

記入例

特定障害福祉サービス事業所
~~指定障害者支援施設~~ 変更指定申請書

令和〇年〇月〇日

栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 □□ビル1階
〇〇会
花子

栃木県知事 様

指定を受ける事業に応じて、該当するものを選択し、該当しないものは抹消してください

提出日を記入してください

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特定障害福祉サービス事業所（指定就労継続支援事業所・生活介護事業所）、指定障害者支援施設に係る変更指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所（施設）所在地市町村番号			
申請者（設置者）	フリガナ	シャカイフクシホウジン 〇〇カイ			
	名称	社会福祉法人 〇〇会			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ××× - ××××) 栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 □□ビル1階			
	法人である場合その種別	社会福祉法人 〇〇会	法人所轄庁	〇〇市	
	連絡先電話番号	028-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	028-〇〇〇-〇〇〇〇	
	代表者の職・氏名	職名 理事長	フリガナ	フリガナ 花子	
	代表者の住所	(郵便番号 ××× - ××××) 栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 □□ビル1階 101号室			
変更指定を受けようとする事業所・施設の種別	フリガナ	〇〇サギョウジョ			
	名称	〇〇作業所			
	事業所（施設）の所在地	(郵便番号 ××× - ××××) 栃木県〇〇市××町×-×			
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業
	特定障害福祉サービス事業所	生活介護	〇 令和〇年4月1日	付表1	
		就労継続支援B型	〇 令和〇年4月1日	付表3	
	指定障害者支援施設				
事業所番号		同一の法律において既に指定を受けている場合 09100000000、0913330000			

備考

- 「受付番号」「事業所（施設）所在地市町村番号」欄には、記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」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載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」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事業の種類を記載し、該当する欄には「〇」を記載してください。
- 「事業所番号」欄には、栃木県内において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

付表1 生活介護事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、付表1-2を併せて提出してください
 ※2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表4を併せて提出してください

記入例

受付番号					
施設	フリガナ	セイカツカイゴ〇〇サギョウシヨ			
	名称	生活介護〇〇作業所			
	所在地	(郵便番号 ××× - ××××) 栃木県〇〇市××町×-×			
連絡先	電話番号	028-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	028-〇〇〇-〇〇〇〇	
	フリガナ	トキキ サクラ			
管理者	氏名	栃木 桜子	住所	(郵便番号 ××× - ××××) 栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇ビル1階101号室	
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入) 事業所等の名称 △△作業所 兼務する職種及び勤務時間等 管理者 9:00~17:00				
当該事業の実施について定めてある条例等			第2条第1項第1号		
サービス	フリガナ	ケンゴウ イチロウ		住所 (郵便番号 △△△-△△△△)	
	管理責任者氏名	県庁 一郎	栃木県△△市△△町△-△		
従業者の職種・員数	医師 サービス管理責任者 看護職員 理学療法士 作業療法士				
	専従 ※ 兼務				
	従業者数	常勤(人)	1	1	1
		非常勤(人)	1		
	常勤換算後の人数(人)		0.1	1	1
	基準上の必要人数(人)				
	機能訓練指導員 生活支援員 精神保健福祉士 その他の従業者				
	専従 ※ 兼務 専従 ※ 兼務 専従 ※ 兼務 専従 ※ 兼務				
	従業者数	常勤(人)	4		1
		非常勤(人)	2		
常勤換算後の人数(人)		4.8		1	
基準上の必要人数(人)					
前年度の平均実利用者数(人)	事業所が申告する障害支援区分の平均値				
	サービス単位	4 未 満	4 以 上 5 未 満	5 以 上	
	サービス単位1		20		
	サービス単位2				
サービス単位3					
主たる対象者	特定無し 身体障害者				
	細分無し 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				
利用定員	25人(単位ごとの定員) (①25 ②)				
	基準上の必要定員 人				
	多機能型実施の有無 有 無				
利用料	厚生労働大臣が定める額				
	その他の費用 運営規程のとおり				
	第三者評価の実施状況 している ・ していない				
その他参考となる事項	苦情解決の措置概要 窓口(連絡先) 028-000-0000 担当者 県庁 一郎				
	その他				
協力医療機関	名称 〇〇病院		主な診療科名 内科、小児科		
一体的に管理運営を行う他の事業所					
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)				

