

第3部

申請等書類

(様式第2号の13)

指定障がい児通所支援事業者(指定障がい児入所施設)指定(更新)申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地
(事業者・設置者) 名称
代表者氏名

指定障害児通所支援事業者(指定障害児入所施設)の指定を受けたいので児童福祉法第21条の5の15第1項(第24条の9第1項)の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (事業者・設置者)	ふりがな			
	名称			
	主たる事務所の所在地	〒 県 郡・市		
	法人種別	法人所轄庁		
	連絡先	電話番号	ファックス番号	
	代表者の氏名等	職名	ふりがな	
	生年月日	氏名		
代表者の住所	〒 県 郡・市			
指定 事業(更新 施設)を受け ようと	ふりがな			
	事業所(施設)の名称			
	事業所(施設)の所在地	〒 山形県 郡・市		
	事業所(施設)の種類	指定申請する事業所(施設)の事業開始予定年月日		
		年 月 日		

(注)1 「法人種別」の欄は、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入してください。

2 「法人所轄庁」の欄は、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。

3 「事業所(施設)の所在地」の欄は、当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事業所を有するときは、当該事業所を含めて記載してください。

4 この申請には、次に掲げる書類を添付してください。

- (1) 事業者及び設置者の登記事項証明書又は条例等の写し
- (2) 肢体不自由児通所医療又は障害児入所医療を提供する場合は、医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類
- (3) 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示すること。)並びに設備の概要がわかる書類
- (4) 利用者の推定数がわかる書類
- (5) 事業所(施設)の管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、経歴及び住所がわかる書類
- (6) 運営規程の写し
- (7) 障がい児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がわかる書類
- (8) 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態がわかる書類
- (9) 誓約書

付表1 児童発達支援事業所(福祉型児童発達支援センターであるものに限る)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障がいの種別 ()		受付番号	
施設	フリガナ 名称		
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市	
	連絡先	電話番号	FAX番号
管理者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)
	氏名		
	当該事業所の他の職務又は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	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号	
併設する施設の名称及び概要		名称	概要
児童発達支援管理責任者	フリガナ	住所	(郵便番号 -)
	氏名		
従業者の職種・員数		嘱託医	児童指導員
		専従	兼務
		専従	兼務
		専従	兼務
		専従	兼務
従業者数		常勤(人)	
		非常勤(人)	
備考			
基準上の必要人数(人)			
		調理員	児童発達支援管理責任者
		専従	兼務
		専従	兼務
		専従	兼務
		専従	兼務
従業者数		常勤(人)	
		非常勤(人)	
備考			
基準上の必要人数(人)			
		看護師	
		専従	兼務
		専従	兼務
従業者数		常勤(人)	
		非常勤(人)	
備考			
基準上の必要人数(人)			
利用者の推定数(人)			
設備基準上の数値記載項目等		指導訓練室	m(児童1人当たり)
		基準上の必要値	m(児童1人当たり)以上
		遊戯室	m(児童1人当たり)
		基準上の必要値	m(児童1人当たり)以上
		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場	指 導 訓 練 室 遊 戯 室 屋 外 遊 戯 場
		医務室 相談室 調理室 便所	医 務 室 相 談 室 調 理 室 便 所
		静養室 聴力検査室	静 養 室 聴 力 検 査 室
		(設置部分を○でかこむ)	
主な揭示事項			
営業日			
営業時間			
サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)			
利用定員			
人			
利用料			
その他の費用			
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) 担当者
		その他	
協力医療機関		名称	主な診療科名
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無	
多機能型実施の有無		有 ・ 無	
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、誓約書、損害賠償発生時の対応方法を明示する書類、賃貸契約書の写し、主たる対象者を特定する理由、協力医療機関との契約内容がわかる書類)	

