

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よる

障害福祉サービス事業者等 指定申請の手引き

令和8年4月

新潟県福祉保健部障害福祉課

第1 指定申請の概要

- 1 指定のスケジュール 2
- 2 指定申請に係る照会・書類提出先 10

第2 指定に関する基準

I 指定に関する基準の基本的な考え方

- 1 指定の要件 12
 - 2 県障害福祉計画との関係 12
 - 3 指定の単位 12
 - 4 利用定員 17
 - 5 常勤・非常勤／専従・兼務の考え方 18
 - 6 従業者の員数等にかかる用語の定義・考え方について 19
 - 7 必要人員等の算定について(小数点の取扱いについて) 21
 - 8 管理者の資格要件 21
 - 9 サービス管理責任者の要件 22
 - 10 相談支援専門員の要件 24
 - 11 行動援護における従業者要件等 24
 - 12 重度訪問介護における従業者要件等 25
 - 13 同行援護における従業者要件等 25
 - 14 就労選択支援における就労選択支援員の要件 25
 - 15 就労移行支援における就労支援員及び就労定着支援における就労定着支援員の要件 25
- (参考)サービス管理責任者・相談支援専門員の実務経験について 26

II 障害福祉サービス等の指定に関する基準

- 1 事業者指定に関する基準・要綱(解釈通知)・最低基準 29
 - 2 人員・設備基準の概要 30
- (参考)管理者及びサービス管理責任者の業務について 41

第3 指定申請関係書類

- 1 必要書類とファイリング
 - (1) 必要書類 44
 - (2) 書類作成上の注意点・ファイリング 44

2 指定申請書・付表及び添付書類

(1) 指定申請書(別記第一号様式) 46

(2) 付表 49

(3) 添付書類 55

参考様式 59

第4 報酬・加算に関する体制届

1 報酬に関する告示・留意事項通知 74

2 届出の主旨 74

3 提出書類 74

(参考)加算・減算一覧 78

第5 指定後の届出等

1 業務管理体制の整備に関する届出 84

2 障害福祉サービス等情報公表制度 88

3 指定の変更申請 88

4 変更届 90

(変更届出書の添付書類一覧) 93

(変更項目と必要な届出) 94

5 再開届・廃止届・休止届 95

6 指定の更新申請 97

(指定更新申請時提出書類一覧) 98

第6 その他

1 障害福祉サービス事業開始届等 106

2 建物使用に係る建築基準法令等の遵守について 108

3 非常災害対策について 109

4 介護給付費等の請求・支払いについて 111

第7 様式

1 標準様式

(1)申請書・届出書 114

(2)付表 116

- 2 参考様式 132
- 3 細則様式 149
- 4 業務管理体制の整備に関する事項の届出書 154
- 5 その他様式 156

本手引きに掲載している各種手続きに係る様式等は、県ホームページに掲載しています。

新潟県トップページ>「分野別」>「健康・福祉」>「高齢者・障害者・福祉」>「障害者の福祉」>「事業者向け情報(各種申請・届出など)」>「指定障害福祉サービス事業者・指定一般相談支援事業者向け」

第 1 指定申請の概要

1 指定のスケジュール

○居住系サービス（施設入所支援、共同生活援助）○就労選択支援

○日中活動系サービス（生活介護、療養介護、自立訓練、就労移行支援）

時期	項目	説明
随時	事前相談 ↓ 申請準備	<ul style="list-style-type: none"> 事業者指定を受けるためには、申請者の要件のほか、サービスの種類ごとに新潟県条例で定める人員、設備、運営に関する基準等を満たしていなければなりません。 指定申請に当たっては、事前に必要な手続きや人員の手配、設備面の整備、申請書類の作成など十分な準備期間が必要です。 相談は随時受け付けていますので、なるべく早い段階でご連絡ください。 <p>※ 事業実施に当たっては、事業所を設置する予定の市町村と事前に事業実施の必要性等を協議してください。</p>
事業開始予定日の4か月前 ※就労選択支援は3か月前	事業実施計画書の提出	<ul style="list-style-type: none"> 実施する事業、定員等を記載した「事業実施計画書」を、原則として郵送により提出してください。（内容確認のため、来庁いただく場合があります。）
事業開始予定日の3か月前 ※就労選択支援は2か月前	指定申請書類の提出 ↓ 審査・補正	<ul style="list-style-type: none"> 指定申請書類は、事業開始予定日の3か月前まで（就労選択支援は2か月前まで）に提出してください。4月1日指定は申請が集中しますので、早めの提出をお願いします。 控えとして、申請書類一式の写しを必ず保管し、適宜差し替え等を行ってください。 別途、県地域振興局へ事業開始届を提出する必要があります。（提出先はP100参照）
事業開始予定日の15日前	指定申請書類の完成 ↓ 指定通知	<ul style="list-style-type: none"> 事業開始予定月の前月15日までに、補正を完了してください。補正が完了しない場合、指定時期が遅れる可能性があります。 指定は毎月1回、1日付けで行います。 決裁後、指定通知書を郵送します。 指定の有効期間は<u>6年間</u>です。当該有効期間を更新するためには指定の更新申請が必要です。
指定後	公示 台帳登録	<ul style="list-style-type: none"> 事業者名、事業所名、所在地、サービスの種類等を県報に掲載します。 事業者情報等のシステム登録を行い、新潟県国民健康保険団体連合会にデータを送信します。

○訪問系サービス（居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者包括支援）・短期入所・就労定着支援・自立生活援助・一般相談支援

事業開始予定日の2か月前（一般相談支援については1か月前）までに指定申請書類を提出してください。（指定申請書類の提出以降の流れは、上記を参照してください。）

○就労継続支援

具体的な取扱いは「就労継続支援（A型・B型）サービスの指定に係る取扱いの見直しについて（通知）」（令和8年3月●日付け障第●号新潟県福祉保健部障害福祉課長通知）による。

	時期	項目	説明
	随時	事前相談 ↓ 申請準備	※P2と同様
事前協議	随時 (遅くとも事業開始予定日の4か月前)	事前協議の申込み 説明用動画の視聴	<ul style="list-style-type: none"> 「新潟県電子申請システム」から、事前協議の申込みを行ってください。申込み受付後、担当からご連絡します。 事前協議の申込み後に県が提供する動画を、事業実施計画書の提出までに視聴してください。
	事業開始予定日の3か月前 (厳守)	事業実施計画書の提出・事前協議 ↓ 確認・補正	<ul style="list-style-type: none"> 実施する事業、定員等を記載した「事業実施計画書（就労継続支援用）」を、メールにより提出してください。 対面等により事前協議を行い、計画の内容、指定基準の適合性を確認します。 補正事項がある場合は、別途ご案内する期限までに補正を完了してください。 複数回の補正が見込まれるため、余裕をもって提出してください。
	事業開始予定日の2か月前	指定申請書（案）の提出 ↓ 審査・補正	<ul style="list-style-type: none"> 指定申請書（案）を、事業開始予定日の2か月前までに提出してください。 控えとして、書類一式の写しを必ず保管し、適宜差し替え等を行い、事業開始日の1か月までに書類を完成させてください。 別途、県地域振興局へ事業開始届を提出する必要があります。（提出先はP100参照）
指定申請	事業開始予定日の1か月前 (厳守)	指定申請書の提出	<ul style="list-style-type: none"> 不備がないものにかぎり、受理します。 指定基準に適合しない場合は、希望する指定日の翌月以降の指定となります。
	事業開始予定日の前月10日頃	指定申請書類の完成 ↓ 指定通知	※P2と同様
指定後		公示 台帳登録	※P2と同様

※ 事業実施計画書様式及び添付書類は、県ホームページ「就労系サービス事業者向け情報」のページからご確認ください。

(URL : <https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/shougai Fukushi/0522076.html>)

事業者指定のスケジュール

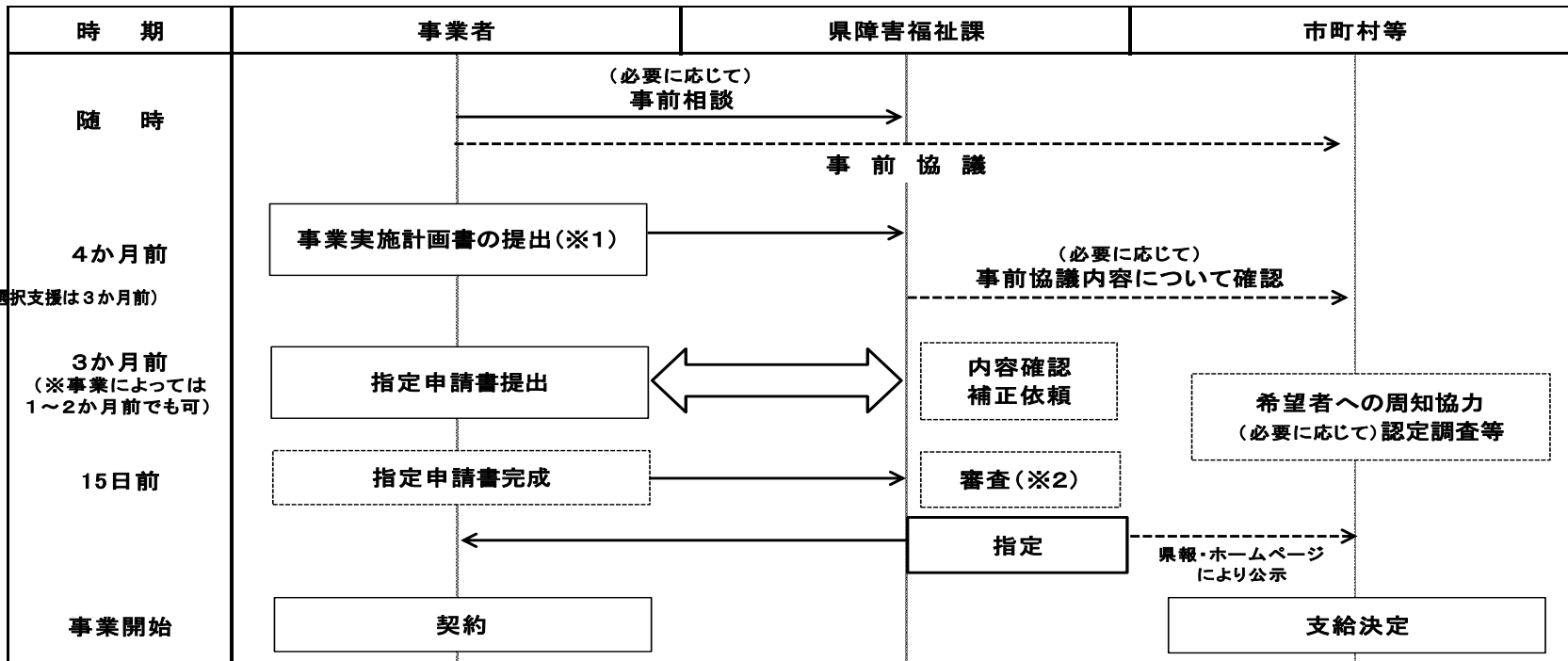
(対象事業)

