

指定申請 提出日を記入

▲年○月×日

申請者 (設置者)	所在地 名称 代表者氏名
--------------	--------------------

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。付表の事業所名称、所在地と一致していること。

申請者 (設置者)	フリガナ		ナシカイフクシヨウシヨカ イシャフクカイ		フリガナ		ナシカイフクシヨウシヨカ イシャフクカイ	
	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					
	法人の種別		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	職名	理事長		
			氏名	川越 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	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		申請する事業所で介護保険法等、障害者総合支援法以外の法律で事業者指定を受けている場合は、記入例の通りに記入(具体的な内容は、次の別紙に記入)。			
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	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		実施事業	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		備考
	指定障害福祉サービス事業所			付表				
				付表				
				付表				
	指定障害者支援施設			付表				
				付表				
				付表				
指定一般相談支援事業所 (地域移行支援)	○	令和2年12月1日	付表					
指定一般相談支援事業所 (地域定着支援)	○	令和2年12月1日	付表14					
指定特定相談支援事業所	○	令和2年12月1日	付表15					
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(障害者福祉法)第10条第1項第1号の2第1号のイに規定する「一般相談支援事業」の(地域移行支援)と(地域定着支援)は、基本的に併記していただく。								
事業所番号				指定年月日				

1 「受付番号」の欄には、記入しないでください。  
2 「法人の種類」の欄には、「社会福祉法」第2条第1項第1号の「社会福祉法人」として定められている法人に限り、その法人の名称を記入してください。  
3 「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。  
4 「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（障害者福祉法）第2条第1項第1号の「障害者福祉サービス事業者の特例により申請を行う場合に、介護保険法又は障害者福祉法等の法律に規定する事業所の事業所番号を記入してください。」に該当する事業所の事業所番号を記入してください。  
5 「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前年度に申請したものの種類を記入し、「実施事業」の欄に○印を記入してください。  
6 「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、事業所番号を付与されている事業所等の場合、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事業所番号を付与されている事業所等については、事業所番号を記入しないでください。  
7 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。

[illegible][illegible]

付表 1 1 指定に係る自立生活援助の事業を行う事業所の記載事項

		受付番号				
事業所	フリガナ	カゴエショウカイクサ-ビスジギョウシヨ				
	名 称	川越障害福祉サービス事業所				
	所 在 地	(郵便番号 350-8601) 川越市元町 1-3-1				
	連 絡 先	電話番号	〇〇〇-×××-△△△△	FAX 番号	〇〇〇-×××-△△△△	
管理者	フリガナ	カゴエ シロウ		住 所	(郵便番号 〇〇〇-△△△△)	
	氏 名	川越 二郎			〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
	生年月日	□□〇〇年〇月〇日				
	当該自立生活援助事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	兼務する他の事業所又は施設 (兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称	相談支援事業所川越			
兼務する職種及び勤務時間等		管理者 9:00~16:00				
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						
サービス管理責任者	フリガナ	カゴエ タロウ		住 所	(郵便番号 〇〇〇-△△△△)	
	氏 名	川越 太郎			〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
	生年月日	□□〇〇年〇月〇日				
前年度の平均利用者数 (人)			人			
従業者の職種・員数		サービス管理責任者		地域生活支援員		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤 (人)	1			1	
	非常勤 (人)			1		
営業日		単位ごとの営業日 月～金 (祝祭日、12月29日～1月3日を除く)				
営業時間		サービス提供時間 9:00～18:00				
主な 掲 示 事 項	主たる対象者	特定なし	身体障害者			
			細分なし	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語
						内部障害
		知的障害者	精神障害者	難病等対象者	主たる対象者が「特定なし」以外の場合は、運営規程への記載及び「主たる対象者を特定する理由書」が必要です。	
利用料		厚生労働大臣が定める基準による				
その他の費用		なし				
通常の事業の実施地域		川越市				
その他参考となる事項	苦情解決の措置の概要	窓口 (連絡先)	049-123-4567	担当者	川越	
	その他					
添付書類		別添のとおり				

事業所名称、所在地、連絡先を記入。様式19号及び運営規程の事業所名称、所在地と一致していること。

管理者の情報を記入。添付書類の「管理者経歴書」と一致していること。

管理者の情報を記入。添付書類の「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」及び運営規程の員数と一致していること。

管理者、事務員等が「その他の従業者」に該当。

運営規程の内容と一致していること。

報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。

備考

- 「受付番号」の欄には、記入しないでください。
- 「兼務」の欄には、2以上の障害福祉サービスについて記入してください。
- 事業所の新設の場合は、「前年度の平均利用者数」の欄には、利用者の推定数を記入してください。
- 「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。
- 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。

