

**記入例**

記載する年月を記入すること

(1) 記載する期間を「4週」又は「5週」から選択すること  
 ※「4週」とした場合は、「第5週」の欄には勤務時間数を入力しないこと  
 (2) 「予定」又は「実績」のいずれかを選択すること

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

- 【留意事項】**
- ・サービス種別に応じたシートを使用すること
  - ・着色セルに必要事項を入力すること
  - ・数式が設定されているセルには変更を加えずに使用すること

2026 年 4 月

常勤職員が通常1週間・1か月に勤務する時間を記入すること

サービス種別	就労移行支援
事業所名	ワークセンターにいがた
(1) 記載する期間	4週
(2) 予定/実績の別	予定
(3) 施設外就労の有無	有
(4) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数	40時間/週 160時間/月

No.	(5) 職種 ※選択肢にない職種については直接入力してください	(6) 勤務形態	(7) 資格	(8) 氏名	(9)																														(10) 勤務時間数合計	(11) 週平均の勤務時間数	(12) 兼務状況 (兼務先/兼務する職務の内容)等	
					第1週					第2週					第3週					第4週					第5週													
					1 水	2 木	3 金	4 土	5 日	6 月	7 火	8 水	9 木	10 金	11 土	12 日	13 月	14 火	15 水	16 木	17 金	18 土	19 日	20 月	21 火	22 水	23 木	24 金	25 土	26 日	27 月	28 火	29 水	30 木				
1	管理者	A	社会福祉士	A	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0		
2	サービス管理責任者	A	社会福祉士	B	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0		
3	生活支援員	B	精神保健福祉士	C	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0		
4	生活支援員	C		D	3	3	3				3	3	3	3	3				3	3	3	3	3				3	3	3	3	3				60	15.0		
5	職業指導員	A	介護福祉士	E	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0		
6	職業指導員	B		F	6	6	6				6	6	6	6	6				6	6	6	6	6				6	6	6	6	6				120	30.0		
7	就労支援員	A		G	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0		
8	就労支援員	B		H	2	2	2				2	2	2	2	2				2	2	2	2	2				2	2	2	2	2				40	10.0		
9	事務員	D		I	2	2	2				2	2	2	2	2				2	2	2	2	2				2	2	2	2	2				40	10.0		
10																																			0	0.0		
11																																			0	0.0		
12																																			0	0.0		
13																																			0	0.0		
14																																			0	0.0		
15																																			0	0.0		
16																																			0	0.0		
17																																			0	0.0		
18																																			0	0.0		
19																																			0	0.0		
20																																			0	0.0		
合計					53	53	53	0	0	53	53	53	53	53	0	0	53	53	53	53	53	0	0	53	53	53	53	53	0	0	53	53	0	0	0	1060	265.0	
サービス提供時間					7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7						

前年度の実績がない場合の推定数は、定員×0.9とすること

<前年度の平均値> ※新規申請の場合は推定数を記載ください。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	平均利用者数
利用者延べ数	320	266	340	278	240	300	321	292	248	250	261	246	3362	14.2
開所日数	20	19	20	21	21	19	20	20	19	19	19	20	237	

<人員に関する基準>

区分	サービス管理責任者	職業指導員及び生活支援員	就労支援員
必要な配置数	1	2.3	0.9

<人員基準に関する実人数集計>

	管理者		サービス管理責任者		就労支援員		職業指導員		生活支援員		-		-		-	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
非常勤	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
常勤換算数	1		1		1.25		1.75		1.375		0		0		0	