○ 障害者総合支援法

居住系サービス（障害者支援施設、共同生活援助（住居の追加を含む。）、
 日中活動系サービス（生活介護、療養介護、自立訓練、就労移行支援）、就労選択支援
 就労継続支援・・・「就労継続支援（A型・B型）サービスの指定に係る取扱いの見直しについて（通知）」（令和8年3月
 30日付け障第2083号新潟県福祉保健部障害福祉課長通知）による

※ 上記以外の事業については、次のとおり指定申請書を提出すること。（事業実施計画書の提出は不要）

訪問系サービス（居宅介護等）、短期入所、就労定着支援、自立生活援助・・・事業開始予定日の2か月前
 一般相談支援・・・事業開始予定日の1か月前



※1 実施内容の確認のため、必要に応じて来庁してもらうことがある。

※2 申請内容の確認のため、現地確認を行う場合がある。

記入例

令和〇年〇月〇日

事業実施計画書

申請者（法人名） 社会福祉法人△△福祉会
 担当者名 ○○ ○○
 事業所名 ワークセンターにいがた（仮）
 電話番号 025-280-〇〇〇〇
 FAX 番号 025-280-△△△△
 メールアドレス ngt〇〇〇@△△.ne.jp

1 運営主体（申請者）

法人名称	社会福祉法人△△福祉会
法人所在地	〒950-〇〇〇〇 新潟市中央区新光町4-1
事業所名	〇〇△△
事業実施の目的	〇〇△△を実施する旨の記載（有 （手続中） ・無）
事業実施の概要	〇〇△△サービス事業または障害児通所支援事業を実施しようとする旨を添付

すでに障害者総合支援法に基づくサービスを実施している事業所において、別のサービスを実施する場合は、「事業の追加」に〇を付ける。

2 指定を受けようとする事業所等の概要

区分	〇〇△△ （新規指定） ・事業の追加・住居の追加（GH）・従たる事業所	
事業所名称	主たる事業所：ワークセンターにいがた 従たる事業所：	
事業所所在地	主たる事業所：〇〇市△△-□□ 従たる事業所： ※主たる事業所との距離（ km）所要時間・移動方法（ 分・ ）	
サービスの種類及び利用定員 ※新規指定以外の場合、現行の状況についても記載すること。	（サービス種類） （定員） 就労移行支援 6名 就労継続支援B型 20名	（現行）（サービス種類）（定員）
開始予定年月日	令和〇年〇月〇日	
連携施設の名称 ※GHのみ		

3 提供するサービスの内容（日中活動系サービス、児童発達支援、放課後等デイサービスを実施する場合に記載すること）

- (1) 事業所の営業時間（就労系
場合は、当該サービス業の営業時間）
営業日 月曜日～金曜日
営業時間 8：30～17：00
- (2) 利用者へのサービス提供時間
サービス提供時間 9：00～17：00

・実施を予定している支援内容について記載する。
・実施を予定しているサービス種別が複数ある場合は、サービスごとに支援・作業の内容等を記載すること。
※必要に応じて、来庁いただき内容を確認する場合があります。

(3) 利用者の標準的な1日の流れと具体的な支援の内容

時間	スケジュール	支援・作業の内容等
9：00	朝礼	作業内容の確認
9：15	作業開始	【就労継続支援B型】 作業内容（予定） ・箱折り ・授産製品の作成 ・菓子製造 ・販売
10：15	休憩	
10：30	作業	【就労移行支援】 作業・支援内容（予定） ・〇〇市役所清掃作業 ・就業マナーセミナー
12：00	休憩	
	(略)	就労系サービスの場合、予定賃金（工賃）について記載すること。

就労継続支援A型の場合：予定賃金

就労移行支援、就労継続支援B型の場合：予定工賃

時間
18,000 円/月

4 事業の必要性

※事業ニーズ、地域のサービス事業所の状況、市町村自立支援協議会の検討状況等を記載すること。

〇〇市には、現在、就労支援を行う事業所が△か所のみであり、〇〇市自立支援協議会において、充足させる必要があるという点について一昨年からの協議が行われてきた。

〇〇市自立支援協議会就労支援部会では、どのような作業内容が必要で、どの程度の工賃を設定することができるかを想定し、今回の事業実施の具体化を検討してきた。

5 職員体制

	氏名	資格
管理者 ※児童発達支援、放課後等デイサービスは氏名のみ記載	〇〇 〇〇	① 社会福祉主事任用資格 (有) 無) ② 社会福祉事業に2年以上従事(有) 無) ③ 社会福祉施設長資格認定講習修了(有 無) ④ 企業を経営した経験(有) 無) ※④は就労A・就労Bのみ
サービス管理責任者 (児童発達支援管理責任者)	△△ △△	① 相談支援従事者初任者研修(講義部分)(令和〇年度修了・予定) ② サービス管理責任者研修 ・基礎研修(令和〇年度修了・予定) ・実践研修(令和〇年度修了・予定) ・更新研修(令和〇年度修了・予定)

※「従業者の勤務の体」記載すること。

管理者(必要な事業のみ)・サービス管理責任者の要件を確認すること。

6 利用予定者数、

※生活介護、共同生活援助の場合は、又援区方この利用予定人数も記載すること

就労移行支援 10名 / 就労継続支援B型 30名 〇〇市障害福祉計画に基づく見込量及び自立支援協議会就労支援部会において調査を行った結果から算出
--

7 施設の状況

- (1) 土地 (自己所有) (購入済・今後購入) / 賃貸 (賃借料 円)
 (2) 建物 自己所有 (購入済・今後購入) / 賃貸 (賃借料 円)
 (既存建物) (改築 (要) 不要) / 新築 (年 月整備完了予定)
 (3) 購入・整備に係る費用(見込)と資金調達方法

費用	資金調達方法
土地購入 円	自己資金 〇〇〇〇〇〇〇〇 円
建物の整備 〇〇〇〇〇〇〇 円	補助金 円
備品・設備 △△△△△△△ 円	借入金 円
	その他 円
計 〇〇〇〇〇〇〇 円	計 〇〇〇〇〇〇〇〇 円

(補助金名:)

※事業開始までに、当該施設が消防法令及び建築基準法の基準に適合しているかどうか確認してください。(指定・変更届出時に参考様式7「建築物関連法令等に関する届出書」により確認します。)

8 添付書類

- (1) 事業所の位置図、平面図
 ※平面図には基準上必要とされる設備(訓練・作業室は面積を記入)を明示
 (2) 収支計画(別添参考様式)
 ※初年度の運営費及び就労支援事業に関する年間収支計画書を添付

(3) 市町村との協議状況（別添参考様式）

※事業実施計画に基づき市町村担当課に説明の上、説明日、説明の相手方、市町村の意見、その他の指導・助言等を記載す

できるだけ具体的に記載すること。

(参考様式)

収支計画書（運営費）

	項目	金額	積算根拠
収入	給付費	円	単価×人数等
	利用者負担金	円	
	借入金	円	
	その他	円	
	合計	円	
支出	人件費	円	
	光熱水費	円	
	燃料費	円	
	印刷費	円	
	備品・消耗品費	円	
	旅費交通費	円	
	通信運搬費	円	
	借入金償還支出	円	
	その他	円	
	合計	円	

収支計画書（就労支援事業）

	項目	金額	積算根拠
収入	就労支援事業収入	円	
	その他	円	
	合計	円	
支出	材料費（製造原価）	円	
	利用者工賃	円	
	光熱水費	円	
	燃料費	円	
	印刷費	円	
	備品・消耗品費	円	
	旅費交通費	円	
	通信運搬費	円	
	その他	円	
	合計	円	

(参考様式)