- (備考)
- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」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。
 - 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
 - 「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。
 - 「その他の費用」欄には、障害児又は保護者等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。
 - 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表2 児童発達支援事業所(児童発達支援センターであるものを除く)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障がいの種別 ()		受付番号		
事業所	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
管理者	フリガナ	(郵便番号 -)		
	氏 名	住 所		
	当該事業所の他の職務又は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		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号		
児童発達支援管理責任者	フリガナ	(郵便番号 -)		
	氏 名	住 所		
従業者の職種・員数		指導員		
		保育士		
		児童発達支援管理責任者		
		機能訓練担当職員		
		専従	兼務	
		専従	兼務	
		専従	兼務	
		専従	兼務	
従業員数		児童指導員		
		嘱託医		
		看護師		
		専従	兼務	
		専従	兼務	
		専従	兼務	
		専従	兼務	
備考				
基準上の必要人数(人)				
従業員数		児童指導員		
		嘱託医		
		看護師		
		専従	兼務	
		専従	兼務	
		専従	兼務	
		専従	兼務	
備考				
基準上の必要人数(人)				
利用者の推定数(人)				
設備		指導訓練室		
		有 ・ 無		
主な掲示事項				
営業日				
営業時間				
サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)				
利用定員				
人				
利用料				
その他の費用				
実施サービス				
送迎サービス				
有 ・ 無				
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)				
担当者				
その他				
協力医療機関				
名 称				
主な診療科名				
多機能型実施の有無				
有 ・ 無				
一体的に管理運営される他の事業所				
添付書類				
別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、誓約書、損害賠償発生時の対応方法を明示する書類、賃貸契約書の写し、主たる対象者を特定する理由、協力医療機関との契約内容がわかる書類)				

(備考)

1. 「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。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「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。
4. 出張所等がある場合は、付表2-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等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。
6. 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表2-2 同時に行われる児童発達支援の単位／一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障がいの種別
()

受付番号

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				住所				
	当該事業所の他の職務又は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						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある定款又は条例等									
第 条第 項第 号									
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				住所				
従業者の職種・員数		指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
利用者の推定数(人)									
		児童指導員		嘱託医		看護師			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
利用者の推定数(人)									
設備		指導訓練室				有 ・ 無			
主な掲示事項									
営業日									
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)							
利用定員		人							
利用料									
その他の費用									
実施サービス		送迎サービス		有 ・ 無					
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)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
多機能型実施の有無		有 ・ 無							
一体的に管理運営される他の事業所									
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、誓約書、損害賠償発生時の対応方法を明示する書類、賃貸契約書の写し、主たる対象者を特定する理由、協力医療機関との契約内容がわかる書類)							

(備考)

1. 「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。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「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。
4. 「その他の費用」欄には、保護者等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。
5. 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表4-2 同時に行われる放課後等デイサービスの単位／一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障がいの種別
()

受付番号

事業所	フリガナ												
	名称												
	所在地	(郵便番号 -)											
	連絡先	電話番号					FAX番号						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある定款又は条例等												第 条第 項第 号	
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所	(郵便番号 -)						
	氏名												
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)												
	非常勤(人)												
備考													
基準上の必要人数(人)													
利用者の推定数(人)													
従業者数		障害福祉サービス経験者		嘱託医		看護師							
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
備考	常勤(人)												
	非常勤(人)												
備考													
基準上の必要人数(人)													
利用者の推定数(人)													
設備		指導訓練室				有 ・ 無							
主な掲示事項													
営業日													
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)											
利用定員		人											
利用料													
その他の費用													
実施サービス		送迎サービス		有 ・ 無									
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)		担当者							
		その他											
多機能型実施の有無		有 ・ 無											
一体的に管理運営される他の事業所													
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、誓約書、損害賠償発生時の対応方法を明示する書類、賃貸契約書の写し、主たる対象者を特定する理由、協力医療機関との契約内容がわかる書類)											

(備考)

1. 「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。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「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。
4. 「その他の費用」欄には、保護者等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。
6. 共生型サービスの場合、職種は適宜修正して記載してください。

付表5 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏 名					
	当該事業所の他の職務又は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			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある定款又は条例等						第 条第 項第 号
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)
	氏 名					
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		
		専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備 考						
基準上の必要人数(人)						
利用者の推定数(人)						
設備		専用の区画		有 ・ 無		
主な掲示事項						
営業日						
営業時間		サービス提供時間				
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
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)	担当者	
		その他				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、誓約書、損害賠償発生時の対応方法を明示する書類、賃貸契約書の写し)				

(備考)

