

雇用関係にあることの証明書(参考様式)

事業所・施設名				サービス名称					
No.	職務内容	氏名	勤務形態	勤務日	勤務時間	就職年月日	資格・研修等の名称	資格等番号	備考
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

上記のとおり、雇用関係に相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

申請者 住 所
 名 称
 代表者職氏名

印

<注意事項>

- 1 管理者、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・相談支援専門員、人員配置基準上必要な従業者、加算上配置が必要な従業の順に記載すること
- 2 職務内容欄は、人員配置基準・加算要件に定められた業務内容を記載すること（管理者、サービス管理責任者、生活支援員、世話人 等）
- 3 勤務形態欄は、常勤・非常勤の別を記入すること。
- 4 勤務日・勤務時間は、週や月によって大きく異なる場合には、「別表のとおり」と記載して、シフト表等を添付すること。
- 5 資格・研修等の名称欄には、人員配置基準・加算要件の資格・研修について記載すること。
（例えば、サービス管理責任者の場合には「サビ管研修」、「相談業務初任者研修」を含む）
- 6 資格等番号欄については、資格証や研修終了証等に記載された番号を記載すること。
- 7 他のサービスや他の事業所・施設の職務を兼務している場合には、備考欄に「兼務（就労A）」、「兼務「〇〇事業所」と記載すること。

<記載例>

事業所・施設名		〇〇〇〇生活介護事業所				サービス名称	生活介護		
No.	職務内容	氏名	勤務形態	勤務日	勤務時間	就職年月日	資格・研修等の名称	資格等番号	備考
1	管理者	〇〇 〇〇	常勤	別表のとおり	別表のとおり	平成〇年〇月〇日	なし		兼務（〇〇事業所）
2	サービス管理責任者	〇〇 〇〇	常勤	別表のとおり	別表のとおり	平成〇年〇月〇日	サビ管研修（介護分野） 相談業務初任者 介護福祉士	介24XXX号 第XXXXX号 D-XXXXX号	兼務（共同生活援助）
3	医師	〇〇 〇〇	非常勤	第3水曜日	15:00-17:00	平成〇年〇月〇日	医師	XXXXXX	
4	看護師	〇〇 〇〇	非常勤	月、水、金	月金 9:00-12:00 水 15:00-17:00	平成〇年〇月〇日	看護師	XXXXXX	
kkk	生活支援員	〇〇 〇〇	常勤	別表のとおり	別表のとおり	平成〇年〇月〇日	介護福祉士	XXXXXX	

(参考様式1)

平面図

事業所の名称	

注1 各室の用途及び面積を記載してください。

注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) 【記載例】

設備・備品等一覧表

支援の種別	
事業所・施設名	

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
支援の提供上配慮すべき設備の概要 訓練・作業室 相談室 洗面所 便所 多目的室 更衣室 非常災害設備等 火災警報 消火器	○○㎡ 1か所 1か所 2か所 ○○㎡ 1か所 2か所	
室名	備品の品目及び数量	
訓練・作業室 更衣室 相談室 多目的室	スチームオーブン 冷蔵庫 ミキサー 調理台4 煮沸消毒機 戸棚 キャビネット2 ロッカー1 机1 イス3 キャビネット1	

注1 申請する支援の種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目のうち、「居室面積等一覧表」に記載した項目以外の事項について記載してください。

注2 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。

注3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

(参考様式3)

建物の構造概要（居室面積等一覧表）

建物所在地（住所）												
建物の使用権原		申請者自己所有物件 ・ 賃借物件 ・ その他（ ）										
設置階 部屋の種類		（ ）階			（ ）階			（ ）階			合 計	
		室数	面 積	備 考	室数	面 積	備 考	室数	面 積	備 考	室数	面 積
(居室・療養室)	1室の定員		()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
			()			()			()			
片廊下の幅		m			m			m				
中廊下の幅		m			m			m				
共用する施設・事業所名（ ）												

注1 「建物の使用権原」欄については、該当するものに丸を付すること。

注2 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記入すること。

注3 居室・療養室等については、「1室の定員」ごとに分けて記入すること。また、同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記入すること。

注4 「1人あたり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入すること(算出にあたって、小数点以下第2位を切り捨てること)。

注5 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記入すること。

注6 他の事務所又は施設と共用している場合は、「備考欄」に「共用」と記入し、「共用する事務所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付すること。

注7 同一の事業所又は施設の他の部屋と兼用している場合は、「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記入すること。