定款(公立の場合には条例)の何条に今回申請するサービスの内容が記載されているかを確認し、入力してください

「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び「運営規程」の内容と整合性が取れるように数字を入れてください

前年度実績を基に記入例においては、障害者支援区分の平均が「4以上5未満」、平均利用者数が「20人」の事業所を想定しています

②は生活介護の単位が2以上ある場合にのみ記入します

変更後の定員数を記入してください

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは、保健師、看護師、准看護師のことをいいます。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄には、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 「その他の費用」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内容について記載してください。

付表3 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

※1 従たる事業所のある場合は、付表3-2を併せて提出してください
 ※2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表4を併せて提出してください

記入例

受付番号

施設名	フリガナ シュウロウケイゾクシエン〇〇サギョウジヨ													
	名称 就労継続支援〇〇作業所													
	(郵便番号 -)													
所在地	栃木県〇〇市××町×-×													
	連絡先	電話番号 028-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX番号 028-〇〇〇-〇〇〇〇												
管理者	フリガナ トキ サクコ	住所 (郵便番号 ×××-××××)												
	氏名 栃木 桜子	住所 栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇ビル1階101号室												
他事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称													
	兼務する職種及び勤務時間等													
当該事業の実施について定めてある条例等		第2条第1項第1号												
サービス	フリガナ カチヨイ	住所 (郵便番号 △△△-△△△△)												
管理責任者	氏名 県庁 一郎	住所 栃木県△△市△△町△-△												
従業者の職種・員数	管理 者	専従	※	兼務	専従	※	兼務	専従	※	兼務	専従	※	兼務	
		サービス管理責任者	専従	※	兼務	専従	※	兼務	専従	※	兼務	専従	※	兼務
	従業者数	常勤(人)	1		1		1		1		1			
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)		1		1		1.5		1					
	基準上の必要人数(人)													
	その他の従業者	専従	※	兼務										
		専従	※	兼務										
	従業者数	常勤(人)	1											
		非常勤(人)												
常勤換算後の人数(人)		1												
基準上の必要人数(人)														
前年度の平均利用者数(人)		15.4+4.5人												
主な揭示事項	利用定員	25人												
	基準上の必要定員	人												
	主たる対象者	特定無し	身体障害者											
		○	細分無し	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									
	利用料	厚生労働大臣が定める額												
	その他の費用	運営規程のとおり												
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない											
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	028-000-0000	担当者	栃木 桜子								
	その他													
協力医療機関	名称	〇〇病院		主な診療科名	内科									
多機能型実施の有無	有													
一体的に管理運営を行う他の事業所	無													
添付書類	別添のとおり(登記事項証明書又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)													

定款(公立の場合は条例)の何条に今回申請するサービスの内容が記載されているかを確認し、入力してください

「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び「運営規程」の内容と整合性が取れるように数字を入れてください

(前年度の平均値利用者数)+(増員数×0.9)で計算します
 ※記入例は、定員を20→25に増やした事業所で、前年度の平均利用者数が15.4人だった場合を想定しています

変更後の定員数を記入してください

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「※兼務」欄には、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 5 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 6 「その他の費用」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内容について記載してください。

付表4 指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項(総括表)(その1)