1. 「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。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「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。
4. 「その他の費用」欄には、保護者等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。
5. 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表5-2 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市					
	連絡先	電話番号				FAX番号	
管理者	フリガナ				(郵便番号 -)		
	氏名				住所		
	当該事業所の他の職務又は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				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある定款又は条例等							第 条第 項第 号
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所 (郵便番号 -)		
	氏名						
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者			
		専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
備考							
基準上の必要人数(人)							
利用者の推定数(人)							
設備		専用の区画		有 ・ 無			
主な掲示事項							
営業日							
営業時間		サービス提供時間					
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域							
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)		担当者	
		その他					
多機能型実施の有無		有 ・ 無					
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、誓約書、損害賠償発生時の対応方法を明示する書類、賃貸契約書の写し)					

(備考)

1. 「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。
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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「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。
4. 「その他の費用」欄には、保護者等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。
5. 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。



障害児通所支援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

※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

事業所	フリガナ						
	名 称						
	所在地		(郵便番号 —)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
(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。							
事業所2	フリガナ						
	名 称						
	所在地		(郵便番号 —)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
事業所3	フリガナ						
	名 称						
	所在地		(郵便番号 —)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
事業所4	フリガナ						
	名 称						
	所在地		(郵便番号 —)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
事業所5	フリガナ						
	名 称						
	所在地		(郵便番号 —)				
	連絡先		電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ		住 所		(郵便番号 —)		
	氏 名						
	当該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(兼務の場合のみ記入)		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	無し		難聴	重症心身障害	その他		
実施事業		児童発達支援		医療型児童発達支援	放課後等デイ		保育所等訪問支援
		サービス単位			サービス単位		
		有	無		有	無	
主たる事業所							
従たる事業所							
定員(人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイ	保育所等訪問支援		
合計							
主たる事業所							
従たる事業所							



付表6 その2

受付番号

従業者の職種・員数															
		児童発達支援 管理責任者		医師 (嘱託医含む)		児童指導員		保育士		指導員		看護師		障害福祉 サービス経験者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	備考														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	備考														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	備考														
	基準上の必要人数(人)														
		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当職員		訪問支援員		栄養士		調理員			
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務		
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	基準上の必要人数(人)														

(備考)

1. 「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。
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. 児童発達支援又は放課後等デイサービスに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業にサービス単位ごとの定員を記載してください。

付表7 障害児入所支援(福祉型障害児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障がいの種別
()

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
管理者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)			
	氏名								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある定款又は条例等								第 条第 項第 号	
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)			
	氏名								
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		栄養士		調理員		児童発達支援管理責任者		心理指導担当職員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		職業指導員							
		専従	兼務						
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
利用者の推定数(人)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (設置部分を○でかこむ)		居室 調理室 浴室 便所 医務室 静養室 職業指導に必要な設備 遊戯室 訓練室 音楽に関する設備 身体の機能の不自由を助ける設備 映像に関する設備 屋外訓練場							
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値					
居室	1室の最大定員			人以下					
	入所児1人当たりの最小床面積			㎡					
主な掲示事項									
入所定員		人							
利用料									
その他の費用									
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)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
協力歯科医療機関		名称							
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要、平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、誓約書、損害賠償発生時の対応方法を明示する書類、賃貸契約書の写し、主たる対象者を特定する理由、協力医療機関との契約内容がわかる書類)							

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」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葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「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。
5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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8 障害児入所支援(医療型障害児入所施設)の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障がいの種別
()

受付番号

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市								
連絡先	電話番号			FAX番号						
	フリガナ			(郵便番号 -)						
管理者	フリガナ			(郵便番号 -)						
	氏名			住所						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある定款又は条例等								第 条第 項第 号		
併設する施設の名称及び概要	名称									
	概要									
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏名									
従業者の職種・員数			医師		看護師		児童指導員		保育士	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
	備考									
	基準上の必要人数(人)									
			心理指導担当職員		理学療法士又は作業療法士		児童発達支援管理責任者		職業指導員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	常勤(人)								
		非常勤(人)								
備考										
基準上の必要人数(人)										
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
利用者の推定数(人)										
設備上の配慮点										
設置部分等 (該当部分を○でかむ)		訓練室 浴室 静養室 屋外訓練場 ギブス室 特殊工芸の作業を指導するのに必要な設備 義肢装具を製作する設備 身体の機能の不自由を助ける設備 * 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること								
主な掲示事項										
入所定員		人								
利用料										
その他の費用										
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)		担当者				
		その他								
協力歯科医療機関		名称								
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類、建物の構造概要、平面図、経歴書、運営規程、障害児等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、誓約書、損害賠償発生時の対応方法を明示する書類、賃貸契約書の写し、主たる対象者を特定する理由、協力医療機関との契約内容がわかる書類)								