注8 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記入し、まとめて提出すること。

(参考様式5)

実務経験証明書

様 令和 年 月 日 第 号

施設又は事業所所在地及び名称
〒 -

代表者職氏名 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) (日間)
業務内容	職名 ()

注1 施設又は事業所名欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。

注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。)

注3 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。

注4 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、被証明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。

注5 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5) 【記入例】

実務経験証明書

〇〇第〇〇〇〇号

静岡県知事 様

平成21年3月15日

施設又は事業所所在地及び名称

〒420-0123 静岡市葵区〇〇1-1

知的障害児施設〇〇

代表者職氏名 社会福祉法人〇〇会

印

理事長 〇〇 〇〇

電話番号 054-221-3599

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	静岡 太郎 (生年月日 年 月 日)
現住所	静岡市葵区追手町9-1
施設又は事業所名	知的障害児施設〇〇 施設・事業所の種別 (知的障害児施設)
業務期間	平成10年4月1日～平成20年3月31日 (10年0月間) (2, 200日間) 注 実勤務日数の合計を記入してください。
業務内容	職名 (児童指導員)

注1 施設又は事業所名欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。

注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。)

注3 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。

注4 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、被証明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。

注5 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6)

実務経験見込証明書

様 令和 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称
〒 -

代表者職氏名 印
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりの見込み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) (日間)
業務内容	職名 ()

注1 施設又は事業所名欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。

注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。)

注3 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、被証明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。

注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7)

通所・入所児童又はその保護者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

支援の種別	
事業所・施設名	

措置の概要

1 通所・入所児童又はその保護者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

注 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8)

障害児通所給付費等の請求に関する事項

障害児通所給付費等支給決定者(以下「甲」という。)と〇〇事業所(以下「乙」という。)が契約を締結して、その契約に基づき支援を提供した場合、乙は給付の実施者である市町(支払に関する事務を国保連合会に委託している場合は国保連合会。以下第1及び第2において同じ)に対して、障害児通所給付費等の請求を行う。

なお、甲が代理受領の手続きによらず、償還払いによる支払いを希望する場合は、乙は甲に対して障害児通所給付費等の請求を行う。

第1 請求者

甲と乙が契約を締結し、その契約に基づき支援を提供した場合、乙は給付の実施者である市町に対して、障害児通所給付費等の請求を行う。

第2 請求方法

乙は、給付の実施者である市町に対し、提供した支援の種類ごとの内容を明確にし、支援提供月の翌月10日までに障害児通所給付費等の請求を行う。

(1)請求に関し必要な書類

乙が障害児通所給付費の請求をしようとするとき、次に掲げる書類を市町に提出しなければならない。

- ア 請求書
 - イ 明細書
 - ウ 実績記録票の写し
- (2)請求書の記載事項

- ア 請求金額
- イ 請求金額の内訳
- ウ 請求年月日
- エ 請求事業所の事業所番号、住所(所在地)、電話番号、名称、代表者職氏名
- オ 代表者印

第3 利用者負担額

契約事項に示される利用者負担額について、その契約に基づき支援を提供した場合、乙は甲に対して、支援提供月の翌月10日までに利用者負担額の請求を行う。

第4 償還払いによる請求の取扱い

(1) 請求者

甲が代理受領の手続きによらず、償還払いによる支払いを希望する場合、甲に対して、障害児通所給付費等の請求を行う。

(2) 費用の支払

甲は、費用全額を乙に支払う。

(3) 領収書及びサービス証明書の発行

乙は、甲に対して、領収書を発行するとともに、支援を提供した月末にサービス提供証明書を作成して発行する。

(4) 請求書の提出

甲は、支援提供を受けた月の翌月10日までに、乙の発行した領収書及びサービス提供証明書を添付して、市町の窓口へ提出して、償還払いの請求を行う。

(参考様式8)

障害児入所給付費等の請求に関する事項

障害児入所給付費等支給決定者(以下「甲」という。)と〇〇事業所(以下「乙」という。)が契約を締結して、その契約に基づき支援を提供した場合、乙は給付の実施者である県又は指定市等に対して、障害児入所給付費等の請求を行う。