記入例

※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

フリガナ	セイカツカイゴ〇〇サギョウジョ												
事業所名	生活介護〇〇作業所												
所在地	栃木県〇〇市××町×-×												
連絡先	電話番号	028-000-0000	FAX番号	028-000-0000									
(注) 多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。													
フリガナ	シュウロウケイゾクシエン〇〇サギョウジョ												
事業所名	就労継続支援〇〇作業所												
所在地	栃木県〇〇市××町×-×												
連絡先	電話番号	028-000-0000	FAX番号	028-000-0000									
フリガナ													
事業所名													
所在地	栃木県 郡市												
連絡先	電話番号		FAX番号										
フリガナ													
事業所名													
所在地	栃木県 郡市												
連絡先	電話番号		FAX番号										
フリガナ													
事業所名													
所在地	栃木県 郡市												
連絡先	電話番号		FAX番号										
フリガナ	トキノサキ		住所		栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇								
氏名	栃木 桜子				□□ビル1階101号室								
管理者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等								
主たる対象とする障害の種類	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							
	細分無し	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害								
生活介護を行う場合のみ	事業所が申告する障害支援区分の平均値												
	サービス単位	4	未	満	4	以上	5	未	満	5	以	上	
	前年度の平均実利用者数(人)	サービス単位1		サービス単位2		サービス単位3		サービス単位4		サービス単位5		サービス単位6	
		20											
実施事業	生活介護	自立訓練(機能訓練)	自立訓練(生活訓練)	就労移行支援(通常)	就労移行支援(あはき)	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)						
	サービス単位	有	無										
主たる事業所		○											
従たる事業所													
定員緩和措置の有無	有 ・ 無												
定員(人)	合計	生活介護	自立訓練(機能訓練)	自立訓練(生活訓練)	就労移行支援(通常)	就労移行支援(あはき)	就労継続支援(A型)	就労継続支援(B型)					
合計	50	25										25	
主たる事業所	50	25										25	
従たる事業所													

サービスごとに記入してください
事業所名が同一の場合も同様です

生活介護が複数の単位を有する場合は、「有」に○をつけてください

多機能型として提供を行うサービスに○をつけてください

付表4 指定障害福祉サービス事業所に係る多機能型による事業を実施する場合の記載事項(総括表)(その2)

記入例

多機能型に関する特例によって、常勤職員が複数事業所のサービス管理責任者を兼ねる場合、「事業所1」、「その他の事業所」及び「合計」の従業者数の欄は、それぞれ1と

「その他の事業所」の欄には、付表15の「事業所2～5」における事業者数を記入する

従業者数は「付表」、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び「運営規程」の内容と整合性が取れるように数字を入れ

受付番号

			従業者の職種・員数															
			サービス管理責任者		医師		看護師		保健師		准看護師		その他					
合計	従業者数	常勤(人) 非常勤(人)	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従	専	従				
			※	兼	※	兼	※	兼	※	兼	※	兼	※	兼				
合計	従業者数	常勤(人)	1				1					1						
		非常勤(人)					1											
	常勤換算後の人数(人)		1			0.1		1				1						
	基準上の必要人数(人)																	
事業所1	従業者数	常勤(人)	1				1					1						
		非常勤(人)					1											
	常勤換算後の人数(人)		1			0.1		1				1						
	基準上の必要人数(人)																	
その他の事業所	従業者数	常勤(人)	1															
		非常勤(人)																
	常勤換算後の人数(人)		1															
	基準上の必要人数(人)																	
合計	理学療法士等												生活支援員					
	合計												合計					
合計	従業者数	常勤(人)											6		6			
		非常勤(人)											3		3			
	常勤換算後の人数(人)												7.3		7.3			
	基準上の必要人数(人)																	
事業所1	従業者数	常勤(人)											4		4			
		非常勤(人)											2		2			
	常勤換算後の人数(人)												4.8		4.8			
	基準上の必要人数(人)																	
その他の事業所	従業者数	常勤(人)											2		2			
		非常勤(人)											1		1			
	常勤換算後の人数(人)												2.5		2.5			
	基準上の必要人数(人)																	
合計	職業指導員												就労支援員		その他の従業者			
	合計												合計		合計			
合計	従業者数	常勤(人)	2											2				
		非常勤(人)	1															
	常勤換算後の人数(人)		2.5			2.5								2				
	基準上の必要人数(人)																	
事業所1	従業者数	常勤(人)												1				
		非常勤(人)																
	常勤換算後の人数(人)													1				
	基準上の必要人数(人)																	
その他の事業所	従業者数	常勤(人)	2											1				
		非常勤(人)	1															
	常勤換算後の人数(人)		2.5			2.5								1				
	基準上の必要人数(人)																	

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「定員緩和措置の有無」欄には、障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準を定める条例(平成25年栃木県条例第21号)第88条に基づく利用定員緩和措置の適用の有無について記載してください。
- 生活介護にサービス単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。
- 新設の場合には、「前年度の平均実利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「※兼務」欄には、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。