- (備考)
1. 「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。
 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葉に記載した書類を添付してください。
 3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
 4. 「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。
 5. 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等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。

(様式第2号の13の2)

指定障がい児通所支援事業者(指定障がい児入所施設)指定変更申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地
(事業者・設置者) 名称
代表者氏名

指定障害児通所支援事業者(指定障害児入所施設)に係る指定の変更を受けたいので、児童福祉法第21条の5の20第1項(第24条の13第1項)の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (事業者・設置者)	ふりがな			
	名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)		
	法人種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号		FAX番号
	代表者の氏名等	職名		ふりがな
		生年月日		氏名
代表者の住所	(郵便番号 —)			
指定の変更を受けようとする事業所(施設)	ふりがな			
	事業所(施設)の名称			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 —)		
	事業所番号	事業所(施設)の種類	事業所(施設)の変更予定年月日	
			年 月 日	

- (注) 1 「法人種別」の欄には、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入してください。
- 2 「法人所轄庁」の欄には、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 3 「事業所(施設)の所在地」欄には、当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含めて記載してください。
- 4 「事業所番号」欄には、指定障害児通所支援事業者(指定障害児入所施設)として山形県の指定を受けた際に付番された事業所番号を記載し、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。
- 5 指定障害児通所支援事業者(児童発達支援・放課後等デイサービス)にあつては、次に掲げる事項を記載した書類を添付して申請してください。
- (1) 事業所の平面図(各室の用途を明示すること。)及び設備の概要
 - (2) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態
 - (3) 利用定員
- 6 指定障害児入所施設にあつては、次に掲げる事項を記載した書類を添付して申請してください。
- (1) 建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示すること。)及び設備の概要
 - (2) 利用者の推定数
 - (3) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態
 - (4) 利用定員

(様式第2号の14)

指定障がい児通所支援事業者（指定障がい児入所施設）変更届出書

年 月 日

山形県知事 殿

所在地
事業者（設置者）名称
代表者氏名

下記のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、児童福祉法第21条の5の20第3項（第24条の13第3項）の規定により届け出ます。

記

申請事項を変更した事業所（施設）	名 称	
	所 在 地	
	事業所（施設）の種類	
変更があつた事項		変更の内容
1 事業所（施設）の名称	(変更前)	
2 事業所（施設）の所在地（設置の場所）		
3 設置者の名称及び主たる事務所の所在地		
4 代表者の氏名及び住所		
5 登記事項証明書又は条例等		
6 医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類		
7 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要	(変更後)	
8 事業所（施設）の管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、経歴及び住所		
9 運営規程		
変 更 年 月 日		年 月 日

- (注) 1 変更があつた項目の番号に○をつけてください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。
3 変更があつた日から10日以内に届け出てください。

(様式第2号の15)

指定障がい児通所支援事業再開(廃止・休止)届

年 月 日

山形県知事 殿

所在地
事業者 名称
代表者氏名

下記のとおり指定障害児通所支援事業を再開した(廃止・休止する)ので、児童福祉法第21条の5の20第3項(第4項)の規定により届け出ます。

再開した(廃止・休止する)事業所	事業所番号	
	名 称	
	所 在 地	
再開した(廃止・休止する)年月日	年 月 日	
廃止(休止)する理由		
現に指定障害児通所支援を受けている者に対する措置(廃止・休止する場合のみ)		
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務の体制及び形態がわかる書類を添付してください。
2 事業の再開に係る届出にあつては、再開した日から10日以内に届け出てください。
3 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、廃止又は休止しようとする日の1箇月前までに、次に掲げる書類を添付して届け出てください。

- (1) 利用者の移行先等を把握することができるもの
現に指定障害児通所支援を受けている者及びその保護者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害児通所支援に相当する支援の提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該指定障害児通所支援に相当する支援の提供を希望する者に対し、必要な障害児通所支援を継続的に提供する他の指定障害児通所支援事業者の名称を記載すること。
(2) 利用者の希望等を調査するために実施した面談等の対応について記録したもの

(様式第4号の7)