なお、甲が代理受領の手続きによらず、償還払いによる支払いを希望する場合は、乙は甲に対して障害児入所給付費等の請求を行う。

第1 請求者

甲と乙が契約を締結し、その契約に基づき支援を提供した場合、乙は給付の実施者である県又は指定市等に対して、障害児入所給付費等の請求を行う。

第2 請求方法

乙は、給付の実施者である県又は指定市等に対し、提供した支援の種類ごとの内容を明確にし、支援提供月の翌月10日までに障害児入所給付費等の請求を行う。

(1) 請求に関し必要な書類

乙が障害児入所給付費の請求をしようとするとき、次に掲げる書類を県又は指定市等に提出しなければならない。

ア 請求書

イ 明細書

ウ 実績記録票の写し

(2) 請求書の記載事項

ア 請求金額

イ 請求金額の内訳

ウ 請求年月日

エ 請求事業所の事業所番号、住所(所在地)、電話番号、名称、代表者職氏名

オ 代表者印

第3 利用者負担額

契約事項に示される利用者負担額について、その契約に基づき支援を提供した場合、乙は甲に対して、支援提供月の翌月10日までに利用者負担額の請求を行う。

第4 償還払いによる請求の取扱い

(1) 請求者

甲が代理受領の手続きによらず、償還払いによる支払いを希望する場合、甲に対して、障害児入所給付費等の請求を行う。

(2) 費用の支払

甲は、費用全額を乙に支払う。

(3) 領収書及びサービス証明書の発行

乙は、甲に対して、領収書を発行するとともに、支援を提供した月末にサービス提供証明書を作成して発行する。

(4) 請求書の提出

甲は、支援提供を受けた月の翌月10日までに、乙の発行した領収書及びサービス提供証明書を添付して、県(児童相談所又は障害福祉課)又は指定市等の窓口へ提出して、償還払いの請求を行う。

(参考様式9)

緊急時の協力について

社会福祉法人〇〇会が運営する「〇〇学園」における「障害児通所支援事業」提供時において、利用者の身体の状態に変化等が生じた場合は、電話等で指示を仰ぎ、必要に応じて往診等を依頼します。

また、身体の状態によっては、救急車での搬送の指示をお願いいたします。

令和 年 月 日

〇〇学園施設長 □□□□ 印

上記申し出については、これを了解し、協力いたします。

医療機関所在地 _____

医療機関名 _____

代表者名 _____ 印

児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

静岡県知事

申請者 所在地
名称
代表者 住所
氏名

印

当法人(管理者・役員等を含む。)は、下記に掲げる児童福祉法第21条の5の15第3項(第24条の9において準用する第21条の5の15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。

【児童福祉法第21条の5の15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 当該申請に係る障害児通所支援事業所(障害児入所施設)の従業者の知識及び技能並びに人員が、第21条の5の19第1項(第24条の12第1項)で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第21条の5の19第2項(第24条の12第2項)で定める指定通所支援の事業(指定障害児入所施設)の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害児通所支援事業(障害児入所施設)の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者の役員(業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。)又は当該申請に係る障害児通所支援事業所(障害児入所施設)を管理する者(以下「役員等」という。)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 申請者又は申請者の役員等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。
(※)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(障害者総合支援法)、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
5の2 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。
(※)労働基準法第117条、第118条第1項(同法第6条及び第56条の規定に係る部分に限る。)、第119条(同法第16条、第17条、第18条第1項及び第37条の規定に係る部分に限る。)及び第120条(同法第18条第7項及び第23条から第27条までの規定に係る部分に限る。)の規定並びにこれらの規定に係る同法第121条の規定(これらの規定が労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律第44条(第4項を除く。))の規定により適用される場合を含む。)、最低賃金法第40条の規定及び同条の規定に係る第42条の規定、賃金の支払の確保等に関する法律第18条の規定及び同条の規定に係る同法第20条の規定
- 6 申請者が、第21条の5の24第1項(第24条の17第1項、第24条の36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年を経過しない者であるとき。
- 7 申請者の役員等が第21条の5の24第1項(第24条の17第1項、第24条の36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(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該取消しの処分を受けた法人の役員等であった者で、当該取消しの日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 8 申請者が、第21条の5の24第1項(第24条の17第1項、第24条の36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21条の5の20第4項(第24条の32第2項)の規定による事業の廃止をした者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該廃止の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 9 前号に規定する期間内に第21条の5の20第4項(第24条の26第2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、申請者の役員等が同号の通知の日前60日以内に当該事業の廃止に係る法人(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。
- 10 申請者又は申請者の役員等が、指定の申請前5年以内に障害児通所支援(障害児入所施設、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。