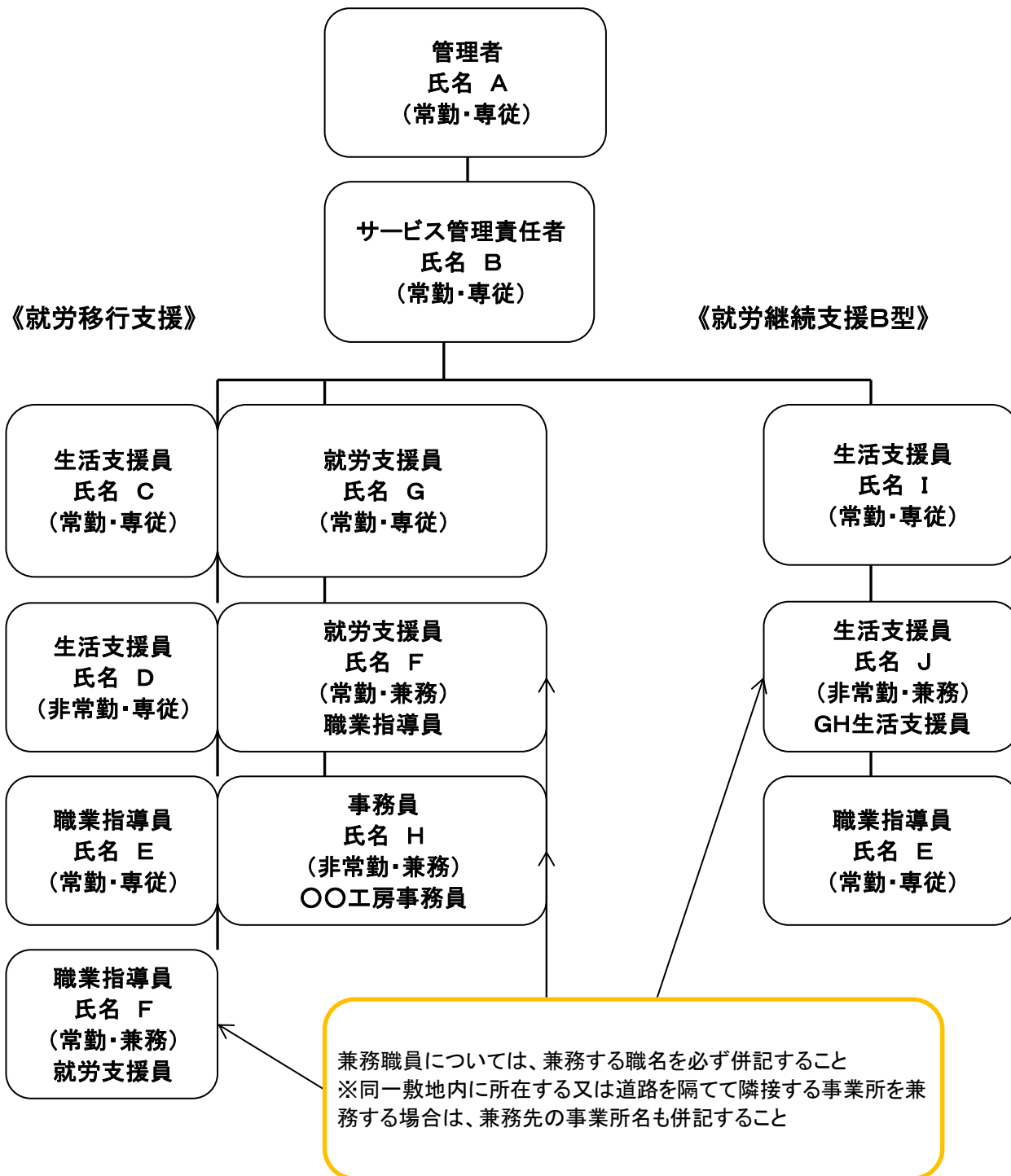
(参考様式2)

## 組織体系図

作成例

事業所名: ワークセンターにいがた

サービスの種類: 多機能型(就労移行支援・就労継続支援B型)



備考1 兼務職員については、兼務する職名を必ず併記してください。

(参考様式3)

〇〇〇経歴書

記入例

事業所の名称	ワークセンターにいがた		
フリガナ	ケンチョウ ジロウ		
氏名	県庁 次郎	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
住所	(郵便番号950-〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区新光町〇〇-〇〇		
電話番号	025-〇〇〇-〇〇〇〇		
主な職歴等			
年月～年月	勤務先等	職務内容	
平成2年4月～平成6年3月	社会福祉法人△△会 特別養護老人ホーム〇〇〇園	介護職員	
平成6年4月～平成28年3月	社会福祉法人▲▲福祉会 ワークセンターにいがた	生活支援員	
法人名及び事業所(施設)名を記入すること。			
勤務期間、勤務先、職務内容について、もれのないよう記載し、要件となる実務経験を満たしているかどうか確認すること。			
職務に関連する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
社会福祉主事任用資格	平成〇年〇月〇日		
介護福祉士	平成〇年〇月〇日		
職務に関連する資格を有している場合は、資格を証する書類の写しを添付すること。			
備考(研修等の受講の状況等)			
・平成〇〇年度 相談支援従事者初任者研修修了 ・平成〇〇年度 サービス管理責任者研修(就労分野)修了			
サービス提供責任者、サービス管理責任者又は相談支援専門員の要件となっている研修の受講状況を記載し、修了証書の写しを添付してください。			

備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」又は「相談支援専門員」と記載してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

(参考様式4)

# 実務経験(見込)証明書

記入例

新潟県知事

様

令和 年 月 日

法人所在地及び名称

新潟市中央区新光町〇〇-〇〇

社会福祉法人▲▲福祉会

代表者氏名 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

他の法人が運営する事業所における実務経験は、当該法人に証明を依頼すること。

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	県庁 次郎 (生年月日 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日)
現住所	新潟市中央区新光町〇〇-〇〇
施設又は事業所名	ワークセンターにいがた 施設・事業所の種別 ( 障害福祉サービス事業所 )
業務期間	平成19年4月1日 ~ 平成31年3月31日 (12年 月間)
うち業務に従事した日数	〇〇〇 日
業務内容	職名 ( 生活支援員 ) 利用者の生活支援用務