指定障がい児入所施設辞退申出書

年 月 日

山形県知事 殿

所在地
申出者 名称
代表者氏名

下記のとおり指定障害児入所施設の指定を辞退したいので、児童福祉法第24条の14の規定により申し出ます。

記

指定を辞退する施設	名 称	
	所 在 地	
指定年月日	年 月 日	
指定を辞退しようとする年月日	年 月 日	
指定を辞退する理由		
現に施設に入所している者に対する措置		

(注) 指定を辞退しようとする日の3箇月前までに、次に掲げる書類を添付して申し出てください。

- 1 利用者の移行先等を把握することができるもの
現に障害児入所支援を受けている者及びその保護者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該障害児入所支援に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無並びに引き続き当該障害児通入所支援に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害児入所支援を継続的に提供する他の指定障害児入所支援施設等の名称を記載すること。
- 2 利用者の希望等を調査するために実施した面談等の対応について記録したもの

様式第6号の3の3

年 月 日

山形県知事 殿

事業経営者 氏 名

(法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

障がい児通所支援事業（障がい児相談支援事業）開始届出書

下記のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を開始するので、児童福祉法第34条の3第2項の規定により届け出ます。

記

- 1 事業の種類及び内容
- 2 経営者の氏名及び住所（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）
- 3 職員の定数及び職務の内容
- 4 主な職員の氏名及び経歴
- 5 当該事業の用に供する施設の名称、種類、所在地及び連絡先
- 6 事業開始の予定年月日
- 7 添付書類
 - (1) 条例、定款その他の基本約款
 - (2) 運営規程
 - (3) 収支予算書
 - (4) 事業計画書
 - (5) その他参考資料

様式第6号の3の4

年 月 日	
山形県知事 殿	
事業経営者 氏 名 (法人の場合は、名称及び代表者の氏名)	
障がい児通所支援事業（障がい児相談支援事業）変更届出書 下記のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）の内容を変更したので、 児童福祉法第34条の3第3項の規定により届け出ます。 記	
変更が生じた 事業の種類	
変更の日	年 月 日
変更の内容	
変更の理由	
その他参考事項	

様式第6号の3の5

年 月 日

山形県知事 殿

事業経営者 氏 名
 (法人の場合は、名称及び代表者の氏名)

障がい児通所支援事業（障がい児相談支援事業）廃止（休止）届出書

下記のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を廃止（休止）するので、児童福祉法第34条の3第4項の規定により届け出ます。

記

廃止（休止）しようとする事業の種類	
廃止（休止）しようとする年月日	
廃止（休止）の理由	
現に便宜を受け、又は通所している者に対する措置	
休止の場合、休止の予定期間	
添付書類	法人においては、廃止又は休止の決議書の写し及び定款その他の規約

(参考様式 1)

平面図

事業所の名称	
--------	--



備考 1 各室の用途及び面積を記載してください。

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 4)

障害児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

支援の種類	
事業所名	

措置の概要	
1	障害児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

備考 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 5)

児童福祉法第 21 条の 5 の 15 第 2 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地
名 称
代表者 住 所
氏 名

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる児童福祉法第 21 条の 5 の 15 第 2 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。

記

【児童福祉法第 21 条の 5 の 15 第 2 項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が山形県の条例で定める者でないとき。
- 2 当該申請に係る障害児通所支援事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、山形県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、山形県の条例で定める指定通所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児通所支援事業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様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、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 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。
- 2
- 6 申請者が、第 21 条の 5 の 23 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 23 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 23 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 24 条の 14 の規定による指定の辞退をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該辞退の日から起算して 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 19 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（当該指定の辞退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に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

(参考様式6)

実務経験証明書

様 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名
電話番号

印

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)
うち業務に従事した日数	
業務内容	職名 ()

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、障害児入所施設等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が栄養管理に関する業務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。)
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。
3. 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)

指定障害児通所（入所）支援の主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害児通所（入所）支援の種類	

<p>1 申請に係る指定障害児通所支援（指定障害児入所支援）の主たる対象者</p> <p>2 主たる対象者を1のとおり特定する理由</p> <p>3 今後における主たる対象者の拡充の予定</p> <p>(1) 拡充予定の有無</p> <p>あり ・ なし</p> <p>(2) 拡充予定の内容及び予定時期</p> <p>(3) 拡充のための方策</p>
--