市町村との協議状況

説 明 者		所 属	
		職・氏名	
説明の相手方	市町村名		
	担当課名		
	職・氏名		
市町村の意見、指導・助言等			

事業実施計画をたてる際は、設置予定の市町村担当課と事業実施の必要性について協議し、その内容について記載すること。

2 指定申請に係る照会・書類提出先

【指定申請書類等の郵送先】※1

〒950-8570 (郵送の場合、住所記載不要) 新潟市中央区新光町4番地1 新潟県福祉保健部障害福祉課 ○○係 (担当係名)
--

【担当係・連絡先】

療養介護 短期入所 居住系サービス 自立生活援助	自立支援係 電話 025-280-5918(直通)	ファックス 025-283-2062 電子メール
訪問系サービス 生活介護 自立訓練 一般相談支援 ※2	在宅支援係 電話 025-280-5228(直通)	ngt040260@pref.niigata.lg.jp (障害福祉課代表)
日中活動系サービス(療養 介護、生活介護及び自立訓 練を除く。)	地域生活支援係 電話 025-280-5212(直通)	

※1 新潟市内の事業所については、新潟市が指定事務を行っています。

(担当) 新潟市福祉部障がい福祉課 指定係

〒951-8550 新潟市中央区学校町通1番町602番地1(市役所本館1階)

電話 025-226-1241(直通)

※2 特定相談支援(計画相談支援)事業者の指定については、事業所の所在地を管轄する市町村が行います。

第2 指定に関する基準

I 指定に関する基準の基本的な考え方

1 指定の要件

事業者指定を受けるためには、事業所ごと、サービスの種類ごとに以下の要件を満たしている必要があります。

- ① 法人格を有しており、定款等で当該事業を実施する旨が明確であること。
(就労継続支援A型については、専ら社会福祉事業を行う法人であること。)
- ② 従業員の知識・技能及び人員が、県が条例で定める人員基準を満たしていること。
- ③ 県が条例で定める設備・運営基準に従って適正な事業運営ができること。
- ④ 申請者やその役員等が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（以下「障害者総合支援法」という。）上の欠格事由に該当しないこと。

※ 定款等の規定について

- ・ 社会福祉法人の場合
障害福祉サービス事業の経営／一般相談支援事業の経営
- ・ 株式会社、NPO法人等の場合
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基づく障害福祉サービス事業／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基づく一般相談支援事業（根拠法を明示すること。)

2 県障害福祉計画との関係

(1) 指定障害福祉サービス事業者の指定（障害者総合支援法第36条）

特定障害福祉サービス（生活介護、就労継続支援A型及び就労継続支援B型）は、供給量の調整等を行いつつ計画的に整備を行っていく必要があるサービスであることから、当該特定障害福祉サービスがすでに県障害福祉計画で定める量に達している又は当該指定によってこれを超えるとき等は、指定を行わない場合があります。

(2) 指定障害者支援施設の指定（障害者総合支援法第38条）

指定障害者支援施設が行う施設障害福祉サービスについては、地域移行を進める観点等から、その供給量の調整等を行う必要があるため、指定に当たっては、当該施設障害福祉サービスがすでに県障害福祉計画に定める入所定員の総数に達している又は当該申請に係る施設の指定によってこれを超えることとなるとき等は、指定を行わない場合があります。

3 指定の単位

原則として指定障害福祉サービスの提供を行う事業所ごとに行います。

(1) 従たる事業所の取り扱いについて

- ・ 日中活動系サービスについては、以下のア及びイの要件を満たす場合、「主たる事業所（以下、主）」のほか、一体的かつ独立したサービス提供の場として一又は複数の「従たる事業所（以下、従）」を設置することが可能であり、これらを一の事業所として指定することができます。
- ・ なお、従たる事業所は主たる事業所のサービス種別と同一となり、主たる事業所が多機能型事業所の場合は、主たる事業所が指定を受けた事業のうち、一つの指定事業のみに付随することとなります。

- ・ また、報酬単価、人員配置については、主たる事業所と従たる事業所を合わせた定員数、平均障害支援区分、利用者数によって算定します。

ア 人員及び設備に関する要件

①	「主」及び「従」の利用者の合計数に応じた従業者が確保され、「従」において常勤かつ専ら当該従たる事業所の職務に従事する従業者（サービス管理責任者除く。）が1人以上確保されていること。
②	「従」の利用定員が3人以上（※就労継続支援A型・B型については5人以上）
③	「主」と「従」との間の距離が概ね30分以内で移動可能な距離であって、サービス管理責任者の業務の遂行上支障がないこと。
④	利用者の支援に支障がない場合には、基準に定める設備の全部又は一部を設けないこととしても差し支えないこと。

イ 運営に関する要件

①	利用申込みに係る調整、職員に対する技術指導等が一体的に行われること。
②	職員の勤務体制、勤務内容等が一元的に管理されていること。必要な場合には随時、「主」と「従」との間で相互支援が行える体制（例：「従」の従業者が急病の場合等に、「主」から急遽代替要員を派遣できるような体制）にあること。
③	苦情処理や損害賠償等に際して、一体的な対応ができる体制にあること。
④	事業の目的や運営方針、営業日や営業時間、利用料等を定める同一の運営規程が定められていること。
⑤	人事・給与・福利厚生等の勤務条件等による職員管理が一元的に行われるとともに「主」と「従」の会計が一元的に管理されていること。

(2) 出張所等の取扱いについて

- ・ 例外的に、生産活動等による製品の販売、待機や道具の保管、着替え等を行う出張所等であって、上記(1)のイの要件を満たすものについては「事業所」に含めて指定することができます。
- ・ また、上記(1)のアの④は出張所についても同様です。

(3) 多機能型事業所について

- ・ 多機能型事業所とは、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、就労継続支援A型及び就労継続支援B型並びに児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援の事業のうち2つ以上の事業を一体的に行う事業所のことです。
- ・ 事業所の指定は、事業の種類ごとに行いますので、事業の追加については、当該事業の追加指定という取り扱いとなります
- ・ 多機能型事業所の報酬単価（基本報酬）は、実施する複数種類の事業の総定員により算定されます。

(4) 同一法人による複数の事業所が一又は複数の指定障害福祉サービスを実施する場合の取扱いについて

- ・ 同一敷地内において複数の事業所が一又は複数の指定障害福祉サービスを実施する場合には、一の指定障害福祉サービス事業所又は一の多機能型事業所として取り扱います。
- ・ 同一法人による複数の事業所が複数の指定障害福祉サービスを異なる場所で実施する場合は、上記(1)のアの②及び③並びにイの要件を満たしている場合は、一の多機能型事業所として取り扱うことが可能です。

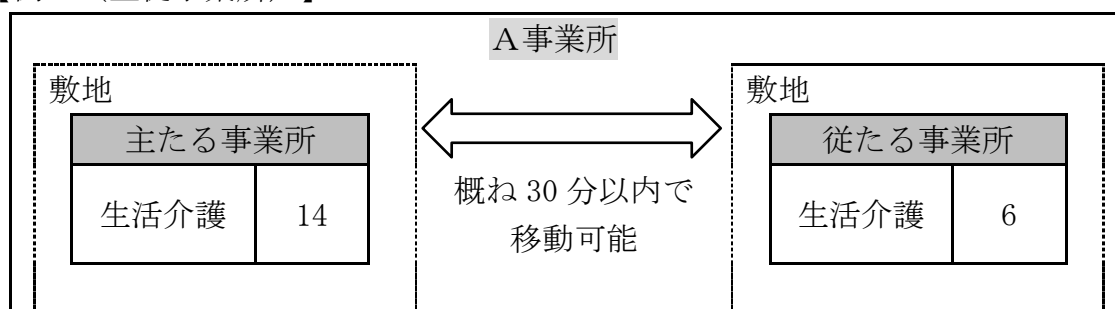
(5) 指定の例（主な事業者指定のパターン）

【例1（通常の仕事所）】



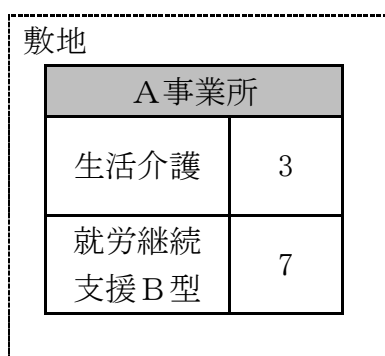
原則として事業所ごとに指定するため、A、Bそれぞれに指定

【例2（主従事業所）】



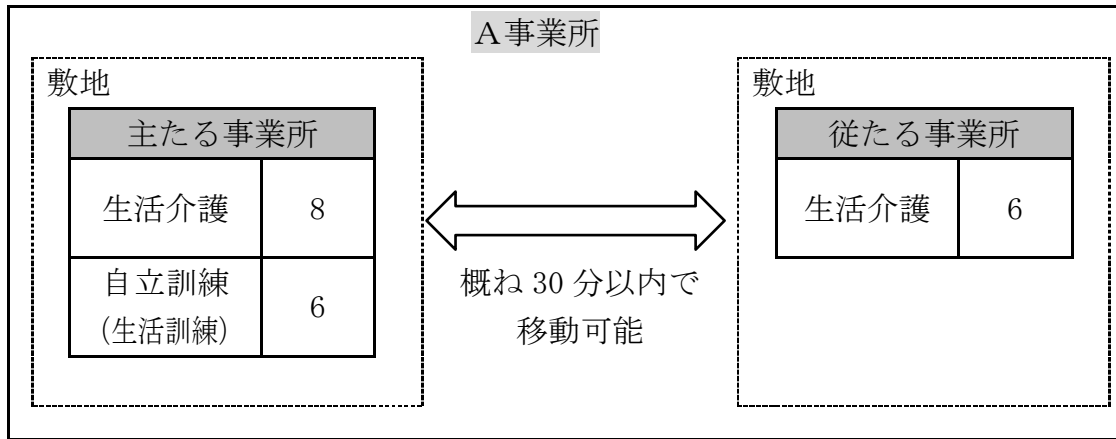
概ね30分以内で移動可能であって、一体的な運営が可能等、所定の要件を満たせば、一の事業所として指定