運営規程に定める通常の事業の実施地域を記入。

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。

付表 1 4 指定に係る一般相談支援の事業を行う事業所の記載事項

		受付番号				
事業所	フリガナ	カワコエシヨウガ イフクシヤヒズシギョウシヨ				
	名 称	川越障害福祉サービス事業所				
	所 在 地	(郵便番号 3 5 0 - 8 6 0 1) 川越市元町 1 - 3 - 1				
	連 絡 先	電話番号	〇〇〇 - × × ×	番 号	〇〇〇 - × × × - △△△△	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めて						
管理者	フリガナ	カワコエ タロウ		条 第	項 第	
	氏 名	川越 太郎		〇 - △△△△)		
	生年月日	□□〇〇年〇月〇日		〇〇市〇〇町〇 - 〇 - 〇		
	当該相談支援事業所における相談支援専門員との兼務の有無			有 ・ 無		
	他の事業所又は施設の従業者との兼務 (有の場合は、下の欄に記入)			有 ・ 無		
	事業所の名称		兼務する職種		管理者、事務員等が「その他の者」に該当。	
	事業の種類		勤務時間			
	従業者の職種・員数 (人)		地域移行支援・地域定着支援に従事する者			
		相談支援専門員		その他の者		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	
常勤 (人)		1		1		
非常勤 (人)		1				
常勤換算後の人数 (人)		1.8		1		
他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務が有の場合で、当該兼務が相談支援専門員の場合は、別紙に記入)		有 ・ 無				
常時の連絡体制の確保の具体的方法		連絡体制等を整備し、携帯電話による利用者との情事の連絡体制を確保する。また、緊急事態にも対応できるようにマニュアルを作成し、従業者の勤務体制を確保する。				
主な 揭示 事項	営業日	月～金 (祝祭日、1 2 月 2 9 日～1 月 3 日を除く)				
	営業時間	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0				
	主たる対象者	特定なし 身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児・難病等対象者				
	その他の費用	交通費				
通常の実施地域		川越市				
添付書類		別添のとおり 報酬額以外で利用者から受領している費用を記入。				

事業所名称、所在地、連絡先を記入。様式 1 9 号及び運営規程の事業所名称、所在地と一致していること。

管理者が他の障害福祉サービス事業所の従業者を兼務する場合は記入。

管理者の情報を記入。添付書類の「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」及び運営規程の員数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。

主たる対象者が「特定なし」以外の場合は、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。

備考

- 運営規程に定める通常の実施地域を記入。
- 地域移行支援事業及び地域定着支援事業を行う場合は、本様式 1 枚にまとめて提出してください。
  - 「受付番号」の欄には、記入しないでください。
  - 「兼務」の欄には、指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所以外との兼務を行う従業者について記入してください。
  - 相談支援専門員である従業者であり、かつ、他の事業所又は施設の従事者と兼務している場合は、その従業者の氏名、兼務している事業所等の名称、事業の種類、兼務する職種及び勤務時間を別紙に記入してください。
  - 「常時の連絡体制の確保の具体的方法」の欄には、地域定着支援事業に係る指定の申請をする場合のみ記入し、営業時間以外の事業所の人員体制 (宿直等) 及び利用者との連絡体制を含めて、具体的に記入してください。
  - 「その他の費用」の欄には、入所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。
  - 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。

付表１５ 指定に係る特定相談支援の事業を行う事業所の記載事項

		受付番号			
事業所	フリガナ	カゴエショウカブシカイシャ			
	名 称	川越障害福祉サービス事業所			
	所在地	(郵便番号 350-8601) 川越市元町 1-3-1			
	連絡先	電話番号	〇〇〇-×××-△△△△	FAX番号	〇〇〇-×××-△△△△
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定め				条第	項第
管理者	フリガナ	カゴエ タロウ	管理者が指定を受ける事業の相談支援専門員を兼務する場合は「有」に、兼務しない場合は「無」に○。		
	氏 名	川越 太郎	管理者が他の障害福祉サービス事業所の従業者を兼務する場合は記入。		
	生年月日	□□〇〇年〇月〇日	〇〇市〇〇町〇〇-〇〇		
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無		有 ・ 無		
	他の事業所又は施設の従業者との兼務（有の場合は、下の欄に記入）		有 ・ 無		
	事業所の名称	兼務する職種		管理者、事務員等が「その他の者」に該当。	
事業の種類		勤務時間			
従業者の職種・員数（人）		相談支援専門員		その他の者	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務
常勤（人）		1		1	
非常勤（人）		1			
常勤換算後の人数（人）		1.8		1	
他の事業所又は施設の従業者との兼務（有の場合、別紙に記入）		有 ・ 無			
総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法					
事業の主たる対象とする障害の種類等の定めの有無		有 ・ 無			
主たる対象者としていない者への対応体制					
医療機関や行政機関との連携体制					
計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制		研修に年〇回参加し、事前の検討会議を週 1 回行う			
主な 掲 示 事 項	営業日	月～金（祝祭日、12月29日～1月3日を除く）			
	営業時間	9:00～18:00			
	主たる対象者	特定なし・身体障害者 知的障害者・精神障害者・障害児・難病等対象者			
	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	苦情解決の措置の概要	窓口（連絡先）	049-123-4567	担当者
添付書類		別添のとおり			

## 備考

- 「受付番号」の欄には、記入しないでください。
- 「兼務」の欄には、指定一般相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所との兼務を行う従業者について記入してください。
- 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」の欄は、具体的な内容を記入してください。また、同欄のうち、「主たる対象者としていない者への対応体制」の欄への記入については、「事業の主たる対象とする障害の種類等の定め定めの有無」が有の場合に記入してください。なお、「医療機関や行政機関との連携体制」及び「計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制」の欄については、その体制が確保されていることが分かる書類を併せて提出してください。
- 「その他の費用」の欄には、入所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。
- 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。