(参考様式 8-2) ※確認済証等が交付されていない場合に提出
建築物関係法令に関する届出書

年 月 日

山形県知事 殿

届出者 所在地

事業者名

代表者名

以下の建築物について、建築物関係法令に適合していることを届け出ます。

1 建築物の概要

事業所（住居）名	
事業所（住居）の所在地	
障害福祉サービス等の種類	
事業所（住居）の内容 ※該当に○	新築 ・ 既存物件の用途を変更して使用
※既存建築物の用途を変更して使用する場合 該当に○	※新築の場合は記載不要 既存建築物を増築 ・ 既存建築物を改築 ・ 改修（リフォーム）して使用 そのまま使用 ・ その他（ ）
建築年月日 ※用途変更をした場合は () 内に用途変更をした年月日を記入	年 月 日 (用途変更した日： 年 月 日)
構造 ※該当に○	木造 ・ 鉄骨造 ・ 鉄筋コンクリート造 その他（ ）
階数	地上 階 / 地下 階
建築物全体の床面積	m ²
建築基準法令上の 事業の用途に供する延べ床面積	m ²
障害福祉サービス等事業に 使用する部分の延べ床面積	m ²

注「建築基準法令上の事業の用途に供する面積」は、既存建築物の一区画を利用し事業を行う場合などは、「障害福祉サービス等事業で使用する面積」と異なる場合があります。詳しくは、別シート「○留意点」を参照してください。

2 建築基準法令への適合状況

建築基準法令への適合性の調査結果について																																																																		
<p>(建築士記載欄) 該当するものに○をつけてください</p> <p>障害福祉サービス事業所として使用する場合に、建築基準法上該当する用途 児童福祉施設等 ・ 共同住宅 ・ 寄宿舍 ・ その他 ()</p> <p>上記記載の用途で使用する場合に、当該建物が建築基準に適合しているか、以下に記載してください。 ※建築士が記載すること</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">・採光</td> <td style="width: 10%;">適合</td> <td style="width: 10%;">・ 不適合</td> <td style="width: 10%;">・ 非該当</td> <td style="width: 40%;">(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・換気</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・排煙設備</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・廊下の幅</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・階段</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・階段の手すり</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・2以上の直通階段</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・非常用照明</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・耐火建築物等</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・防火区画</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・防火上必要な間仕切壁</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・内装制限</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td>・ 非該当</td> <td>(特記事項:)</td> </tr> <tr> <td>・その他建築基準関係規定</td> <td>適合</td> <td>・ 不適合</td> <td></td> <td>(特記事項:)</td> </tr> </table>		・採光	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・換気	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・排煙設備	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・廊下の幅	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・階段	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・階段の手すり	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・2以上の直通階段	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・非常用照明	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・耐火建築物等	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・防火区画	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・防火上必要な間仕切壁	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・内装制限	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)	・その他建築基準関係規定	適合	・ 不適合		(特記事項:)
・採光	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・換気	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・排煙設備	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・廊下の幅	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・階段	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・階段の手すり	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・2以上の直通階段	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・非常用照明	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・耐火建築物等	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・防火区画	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・防火上必要な間仕切壁	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・内装制限	適合	・ 不適合	・ 非該当	(特記事項:)																																																														
・その他建築基準関係規定	適合	・ 不適合		(特記事項:)																																																														
<p>上記の通り適合性に支障ないことを確認しました。 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">一級・二級・木造建築士 登録番号 () 氏名 印</p>																																																																		

注1 上記の基準について適合と示した書面の添付でも可とします。

注2 上記の内容は一例です。その他の適合させるべき建築基準関係規定についても遵守してください。

3 消防法令への適合状況

届出書等	<input type="checkbox"/> 消防用設備等設置届出書 <input type="checkbox"/> 消防用設備検査済証 <input type="checkbox"/> 防火対象物点検報告書	届出書等の 交付日	届出書等の 交付者		
消防法施行令上の用途	<input type="checkbox"/> 別表第1(5)項ロ		<input type="checkbox"/> 別表第1(6)項ロ		
	<input type="checkbox"/> 別表第1(6)項ハ		<input type="checkbox"/> その他 ()		
消防法令への適合を示す届出書等の写し(消防用設備等検査済証など)を添付してください。					
(備考欄)					

※ グループホームについては、共同生活住居ごとに届出を行ってください。

(参考様式 9)

