

記入例

指定障害福祉サービス事業所
~~指定障害者支援施設~~ 指定申請書
~~指定一般相談支援事業所~~

栃木県知事 様

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
社会福祉法人 〇〇会
 木 花子

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指定障害福祉サービス事業所（~~指定障害者支援施設~~・~~指定一般相談支援事業所~~）に係る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	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	花子 木		
	氏名	木 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					
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	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	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
指定障害福祉サービス事業所	生活介護	○	令和〇年4月1日	付表3		
	就労継続支援B型	○	令和〇年4月1日	付表11		
指定障害者支援施設						
指定一般相談支援事業所						
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				
		0910000000、0913333333				

備考

- 「受付番号」
 - 「法人で人」「一般」
 - 「法人所」
 - 「同一所事業の種類」
 - 「事業所事業所番号」
- 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で既に指定を受けている事業所がある場合は記入してください
 児童福祉法により指定した事業所（児童発達支援、放課後等デイサービス等）の内容は第1号別紙に記入してください
- ください。
 福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」名称を記載してください。
 既に指定を受けているものについて
 番号が付番されている場合に、その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 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定に係る記載事項

記入例

受付番号

事業所	フリガナ	ヘルパーステーション〇〇カイゴ			
	名称	ヘルパーステーション〇〇介護			
	所在地	(郵便番号 ××× - ××××) 栃木県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇			
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 サクコ			
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 □□ビル1階 101号室	
	居宅介護従業者等との兼務の有無	有			
	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	〇〇作業所		
		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					
サービス提供責任者	フリガナ	トキキ イチロウ		住所	
	氏名	県庁 一郎		栃木県××市〇〇町〇〇	
従業者の職種・員数	居宅介護等従業者		その他の従業者		
	専従兼務		専従兼務		
	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		
	基準上の必要人数(人)	1			
主な揭示事項	営業日	月曜日～日曜日及び祝日			
	営業時間	9:00~18:00			
	サービス内容	居宅介護(身体介護・身体介護・通院介助) 家事援助(家事援助・通院介助)・乗降介助 重度訪問介護・同行援護・行動援護			
	主たる対象者	居宅介護	特定無		身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者
		重度訪問介護	特定無		加算対象者以外
		同行援護	特定無		身体障害者・障害児
		行動援護	特定無		知的障害者・障害児・精神障害者
	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			
	通常の事業の実施地域	〇〇市、△△市、□□町			
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)	028-〇〇〇-〇〇〇〇	担当者 県庁 一郎	
その他					
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)				

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、

「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

備考

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることとなりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。
- 「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業に記載した書類を添付してください。
- 「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。
- 出張所等がある場合は、付表1-2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。
- 「その他の費用」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内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市町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。