【例3（多機能型事業所）】



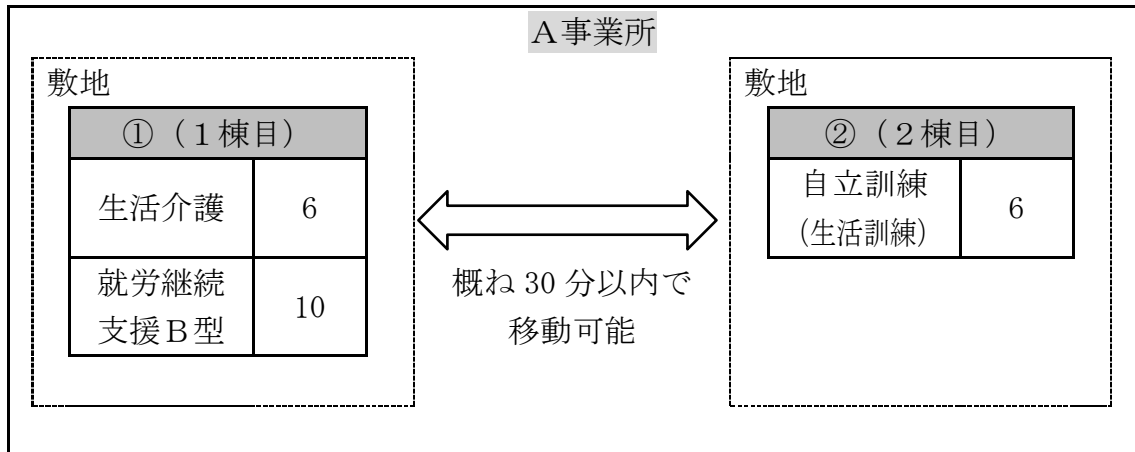
各事業の定員規模は生活介護3人以上、就労継続支援B型5人以上とし、合計は10人以上とすることが可能

【例 4（主従事業所であって、主たる事業所が多機能型事業所）】



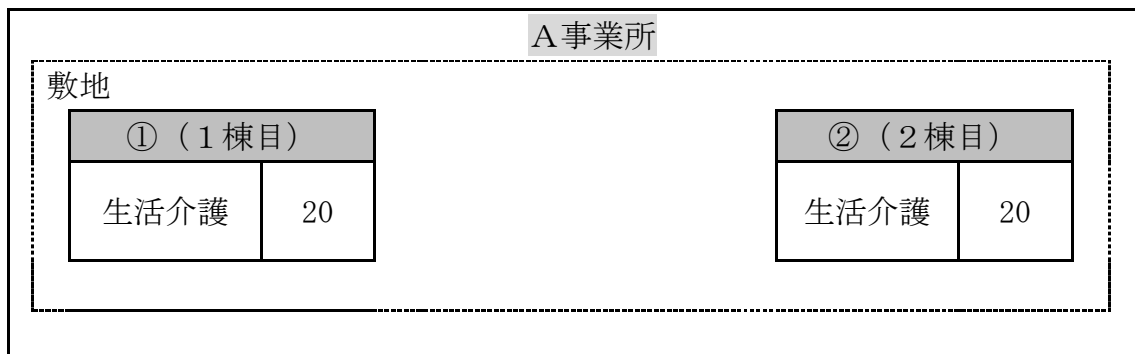
概ね 30 分以内で移動可能であって、一体的な運営が可能等、所定の要件を満たせば、一の事業所として指定。なお、従たる事業所は、主たる事業所が指定を受ける事業のうち、その一つの指定に付随するものであること。

【例 5（同一敷地内にはない、多機能型事業所）※同一法人の運営】



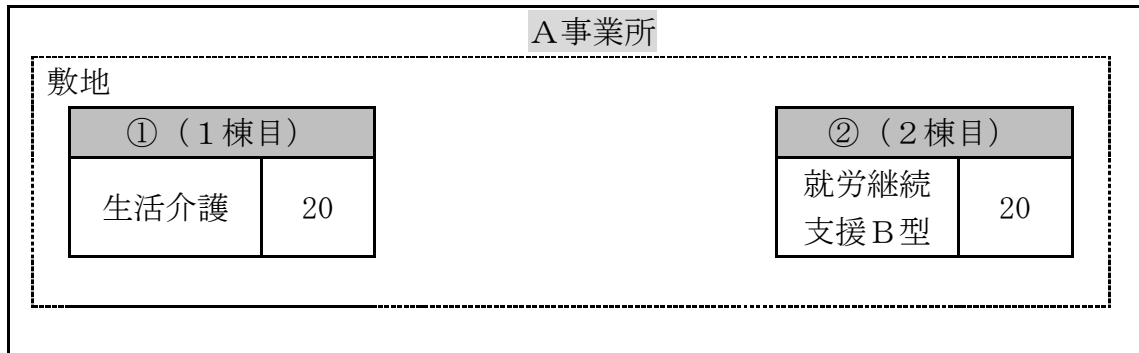
概ね 30 分以内で移動可能であって、一体的な運営が可能等、所定の要件を満たせば、①と②を一の多機能型事業所として指定することが可能。

【例 6（同一敷地内にある、一の事業による事業所）※同一法人の運営】



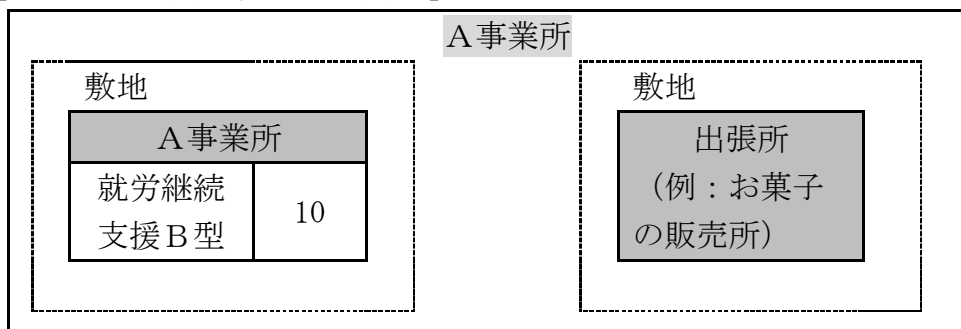
同一敷地内での運営のため、一の事業所として指定。

【例7（同一敷地内にある、複数の事業による事業所）※同一法人の運営】】



同一敷地内での運営のため、一が多機能型事業所として指定。

【例8（出張所を含む事業所）】



所定の要件を満たせば、1つの事業所として一体的に指定。

4 利用定員

居住系サービスと日中活動系サービス、就労選択支援については、利用定員が定められています。

利用定員とは、同時にサービスの提供を受けることができる利用者数の上限です。

※利用契約の人数に上限はありませんが、指定を受ける際は利用見込みに応じた定員設定を行うようにしてください。

【居住系サービス】

障害者支援施設	施設入所支援	昼間実施サービス
	30人以上	20人以上 ○昼間実施サービスを複数実施する場合は ・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 各6人以上 ・就労継続支援B型 10人以上 であり、その合計が20人以上

共同生活援助 (グループホーム)	4人以上 ○1住居あたりの入居定員は、2人以上10人以下 ○ただし、既存建物の場合は、2人以上20人以下、県知事が特に必要と認めた場合は、21人以上30人以下
---------------------	---

【日中活動系サービス】

サービス	単独	多機能型（合計利用定員が10人以上※注1）
療養介護	20人以上	3人以上 ただし、宿泊型自立訓練及び自立訓練（生活訓練）を併せて行う場合は、宿泊型自立訓練が10人以上かつ自立訓練（生活訓練）が6人以上
生活介護 自立訓練（機能訓練） 自立訓練（生活訓練）	20人以上 (※注2)	
就労移行支援	10人以上	
就労継続支援A型	10人以上	5人以上
就労継続支援B型	20人以上 (※注2)	

※注1

・児童福祉法に基づく障害児通所支援（児童発達支援、放課後等デイサービス）を一体的に行う場合にあっては、それらを含めて10人以上（障害児通所支援については5人以上）