共生型サービス指定に係る確認票

事業所名	
<p>◎確認事項</p> <p>①サービス名：共生型サービス _____ (既存サービス _____)</p> <p>②利用定員：共生型サービス _____ 名 (既存サービス _____ 名)</p> <p>③全サービスの一日当たりの利用者合計は _____ 名以内 (上限) ※内訳：共生型サービス _____ 名程度 (既存サービス _____ 名程度) の見込</p> <p>④上記定員に対し既存サービスの基準を満たしているか (該当する方に○をつけてください)</p> <p>○上記定員に対し従業員数は既存サービスの基準を満たしているか 1 基準を満たしている・ 2 基準を満たしていない</p> <p>○床面積は既存サービスの基準を満たしているか (施設面積 _____ m²) (注1) 1 基準を満たしている・ 2 基準を満たしていない</p> <p>⑤技術的支援 (注2)</p> <ul style="list-style-type: none">・ どこから・ 支援の内容	

(注1) 介護保険サービス基準では、食堂+機能訓練室の面積を利用人数で除して一人当たり3 m²を満たしている必要があります。

(注2) 指定障害福祉サービス事業所その他の施設から、共生型サービス事業所が障害者の支援を行ううえで、必要な技術的支援を受けている必要があります。

(参考様式10)

共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書

山形県知事 殿

住所
申出者
法人名及び
代表者職・氏名

児童福祉法第21条の5の17第1項ただし書の規定により、次のとおり共生型障害児通所支援事業者の特例による指定を不要とする旨を申し出ます。

事業所	名称	
	所在地	
	連絡先	
管理者	氏名	
	住所	
申出に係るサービスの種類 (該当するものに○)	児童発達支援	放課後等デイサービス

注1 「事業所」欄及び「管理者」欄は、指定申請に係る事業所について記入してください。

注2 共生型の特例の適用を受ける場合は、この申出書の提出は不要です。

共生型の指定申請に必要な書類について

		○ 提出必要		× 省略可		△ 写しの提出で可		※ 必要に応じて提出							
書類名	書 類 名	共生型 居宅介護	共生型 重度訪問 介護	共生型 生活介護		共生型 短期入所		共生型 自立訓練 (機能訓練)		共生型 自立訓練 (生活訓練)		共生型 児童発達支援		共生型放課後等 デイサービス	
				A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
申請書	指定障害福祉サービス事業者等指定申請書(規則様式第1号及び付表)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
添付する書類	申請者の登記事項証明書又は条例等	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	事業所の種別	—	—	—	—	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—
	事業所の平面図(参考様式1及び2) ・事業所の位置図、外観及び内部のわかる写真を添付	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	利用者の推定数	—	—	○	○	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○
	事業所の管理者及びサービス提供(管理)責任者の経歴書(参考様式3) ※実務経験が必要なサービス提供責任者の場合は実務経験証明書(参考様式4) ○サービス管理責任者で、実務経験等の資格要件がある場合は、以下の書類も必要 ・実務経験証明書(参考様式4) ・サービス管理責任者研修等の修了者の写し ・保有資格を証する資格の写し	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	運営規程	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	利用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(参考様式6)	×	×	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△	×	△
	事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態(別紙2) ・組織体制図、指定居宅介護等の提供に当たる者の免許・資格・研修修了証の写し (介護福祉士登録証等)を添付 ・事業所の勤務時間等が確認できる書類(就業規則等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	協力医療機関の名称及び診療科名並びに協力医療機関との契約内容	—	—	○	△	×	×	○	△	○	△	○	△	○	△
	法第36条第3項の規定に該当しない旨の誓約書(参考様式8)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	介護保険法に基づく訪問介護事業の指定書の写し	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	損害賠償発生時の対応方法を明示する書類(国、地方自治体は除く)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	道路運送法上の許可書の写し(通院等の乗降介助を実施する場合)	○	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	事業所の賃貸借契約書の写し(事業所を借りている場合)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	主たる対象者を特定する理由等(参考様式7)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	指定を不要とする旨の申出書(重度訪問介護事業のみなし指定が不要な場合)	○	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	建築物関係法令に関する届出書(参考様式9)	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	社会保険等への加入状況にかかる確認票(別紙1)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	児童福祉法又は介護保険法に基づく指定書の写し	—	—	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	共生型サービス指定に係る確認票	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※
	共生型の特例による指定を不要とする旨の申出書	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※

A: 他法のサービスについて、山形県の指定を受けている場合
B: 他法のサービスについて、市町村の指定を受けている場合