西暦で記載すること

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、障害福祉サービス事業所等の種別も記入すること。  
2. 業務期間欄は、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)  
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. 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、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。  
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。  
5. 同行援護・行動援護の従事者およびサービス提供責任者の実務経験の記載にあつては、業務内容欄に従事日数がわかる記載を付記してください。例「視覚障害者(児)の直接処遇〇〇日」

(参考様式5)

平面図

事業所の名称	
--------	--

- ・既存の平面図でも可。
- ・事業に使用する区画(事務室など)及び設備基準上必要な区画(訓練・指導室、相談室、多目的室、便所、洗面所など)を明示すること。
- ・訓練・作業室、居室については、面積を記載すること。(多機能型事業所の場合、サービスごとに使用する訓練作業室を明示すること。)
- ・概要が分かる写真を添付し、その撮影方向を「○→」で表示すること。

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6)

記入例

設備・備品等一覧表

サービス種類 ( 就労移行支援・就労継続支援B型 )  
事業所名 ( ワークセンターにいがた )

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  非常災害設備等	・建物のバリアフリー化 ・玄関にスロープを設置 ・採光、換気に配慮した構造 ・トイレ、浴室、スロープに手すりを設置  ・避難口 ・誘導灯 ・非常用照明 ・火災警報器 ・消火器 ・救助袋 ・非常食	
室名	備品の品目及び数量	
事務室	書棚2台、FAX兼コピー機1台、電話機3台、パソコン4台、ロッカー2台	
訓練・作業室 (就労移行支援)	作業テーブル5台、椅子10脚、石油ストーブ1台、エアコン1台、洗面台1台	
訓練・作業室 (就労B)	作業テーブル5台、椅子10脚、石油ストーブ1台、エアコン1台、洗面台1台	
相談室	テーブル1台、椅子4脚	
更衣室	ロッカー6台	
休憩室	テレビ1台、テーブル6台、	
脱衣所・風呂	洗濯機1台、洗面台	
調理室	流し台、ガス台、冷蔵庫1台、食器棚2台	
	部屋ごとに、設置備品を具体的に記載すること。	

- 備考1 申請するサービス種類に関して、指定基準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。  
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。  
3 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

建築物関連法令等に関する届出書

令和 年 月 日

記入例

新潟県知事 様

法人所在地: 新潟市中央区新光町〇〇-〇〇
名称: 社会福祉法人▲▲福祉会
代表者職・氏名: 理事長 〇〇 〇〇

下記の建築物については、以下のとおり関係法令を満たしていることを届け出ます。

記

1 建築物の概要

(1)事業所名(グループホームの場合は事業所名及び住居名)

ワークセンターにいがた

(2)事業所等(グループホームの住居を含む)の所在地

新潟県〇〇市△△-□□

(3)障害福祉サービス等の種類

就労移行支援、就労継続支援B型

Table with 2 main columns: Building Standard Law Use and Confirmation Status. Includes sub-tables for confirmation results and building classification.

3 消防法令の確認記録

Table for fire law confirmation records, including applicable items and confirmation status with sub-tables for dates and departments.

(参考様式8)

指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等

記入例

事業所名	ワークセンターにいがた
指定障害福祉サービス等の種類	就労移行支援・就労継続支援B型

1 申請に係る指定障害福祉サービス等の主たる対象者

知的障害者

適切なサービスを提供することができない場合、  
正当な理由があるものとして、運営規程において  
主たる対象者を特定することができる。

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

- ・当事業所は、平成〇年4月依頼、知的障害者通所授産施設として、知的障害者を受け入れてきた。
- ・特に車いす利用者の受入が困難な状況にある。
- ・精神障害及び難病等対象者に関するノウハウに乏しく、精神障害者及び難病等対象者を受け入れた場合に適切なサービス提供ができない可能性がある。

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

(  有り ) ・ (  無し )

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

- ・令和〇年度以降、身体障害者、精神障害者及び難病等対象者を受け入れていくこととする。

(3) 拡充のための方策

- ・作業室の拡張、施設のバリアフリー化により、身体障害者の受け入れを可能にする。
- ・法人内の「〇〇工房」での職場実習を実施するなど、同施設のサポートを受けながら、徐々に精神障害者等を受け入れていくこととする。また、難病等の研修を受講する等、難病等対象者に対する支援ノウハウを取得し、難病等対象者の受け入れを可能にする。

(参考様式9)