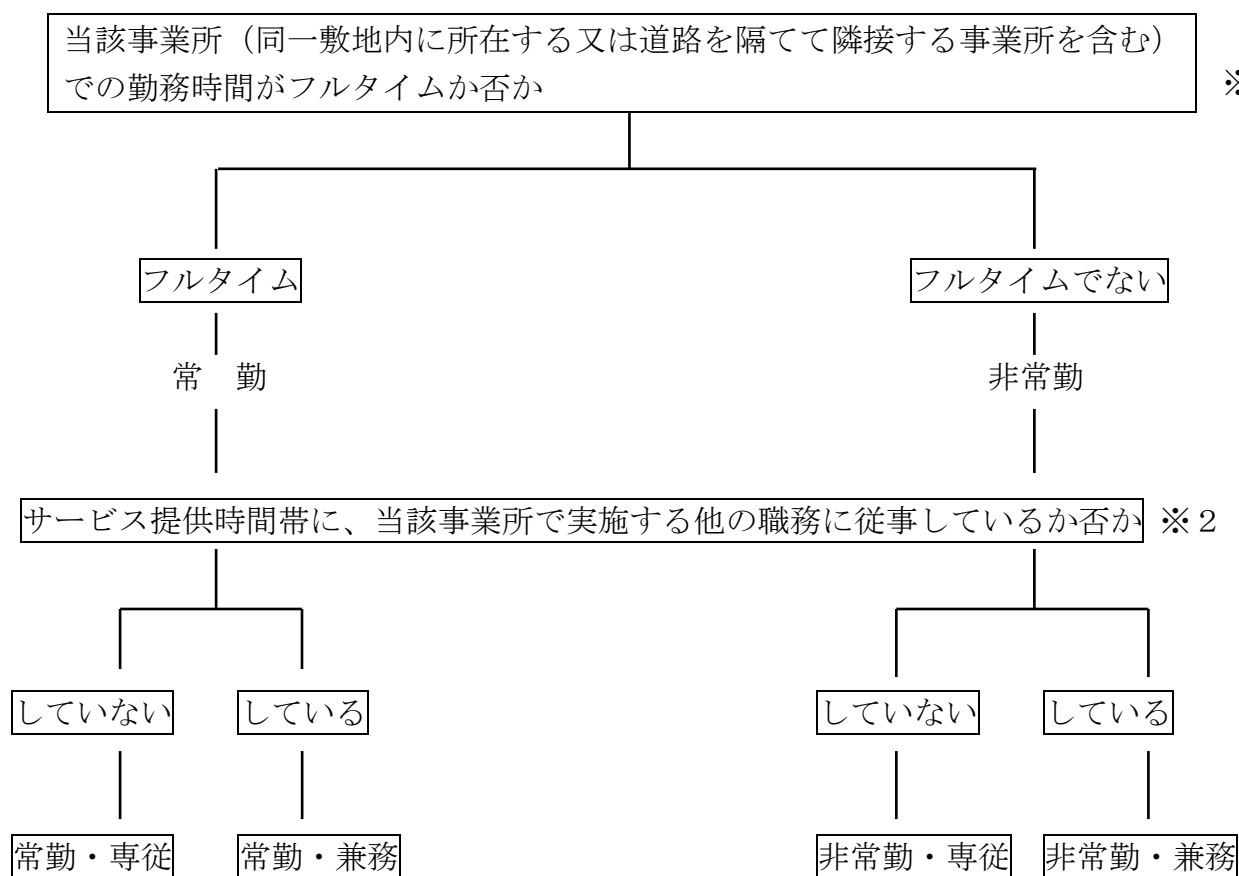
・生活介護事業所が児童発達支援事業等を一体的に行い、主たる対象を重症心身障害児（者）とする場合は全ての事業を通じて5人以上

※注2

「厚生労働大臣が定める離島その他の地域」（平成18年厚生労働省告示第540号）で定める離島や振興山村等で、県知事が認めるものは10人以上

就労選択支援	10人以上
--------	-------

5 常勤・非常勤／専従・兼務の考え方



※1 労働者として、雇用主（社会福祉法人・NPO法人等）との関係で、常勤か非常勤かではなく、指定を受けようとする事業所において常勤（フルタイム）か否かにより区分する。

○その事業所においてフルタイムで勤務している場合＝常勤

○その事業所においてフルタイムの時間未満で勤務している場合＝非常勤

※2 その従業者のサービス提供時間帯（※3）において、当該従業者が、事業所において、複数の職務に従事しているか否かにより区別する。

○その事業所において複数の職務に従事している場合＝兼務

○その事業所において単独の職務に従事している場合＝専従

※3 サービス提供時間帯とは、その従業者の、当該事業所における勤務時間をいう。

6 従業員の員数等にかかる用語の定義・考え方について

<p>常勤</p>	<p>① 事業所等における勤務時間が、当該事業所等において定められる常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していることをいう（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は、32時間を基本とする）。</p> <p>例：事業所等における所定の勤務時間が、1日あたり8時間（週40時間）と定められている事業所等において、1日あたり8時間（週40時間）勤務している者は、常勤という取扱いとなる。</p> <p>② なお、当該事業所等に併設される事業所等（同一敷地内に所在する又は道路を隔てて隣接する事業所をいう。ただし、管理者について、管理上支障がない場合は、その他の事業所を含む。）の職務（当該事業所等の職務と同時並行的に行うことが差し支えないと考えられるもの）にも従事している場合は、当該事務所と併設される事業所等のそれぞれの職務に係る勤務時間の合計が、常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していれば、常勤の要件を満たすものとする。</p> <p>※ ただし、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律（昭和47年法律第113号）第13条第1項に規定する措置又は育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（平成3年法律第76号）第23条第1項、同条第3項若しくは同法第24条に規定する所定労働時間の短縮等の措置若しくは厚生労働省「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に沿って事業者が自主的に設ける所定労働時間の短縮措置が講じられている者については、利用者の処遇に支障がない体制が事業所として整っている場合は、例外的に常勤の従業員が勤務すべき時間数を30時間として取り扱うことを可能とする。</p>
<p>非常勤</p>	<p>事業所等における勤務時間が、当該事業所等において定められる常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していないことをいう。</p> <p>例：事業所等における所定の勤務時間が、1日あたり8時間（40時間）と定められている事業所等において、1日あたり8時間に満たない勤務時間で勤務している者は、非常勤という取扱いとなる。</p>
<p>専従（専ら従事する、専ら提供に当たる）</p>	<p>原則として、その従業員のサービス提供時間帯を通じて、指定障害福祉サービス又は施設支援以外の職務に従事しないことをいう。この場合のサービス提供時間帯とは、当該従事者の当該サービス事業所等における勤務時間帯をいうものであり、当該従業員の常勤・非常勤の別を問わない。</p>
<p>勤務延べ時間数</p>	<p>勤務表上、当該事業に係るサービスの提供に従事する時間又は施設支援の提供に従事する時間及び当該事業に係るサービスの提供のため準備等を行う時間（待機時間を含む。）として明確に位置づけられている時間の合計数とする。</p> <p>なお、従業員1人につき、勤務延べ時間数に算入することができる時間数は、当該事業所等において、常勤の従業員が勤務すべき勤務時間を上限とする。</p>

<p>常勤換算方法</p>	<p>当該事務所の従業者の勤務延べ時間数を、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は、32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいう。この場合の勤務延べ時間数は、当該事務所における指定事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数である。</p> <p>例：常勤の所定勤務時間が1日8時間（週40時間）の事業所において、週40時間勤務する常勤の従業員が1名と週20時間勤務する非常勤の従業員が2名いる場合、これを常勤換算すると、（40時間+20時間+20時間）÷40時間＝2人となる。（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は、32時間を基本とする。）</p> <p>※ 就業規則等により、常勤職員の勤務時間が週32時間を下回る場合は、勤務延べ時間数を「週32時間」で除してください。</p> <p>ただし、これはあくまでも常勤換算をする場合の常勤職員の勤務時間の取り扱いとなり、週32時間以上勤務する者が全て常勤職員ということではないことに留意すること。</p>
<p>前年度の平均値</p>	<p>① 事業所に配置すべき従業者の員数を算定する場合の利用者の数は、前年度の平均値（新規に指定を受ける場合は推定数）による。</p> <p>「前年度の平均値」は、当該年度の前年度の利用者延べ数を開所日数で除して得た数（小数点第2位以下切上げ）とする。</p> <p>※ 生活介護の場合、「前年度の平均値」における利用者延べ数は、利用者ごとの報酬算定区分（所要時間）に応じて、以下のとおり算定する。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 3時間未満、3時間以上4時間未満、4時間以上5時間未満 利用者数に2分の1を乗じて得た数 ○ 5時間以上6時間未満、6時間以上7時間未満 利用者数に4分の3を乗じて得た数 <p>② 新設又は利用定員の増により、前年度における変更後の利用定員でのサービス提供実績が1年未満の場合の利用者の数は以下による。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 新設又は定員増から6月未満の間 利用定員の90% ○ 新設又は定員増から6月以上1年未満の間 直近6月における全利用者の延べ数を当該6月間の開所日数で除した数 ○ 新設又は定員増から1年以上経過 直近1年間における全利用者等の延べ数を当該1年間の開所日数で除して得た数 <p>③ 利用定員の減少の場合、減少後のサービス提供実績が3月以上あるときは、減少後の利用者の数等の延べ数を当該3月間の開所日数で除して得た数とする。</p>

