

(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

サービス種別	
事業所名	

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
サービス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 申請するサービス種類に関して、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()										
共同生活住居の場合、 建築部局・消防との協議状況		双方ともに協議済み ・ 建築部局のみ協議済み ・ 消防のみ協議済み ・ 未協議										
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」、「共同生活住居の場合、建築部局・消防との協議状況」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。

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。

令和 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5)

実務経験証明書

様 第 号
令和 年 月 日

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、知的障害者更生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24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

障害者支援施設〇〇

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	障害者支援施設〇〇 施設・事業所の種別 (障害者支援施設、旧知的障害者入所更生施設)
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 (支援員)

注1 施設又は事業所名欄には、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
電話番号
印

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、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在日日を記入すること。

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)

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	
サービス種別	

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

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)

緊急時の協力について

社会福祉法人〇〇会が運営する「〇〇苑」における「〇〇苑短期入所事業」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

〇〇苑施設長 □□□□

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 _____

障害者総合支援法第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

令和 年 月 日

静岡県知事 様

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、下記に掲げる障害者総合支援法第36条第3項(第38条第3項、第51条の19第2項において準用する第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。

【障害者総合支援法第36条第3項各号の規定】(一部要約)

- 申請者が法人でないとき(療養介護サービスに係る法人でないものからの申請の場合を除く)。
- 当該申請に係るサービス事業所(障害者支援施設・一般相談支援事業所)の従業者の知識及び技能並びに人員が、第43条第1項(第44条第1項・第51条の23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。
- 申請者が、第43条第2項(第44条第2項・第51条の23第2項)の厚生労働省令で定める指定障害福祉サービス(指定障害者支援施設・指定一般相談支援)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。
- 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(療養介護サービスに係る法人でないものからの申請の場合に限る)。
- 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

- 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50条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)、第51条の29第1項又は同条第2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(障害者支援施設・一般相談支援事業所・特定相談支援事業所)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。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設の設置者・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者)の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設の設置者・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者)による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設の設置者・指定一般相談支援事業者)が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者の親会社等が、第50条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。)、第51条の29第1項又は同条第2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年を経過しないものであるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設の設置者・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者)の指定の取消しのうち当該指定の取消しの理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設の設置者・指定一般相談支援事業者・指定特定相談支援事業者)による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設の設置者・指定一般相談支援事業者)が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く(療養介護サービスに係る法人でないものからの申請の場合を除く)。
- 8 申請者が、第50条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。)、第51条の29第1項又は同条第2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2項、第51条の25第2項又は同条第4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。
- 9 申請者が、第48条第1項(同条第3項において準用する場合を含む。)、第51条の27第1項又は同条第2項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に第46条第2項、第51条の25第2項又は同条第4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。
- 10 第8号に規定する期間内に第46条第2項、第51条の25第2項又は同条第4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(療養介護サービスに係る法人でないものからの申請の場合に限る)。
- 11 申請者が、指定の申請前5年以内に障害福祉サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第4号から第6号まで又は第8号から前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 13 申請者が、法人でない者で、その管理者が第4号から第6号まで又は第8号から第11号のいずれかに該当する者であるとき(療養介護サービスに係る法人でないものからの申請の場合に限る)。

※この様式において「障害者総合支援法」とは、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をいう。

様式第7号

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	
サービスの種別	

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・難病等対象者

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

様式第7号【記入例】

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	〇〇生活介護事業所
サービスの種別	生活介護

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

他の障害者へのサービス提供ができる生活支援員を確保していないため。

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

精神障害者を対象とする。(平成22年4月)

(3) 拡充のための方策

精神障害者の支援経験がある生活支援員の採用