の名称					
	本体住居との移動距離 km (所要時間 分)					
	利用者が本体住居への連絡に使用する通信機器					
主たる対象者 知的障害者・精神障害者・身体障害者・難病等対象者						
利用料						
その他の費用						

備考 「その他の費用」の欄には、入居者が分担して負担することとなる経費（家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等）を記入してください。

備考

「その他の費用」の欄には、入居者が分担して負担することとなる経費（家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等）について記載してください。