7 必要人員等の算定について（小数点の取扱いについて）

（1）常勤換算をする場合

必要な員数について、確保すること。

- 常勤換算で、利用者数を「6」で除した数以上必要とする場合

利用者数（前年度の平均値）を除して得た数の小数点第2位以下を切り捨てる。

（例）利用者数 20 人で、利用者数を 6 で除した数以上の員数を必要とする場合

$20 \text{ 人} \div 6 = 3.333$ （小数点第2位以下切捨） → 常勤換算で 3.3 人以上必要

- 常勤換算で「2.5 人以上」必要な場合

従業者の勤務延時間数を、常勤の従業者が従事すべき時間数で除した数の小数点第2位以下を切り捨てる。

（例）当該事業所の常勤の従業者の週勤務時間が 40 時間の時、1 週間当たり 40 時間 $\times 2.5 = 100$ 時間／週の勤務が必要となる。

従業者 A（週 30 時間勤務） 従業者 B（週 30 時間勤務）

従業者 C（週 25 時間勤務） 従業者 D（週 20 時間勤務）

勤務延時間数 105 時間／週

$105 \text{ 時間} \div 40 \text{ 時間} = 2.625$ （小数点第2位以下切捨） → 常勤換算 2.6 人

（この場合、算定基準を満たしていることとなる。）

（2）常勤換算をしない場合

基準上必要な員数について、端数は切り上げ、確保すること。

8 管理者の資格要件

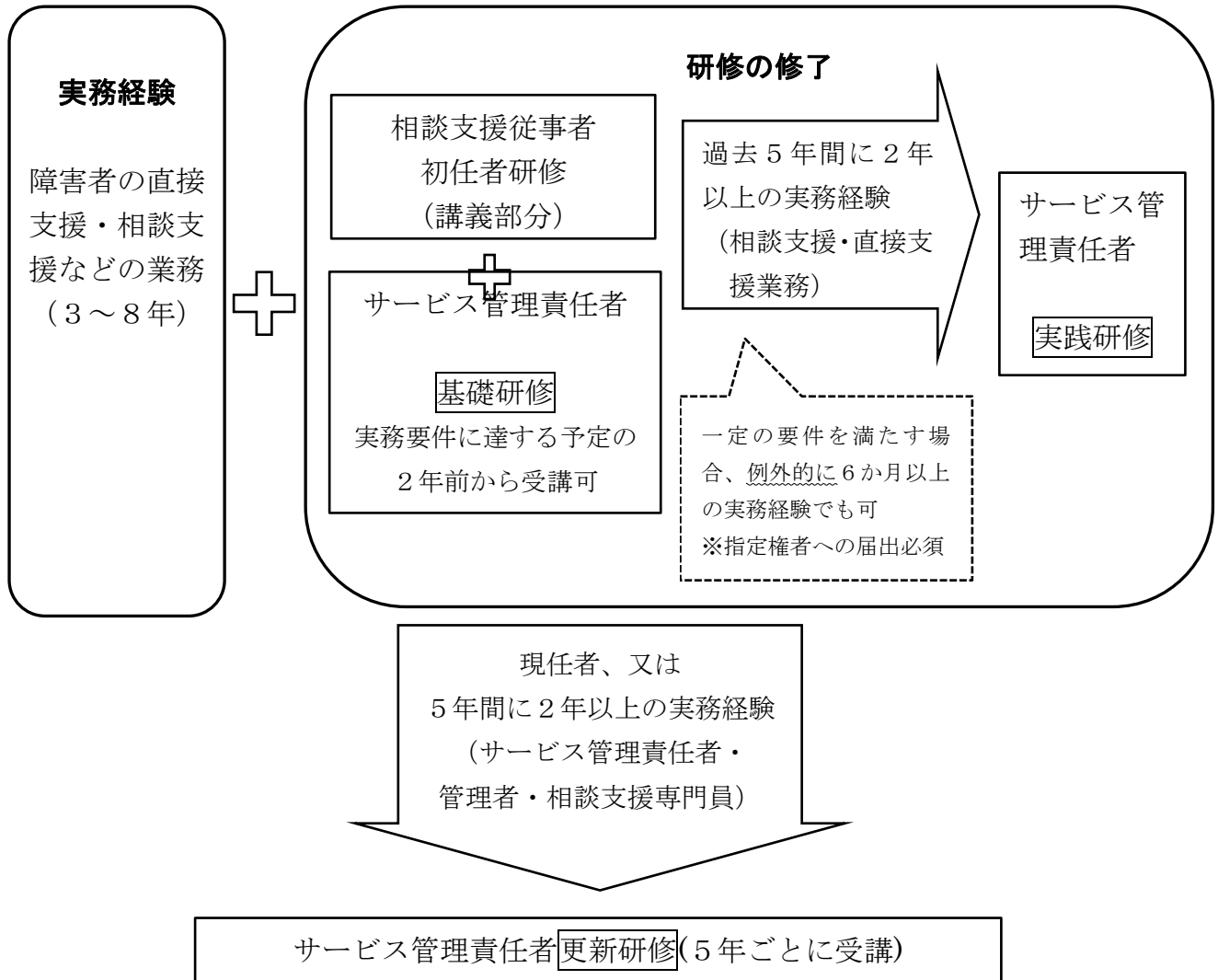
療養介護	医師であること。
生活介護 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 就労選択支援 就労移行支援 施設入所支援	次のいずれかに該当すること。 ①社会福祉主事任用資格を有する者 ②社会福祉事業（※）に2年以上従事した者 ③社会福祉施設長資格認定講習修了者
就労継続支援A型 就労継続支援B型	次のいずれかに該当すること。 ①社会福祉主事任用資格を有する者 ②社会福祉事業（※）に2年以上従事した者 ③企業を経営した経験を有する者 ④社会福祉施設長資格認定講習修了者

※ 社会福祉事業・・・社会福祉法第2条に定める事業

9 サービス管理責任者の要件

サービス管理責任者として従事するには、実務経験と研修の修了の要件を満たすことが必要です。

- ・実践研修修了後にサービス管理責任者として従事できます。
(基礎研修修了後は2人目以降のサービス管理責任者として従事可能)
- ・実践研修修了の翌年度から5年間ごとに更新研修の受講が必要です。



・指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等 (平成18年厚生労働省告示第544号)

◎ 例外的に6か月以上の実務経験 (OJT) で実践研修を受講する場合

以下の要件①～③のすべてを満たす場合、例外的に6か月以上のOJT (個別支援計画作成業務) により受講することが可能です。

- ① 基礎研修受講開始時に、既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件を満たしている。
- ② 基礎研修及び相談支援従事者初任者研修修了日以後、実践研修受講開始日前5年間に於いて、6か月以上個別支援計画の作成の一連の業務 (※) に従事する。
- ③ 個別支援計画作成の業務に従事することについて、指定権者に届出を行う。

※ 個別支援計画作成の一連の業務とは、下表の業務を指します。実践研修を受講するために必要な実務経験（OJT）は、サービス管理責任者等養成に係る一連の研修の一部をなすものとして設定されたものであり、その十分な実施を担保する観点から、少なくとも概ね計10回以上行うことを基本としてください。

個別支援計画作成の一連の業務は、下記表のA～Eの業務を全て行い、1回と数えてください。個別支援計画作成の一連の業務の過程で行われた原案の作成の業務（下記表のA～Cの業務）を、さらに1回として数えることはできません。

	業務内容
A	利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う。
B	アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する。
C	個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める。 ※サビ管等のもとで基礎研修修了者が業務に従事する場合は、サビ管等が開催する上記会議に参画すること。
D	Cにより作成した個別支援計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、個別支援計画を利用者に交付する。
E	定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント（モニタリング）を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。

要件3の届出についての詳細や届出様式は、県ホームページに掲載しています。

新潟県トップページ > 分野別 > 「健康・福祉」 > 「高齢者・障害者・福祉」 > 「障害者の福祉」 > 「事業者向け情報（各種申請・届出など）」 > 「サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者」

◎ やむを得ない事由によりサービス管理責任者が欠如した場合

指定後、やむを得ない理由によりサービス管理責任者が欠けた場合は、欠如後1年間は研修の修了状況に関わらず、サービス管理責任者に必要な実務経験要件を満たす者をサービス管理責任者とみなして配置することが可能です。

これに加え、当該者が一定の要件（※）を充足した場合については、実践研修を修了するまでの間（最長でサービス管理責任者が欠いた日から2年間）サービス管理責任者とみなして配置することが可能です。

※①～③を全て満たす必要あり

- ① 実務経験要件（相談支援業務又は直接支援業務3～8年）を満たしている。
- ② サービス管理責任者が欠如した時点で既に基礎研修を修了済みである。

- ③ サービス管理責任者が欠如する以前からサービス管理責任者以外の職員として当該事業所に配置されている。

ただし、やむを得ない事由に該当するかについては県の判断によりますので、必ず事前に相談してください。事業所判断のみにより配置することのないよう留意してください。

10 相談支援専門員の要件

相談支援専門員として従事するには、実務経験と相談支援従事者初任者研修の修了の要件を満たすことが必要です。

相談支援専門員として継続して従事するには、相談支援従事者初任者研修を修了した翌年度を初年度とした5年目の年度末までに1回以上相談支援従事者現任研修を修了する必要があります（初任者研修修了の翌年度から5年目の年度末までは、現任研修を修了していなくとも相談支援専門員として配置可能）。

＜現任研修の受講要件＞

1回目の現任研修：受講開始日前5年間に通算2年以上の相談支援業務（※）の実務経験があること

2回目以降の現任研修：受講開始日前5年間に通算2年以上の相談支援業務（※）の実務経験があること又は現に相談支援業務（※）に従事していること

※（障害者総合支援法）基本相談支援、地域相談支援、計画相談支援、
（児童福祉法）障害児相談支援

- ・ 指定地域相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの
（平成24年厚生労働省告示第226号）

11 行動援護における従業者要件等

サービス提供責任者	<p>○ <u>行動援護従業者養成研修課程修了者又は強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）修了者</u>であって、知的障害児者又は精神障害者の直接業務に3年以上の従事経験を有する者</p> <p>※ ただし、令和9年3月31日までの間、居宅介護従業者の要件を満たす者であっては、直接業務に5年以上従事した経験を有することで足りるものとする。</p>
従業者	<p>○ <u>行動援護従業者養成研修課程修了者又は強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）修了者</u>であって、知的障害児者又は精神障害者の直接業務に1年以上の従事経験を有する者</p> <p>※ ただし、令和9年3月31日までの間は、居宅介護従業者の要件を満たす者であって、知的障害児者又は精神障害者の直接業務に2年以上の従事経験を有する者の場合、当該基準に適合するものとみなす。</p>

12 重度訪問介護における従業者要件等

重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者の支援を行う者は、重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程、強度行動障害支援者養成研修又は行動援護従業者養成研修を修了していることが望ましい。