記入例

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

事業所名	ワークセンターにいがた
指定障害福祉サービス等の種類	就労移行支援・就労継続支援B型

措置の概要	
1	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・窓口担当：サービス管理責任者 ○○ ○○</li><li>・利用時間：9:00～16:00 (土・日曜・祝祭日、年末年始を除く)</li><li>・電話番号：025-○○○○-△△△△</li><li>・苦情解決責任者：管理者 ○○ ○○</li><li>・第三者医院：○○ ○○ (TEL：025-○○○○-△△△△) △△ △△ (TEL：025-△△△△-□□□□)</li></ul> <p>「社会福祉事業の経営者による福祉サービスに関する苦情解決の仕組みの指針について」(厚生労働省通知)において、社会福祉事業の経営者は、苦情解決に社会性や客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した適切な対応を推進するため、第三者委員を設置することとされている。</p>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順</p> <p>(1) 苦情の受付</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・面接、電話、書面等により随時受付</li></ul> <p>(2) 苦情受付の報告</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・苦情受付担当者が受け付けた苦情は、苦情解決責任者と第三者委員(申出人がその必要なしとした場合を除く)に報告</li><li>・第三者委員は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨の通知</li></ul> <p>(3) 苦情解決のための話し合い</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努める</li></ul> <p>(4) 都道府県「運営適正化委員会」の紹介</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・当施設で解決できない苦情について、「新潟県福祉サービス運営適正化委員会」に申し立てできる旨を紹介</li></ul> <p>(5) 再発防止のための改善</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・苦情解決責任者は申し立てられた苦情について改善の必要性の有無を検討し、再発防止に努める</li></ul> <p>(6) 解決結果の公表</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事業報告書」や「広報誌」等実績を掲載し、公表する。</li></ul> <p>※具体的な対応方針</p> <p>「2円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順」に記載した事項のほか、より具体的な対応方針を定める場合に記載してください。</p>
3	<p>その他参考事項</p> <p>〈□□市役所窓口〉</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・名称：□□市役所 福祉健康課</li><li>・所在地：□□市* *</li><li>・電話番号：025-……</li></ul> <p>事業所設置市町村担当課及び「新潟県福祉サービス運営適正化委員会」の連絡先も記載してください。</p> <p>〈県運営適正化委員会窓口〉</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・名称：新潟県福祉サービス運営適正化委員会</li><li>・所在地：新潟県中央区上所2丁目2-2 新潟ユニゾンプラザ3階 県社会福祉協議会</li><li>・電話番号：025-281-5609 FAX番号：025-281-5610</li></ul>

(参考様式10)

記入例

### 誓約書

令和〇年〇月〇日

新潟県 知事 殿

申請者 (名称) 社会福祉法人にいがた

(代表者の職名・氏名) 理事長 新潟 太郎

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

○	別紙①: 障害福祉サービス事業者向け
	別紙②: 障害者支援施設向け
	別紙③: 一般相談支援事業者向け
	別紙④: 特定相談支援事業者向け
	別紙⑤: 障害児通所支援事業者向け
	別紙⑥: 障害児入所施設向け
	別紙⑦: 障害児相談支援事業者向け

注 該当する種別に○を付けてください。

(別紙①: 障害福祉サービス事業者向け)

#### 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第36条第3項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係るサービス事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第四十三条第一項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第四十三条第二項の都道府県の条例で定める指定障害福祉サービス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。
- 四 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。
- 五 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。
- 五の二 申請者が、労働に関する法律の規定であつ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。
- 六 申請者が、第五十条第一項(同条第三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。)、第五十一条の二十九第一項若しくは第二項又は第七十六条の三第六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五年を経過しない者(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、当該取消しの処分に係る行政手続法(平成五年法律第八十八号)第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はそのサービス事所を管理する者その他の政令で定める使用人(以下「役員等」という。))であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む、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、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五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の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分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主務省令で定めるものを該当する場合を除く。
- 七 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。))の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として主務省令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として主務省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として主務省令で定めるもののうち、当該申請者と主務省令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第五十条第一項、第五十一条の二十九第一項若しくは第二項又は第七十六条の三第六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五年を経過していないとき。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の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分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主務省令で定めるものを該当する場合を除く。
- 八 申請者が、第五十条第一項、第五十一条の二十九第一項若しくは第二項又は第七十六条の三第六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十五条の規定による通知があつ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四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四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五年を経過しないものであるとき。
- 九 申請者が、第四十八条第一項(同条第三項において準用する場合を含む。))又は第五十一条の二十七第一項若しくは第二項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として主務省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通じた場合における当該特定の日をいう。)までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四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五年を経過しないものであるとき。
- 十 第八号に規定する期間内に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十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。)の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十一 申請者が、指定の申請前五年以内に障害福祉サービスに関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 十二 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第八号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十三 申請者が、法人でない者で、その管理者が第四号から第六号まで又は第八号から十一号までのいずれかに該当する者であるとき。

※療養介護に係る指定の申請にあつては、第七号を除く。