13 同行援護における従業者要件等

サービス提供責任者	以下の①又は②の要件を満たす者 ① 以下のア及びイの要件を満たす者 ア 居宅介護職員初任者研修を修了した者であって3年以上介護等の業務に従事した者又は同行援護従業者養成研修一般課程を修了した者であって3年以上視覚障害者の介護等の業務に従事した者 イ 同行援護従業者養成研修（応用課程）を修了した者。なお、同行援護従業者養成研修一般課程を修了した者であって3年以上視覚障害者の介護等の業務に従事した者については、令和7年4月1日以降に行われる応用課程を修了した者とする。） ② 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を修了した者等
従業者	以下の①から③のいずれかの要件を満たす者 ① 同行援護従業者養成研修（一般課程）を修了した者（盲ろう者向け通訳・介助員については、令和9年3月31日までの間は、同研修を修了したものとみなす。） ② 居宅介護職員初任者研修修了者等であって、視覚障害者等の福祉に関する事業に1年以上従事した経験を有する者 ③ 国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を修了した者等

14 就労選択支援における就労選択支援員の要件

就労選択支援員養成研修を修了していること。

ただし、令和10年3月31日までは、経過措置として、独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構等が行う「雇用と福祉の分野横断的な基礎的知識・スキルを付与する研修」（以下「基礎的研修」という）又は基礎的研修と同等以上の研修を修了した者については、就労選択支援員養成研修を修了しなくとも、就労選択支援員の業務に従事できる。

15 就労移行支援における就労支援員及び就労定着支援における就労定着支援員の要件

基礎的研修を受講していること。

ただし、令和10年3月31日までは、経過措置として、基礎的研修を受講しなくとも、就労支援員及び就労定着支援員の業務に従事できる。

サービス管理責任者の実務経験

【指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等（H18.9.29 厚生労働省告示第544号）】

- 相談支援の業務：身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務
- 直接支援の業務：身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護、その者及びその介護者に対して介護に関する指導又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援、その他職業訓練又は職業教育に係る業務

上記の「相談支援の業務」「直接支援の業務」に従事した経験を有する者のうち、下記の①～③のいずれかの要件に該当する者

- ① (一)及び(二)の期間が通算して5年以上である者
- ② (三)の期間が通算して8年以上である者
- ③ (一)から(三)までの期間が通算して3年以上かつ(四)の期間が通算して3年以上である者

業務の範囲	業務内容	実務経験年数
障害者の保健・医療・福祉・就労・教育の分野における支援業務	(一) <ul style="list-style-type: none"> a 地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業 b 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉事務所、発達障害者支援センター c 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センター d 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター e 特別支援学校その他これらに準ずる機関 f 病院若しくは診療所の従業者又はこれに準ずる者で、次の1～3のいずれかに該当する者 <ul style="list-style-type: none"> 1 社会福祉主事任用資格を有する者 2 相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を修得した者と認められる者(訪問介護員2級以上(現、介護職員初任者研修)に相当する研修を修了した者) 3 (四)に掲げる資格を有する者並びにaからeまでに掲げる従事者及び従事者としての期間が1年以上の者 	5年以上
	(二) <ul style="list-style-type: none"> a 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院又は診療所の療養病床に係るもの b 障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業 c 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所 d 障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社、同法第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所 e 特別支援学校その他これらに準ずる機関 	5年以上
	(三) <ul style="list-style-type: none"> 上記a～eに掲げる施設において、下記1～4の資格を有して直接支援業務にあたったもの <ul style="list-style-type: none"> 1 社会福祉主事任用資格を有する者 2 相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を修得した者と認められる者(訪問介護員2級以上(現、介護職員初任者研修)に相当する研修を修了した者) 3 保育士 4 児童指導員、精神障害者社会復帰指導員 	8年以上
	(四) <p>医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士</p>	上記(一)～(三)に従事した期間が通算して3年以上で、かつ(四)の国家資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間が通算して3年以上

(注)

- 1 ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることを言うものとする。例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることを言う。(H18.6.23 事務連絡)
- 2 公的な補助金または市町村等の委託により運営されている小規模作業所であって、業務内容や勤務状況の記録が適切に整備されており、所属長等による実務経験の証明が可能であれば、実務経験に含まれる。(H18.8.24 主管課長会議資料)
- 3 国家資格等による業務に3年以上従事している者は、相談支援業務及び直接支援業務の実務経験が3年以上となっているが、国家資格等による業務に従事した期間と相談支援業務及び直接支援業務に従事した期間が重複している場合はどちらとしてもカウントしてよい。例えば、国家資格等による業務が相談支援業務となる場合は、6年以上の実務経験ではなく、3年以上の実務経験で良いことになる。(H18.6.23 Q&A参考)

相談支援専門員の実務経験について

【指定地域相談支援の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの（H24.3.30 厚生労働省告示第226号）】

- 相談支援の業務：身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務
- 直接支援の業務：身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護、その者及びその介護者に対して介護に関する指導又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援、その他職業訓練又は職業教育に係る業務

上記の「相談支援の業務」「直接支援の業務」に従事した経験を有する者のうち、下記の①～③のいずれかの要件に該当する者

- ① a（※）の期間が通算して3年以上である者
- ② a（※を除く）及びbの期間が通算して5年以上である者
- ③ cの期間が通算して10年以上である者
- ④ aかcまでの期間が通算して3年以上かつdの期間が通算して5年以上である者

業務の範囲	業務内容	実務経験年数
障害者の保健・医療・福祉・就労・教育の分野における支援業務	※平成18年10月1日において、下記に掲げる者が同年9月30日までの間に業務に従事した期間 一 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者 二 精神障害者地域生活支援センターの従業者	3年以上
	a 一 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業 二 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場 三 障害者支援施設、障害児入所施設、身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、介護医療院 四 次のいずれかに該当する者が従事する保健医療機関 1 社会福祉主事任用資格を有する者 2 相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を修得した者と認められる者（訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者） 3 dに掲げる資格を有する者並びにaの一から三までに掲げる従事者及び従事者としての期間が1年以上の者 五 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、障害者雇用支援センター 六 特別支援学校、盲学校、聾学校、養護学校における障害のある児童及び生徒の就学相談、教育相談及び進路相談の業務	5年以上
	一 障害者支援施設、障害児入所施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院又は診療所の療養病床に係るもの 二 障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業 三 保健医療機関、保険薬局、訪問看護事業所	
	b 上記一～三に掲げる施設において、下記1～4の資格を有して直接支援業務にあたったもの 1 社会福祉主事任用資格を有する者 2 相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を修得した者と認められる者（訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者） 3 保育士 4 児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者	5年以上
	c 上記一～三に掲げる施設において、bの1～4の資格に該当せず直接支援業務にあたったもの	10年以上
右の資格該当者	d 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士	上記a～cに従事した期間が通算して3年以上で、かつdの国家資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間が通算して5年以上

(注)

1 ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることを言うものとする。例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることを言う。（H18.6.23 事務連絡）

- 2 公的な補助金または市町村等の委託により運営されている小規模作業所であって、業務内容や勤務状況の記録が適切に整備されており、所属長等による実務経験の証明が可能であれば、実務経験に含まれる。(H18.8.24 主管課長会議資料)
- 3 国家資格等による業務に5年以上従事している者は、相談支援業務及び直接支援業務の実務経験が3年以上となっているが、国家資格等による業務に従事した期間と相談支援業務及び直接支援業務に従事した期間が重複している場合はどちらとしてもカウントしてよい。例えば、国家資格等による業務が相談支援業務となる場合は、8年以上の実務経験ではなく、5年以上の実務経験で良いことになる。(H18.6.23 Q & A 参考)
- 4 実務経験となる障害児関連施設として、児童相談所の他に、知的障害児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児(者)通園事業を行う施設、児童デイサービスを行う施設等が含まれる。(H18.11.2 Q & A)

II 障害福祉サービス等の指定に関する基準

1 事業者指定に関する基準・要綱（解釈通知）・最低基準

サービス種類	指定基準	最低基準
○障害福祉サービス	【条例】新潟県指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例(平成27年新潟県条例第27号) ※1 【要綱】新潟県指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営等に関する基準要綱 ※2	※ 通所系のみ適用 【条例】新潟県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29年新潟県条例第14号)
○障害者支援施設	【条例】新潟県指定障害者支援施設の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例(平成30年新潟県条例第24号) ※3 【要綱】新潟県指定障害者支援施設の人員、設備及び運営等に関する基準要綱 ※4	【条例】新潟県障害者支援施設の設備及び運営に関する基準を定める条例(令和3年新潟県条例第25号)
○一般相談支援	【基準省令】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基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準(平成24年厚生労働省令第27号) 【解釈通知】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基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準について(平成24年3月30日障発0330第21号)	

- ※1 その他の基準は「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」(平成18年厚生労働省令第171号)に定めるところによる。(以下、「基準省令」とする。)
- ※2 その他の事項は「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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成18年12月6日障発第1206001号)に定めるところによる。(以下、「解釈通知」とする。)
- ※3 その他の基準は「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に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準」(平成18年厚生労働省令第172号)に定めるところによる。
- ※4 その他の事項は「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に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成19年1月26日障発第0126001号)に定めるところによる。

上記の基準・要綱等については、新潟県ホームページで確認することができます。
新潟県トップページ>「分野別」>「健康・福祉」>「高齢者・障害者・福祉」>「障害者の福祉」>「事業者向け情報(各種申請・届出など)」>障害福祉サービス事業所等の基準条例・規則・要綱

2 人員・設備基準の概要

(1) 居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び行動援護

人員 基準	管理者	常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他事業所の職務の兼務可）。
	サービス提供責任者	事業規模に応じて1人以上（管理者の兼務及び事業規模に応じて常勤換算も可）
	従業者	常勤換算で2.5以上（介護福祉士、居宅介護従業者養成研修課程等の修了者など）
設備 基準	事務室	事業の運営を行うために必要な面積を有する専用の事務室、受付等利用申し込みの受付、相談等に対応するための適切なスペース
	設備・備品等	必要な設備及び備品等を確保し、特に、手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備等に配慮する。

(2) 療養介護

人員 基準	従業者	医師	健康保険法に規定する厚生労働大臣が定める基準以上
		看護職員	療養介護の単位ごとに、常勤換算で利用者数を2で除した数以上
		生活支援員	療養介護の単位ごとに、常勤換算で利用者数を4で除した数以上（1人以上は常勤）
		サービス管理責任者	・利用者数が60人以下：1人以上 ・利用者数が61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 ※1人以上は常勤
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）。	
設備 基準	医療法に規定する病院として必要とされる設備及び多目的室 その他運営上必要な設備		

(3) 生活介護

人員 基準	従業者	医師	日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
		看護職員	生活介護の単位ごとに、1人以上
		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	利用者に対して日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う場合は、生活介護の単位ごとに当該訓練を行うために必要な数 ※理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を確保することが困難な場合には、これらの者に代えて、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する看護師その他の者を機能訓練指導員として置く

		ことができる。
	生活支援員	生活介護の単位ごとに、1人以上（1人以上は常勤）
		<p>※看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士及び生活支援員の総数は生活介護の単位ごとに、常勤換算で、①から③までに掲げる平均障害支援区分に応じ、それぞれ①から③に掲げる数</p> <p>① 平均障害支援区分が4未満：利用者数を6で除した数以上</p> <p>② 平均障害支援区分が4以上5未満：利用者数を5で除した数以上</p> <p>③ 平均障害支援区分が5以上：利用者数を3で除した数以上</p>
	サービス管理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が60人以下：1人以上 ・利用者数が61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 <p>※1人以上は常勤</p>
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）
設備基準	訓練・作業室	利用者1人当たりの床面積は、おおむね3平方メートル以上とし、必要な機械器具等を備えること
	相談室	室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること
	洗面所・便所	利用者の特性に応じたものであること
	多目的室その他運営に必要な設備	

(4) 短期入所

人員基準	従業者	併設事業所	当該施設の入所者数及び併設事業所の利用者数の合計数を当該施設の入所者数とみなした場合に、当該施設として必要とされる数以上
		空床利用型事業所	当該施設の入所者数及び空床利用型事業所の利用者の数の合計数を当該施設の入所者数とみなした場合に、当該施設として必要とされる数以上
		単独型事業所	<p>指定生活介護事業所等</p> <p>① 指定生活介護等のサービス提供時間帯 当該指定生活介護事業所等の利用者の数及び当該単独型事業所の利用者の数の合計数を当該指定生活介護事務所等の利用者の数とみなした場合において、当該指定生活介護事業所等における生活支援員又はこれに準ずる従業者として必要とされる数以上</p> <p>② それ以外の時間帯 当該日の利用者の数が6名以下の場合においては1名以上の生活支援員又はこれに準ずる従業員、7名以上の場合においては1に該当日の利用者の数が6を超えて6又はその端数を増すご</p>

			とに1を加えて得た数以上	
		上記以外	上記②と同じ	
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）。		
設備基準	居室	併設事業所、空床利用型事業所	併設事業所又は指定障害者支援施設等の居室であって、その全部又は一部が入所者に利用されていない居室を用いること	
		単独型事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・1の居室の定員：4人以下 ・地階に設けてはならないこと ・利用者1人当たりの床面積：収納設備等を除き8平方メートル以上 ・寝台又はこれに代わる設備を備えること ・ブザー又はこれに代わる設備を設けること 	
設備	設備	併設事業所	併設事業所及び併設本体施設の効率的運営が可能であり、かつ、当該併設本体施設の入所者の支援に支障がないときは、当該併設本体施設の設備（居室を除く。）を指定短期入所事業の用に供することができる。	
		空床利用型事業所	指定障害者支援施設等として必要とされる設備を有することである。	
		単独型事業所	食堂	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の提供に支障がない広さを有すること ・必要な備品を備えること
			浴室	・利用者の特性に応じたものであること
			洗面所 便所	<ul style="list-style-type: none"> ・居室のある階ごとに設けること ・利用者の特性に応じたものであること

(5) 重度障害者等包括支援

人員基準	従業者	指定障害福祉サービス事業者（指定療養介護事業者及び指定共同生活援助事業者を除く。）又は指定障害者支援施設の基準を満たしていること	
	サービス提供責任者	次のいずれの要件にも該当する者を1人以上（1人以上は常勤） <ul style="list-style-type: none"> ・相談支援専門員 ・重度障害者等包括支援利用対象者に対する入浴、排せつ、食事等の介護その他これに準ずる業務に3年以上従事した経験を有する者 	
	管理者	常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他事業所の職務の兼務可）。	
設備基準	事務室	事業の運営を行うために必要な面積を有する専用の事務室	
	受付等	利用申し込みの受付、相談等に対応するための適切なスペース	
	設備・備品等	必要な設備及び備品等を確保し、特に、手指を洗浄するための設備等感染症予防に必要な設備等に配慮する。	

(6) 障害者支援施設等

ア 人員基準の概要

生活介護を行う場合

医師	利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数
看護職員	生活介護の単位ごとに、1人以上
理学療法士、 作業療法士 又は言語聴覚 士	生活介護の単位ごとに、利用者に対して日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う場合に、生活介護の単位ごとに、当該訓練を行うために必要な数 ※理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を確保することが困難な場合には、これらの者に代えて、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する看護師その他の者を機能訓練指導員として置くことができる。
生活支援員	生活介護の単位ごとに、1人以上（1人以上は常勤）
<p>※看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士及び生活支援員の総数は、生活介護の単位ごとに、常勤換算で、①から③までに掲げる平均障害支援区分に応じ、それぞれ①から③までに掲げる数及び④に掲げる数を合計した数以上</p> <p>①平均障害支援区分が4未満：利用者数を6（厚生労働大臣が定める者を除く。②及び③において同じ。）で除した数以上</p> <p>②平均障害支援区分が4以上5未満：利用者数を5で除した数以上</p> <p>③平均障害支援区分が5以上：利用者数を3で除した数以上</p> <p>④厚生労働大臣が定める者である利用者の数を10で除した数</p>	
サービス管理 責任者	<ul style="list-style-type: none"> 利用者数60人以下：1人以上 利用者数が61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 <p>※1人以上は常勤</p>

自立訓練（機能訓練）を行う場合

看護職員	1人以上（1人以上は常勤）
理学療法士、 作業療法士又 は言語聴覚士	1人以上 ※理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士を確保することが困難な場合には、これらの者に代えて、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する看護師その他の者を機能訓練指導員として置くことができる。
生活支援員	1人以上（1人以上は常勤）
<p>※看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士及び生活支援員の総数は常勤換算で、利用者数を6で除した数以上</p>	
サービス管理 責任者	<ul style="list-style-type: none"> 利用者数60人以下：1人以上 利用者数61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 <p>※1人以上は常勤</p>

※訪問によるサービスの提供の場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上置くこと

自立訓練（生活訓練）を行う場合

生活支援員	常勤換算で、利用者数を6で除した数以上（1人以上は常勤）
サービス管理責任者	・利用者数60人以下：1人以上 ・利用者数61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 ※1人以上は常勤
<p>※健康上の管理等の必要がある利用者があるために看護職員を置く場合、生活支援員及び看護職員の総数は、常勤換算で利用者数を6で除した数以上、生活支援員及び看護職員の数は、それぞれ1人以上置くこと</p> <p>※訪問によるサービスの提供の場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上置くこと</p>	

就労移行支援を行う場合

職業指導員	1人以上（職業指導員又は生活支援員のうち、いずれか1人以上は常勤）
生活支援員	1人以上（職業指導員又は生活支援員のうち、いずれか1人以上は常勤）
※職業指導員及び生活支援員の総数は、常勤換算で、利用者数を6で除した数以上	
就労支援員	常勤換算で、利用者数を15で除した数以上
サービス管理責任者	・利用者数が60人以下：1人以上 ・利用者数が61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 ※1人以上は常勤

就労継続支援B型を行う場合

職業指導員	1人以上（職業指導員又は生活支援員のうち、いずれか1人以上は常勤）
生活支援員	1人以上（職業指導員又は生活支援員のうち、いずれか1人以上は常勤）
※職業指導員及び生活支援員の総数は、常勤換算で、利用者数を10で除した数以上	
サービス管理責任者	・利用者数が60人以下：1人以上 ・利用者数が61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 ※1人以上は常勤

施設入所支援を行う場合

生活支援員	施設入所支援の単位ごとに ・利用者数60人以下：1人以上 ・利用者数61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 ※自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）又は就労移行支援又は就労継続支援B型のみの提供にあつては、宿直勤務を行う生活支援員を
-------	---

	1人以上とする。
サービス管理責任者	当該施設等において、昼間実施サービスを行う場合に配置されるサービス管理責任者が兼ねること

複数の昼間実施サービスを行う場合

各サービスにおいて常勤の配置が義務づけられている従業者	昼間実施サービスの利用定員の合計が 20 人未満である場合、1人以上は常勤
サービス管理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数 60 人以下：1人以上 ・利用者数 61 人以上：1人に、利用者数が 60 人を超えて 40 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上 <p>※1人以上は常勤</p>

イ 設備基準の概要

訓練・作業室	専ら当該施設等が提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの用に供するもので、利用者1人当たりの床面積はおおむね3平方メートル以上とし、訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること
居室	<ul style="list-style-type: none"> ・居室の定員：4人以下 ・地階に設けず、利用者1人当たりの床面積について収納設備等を除き9.9平方メートル以上とすること ・寝台等、利用者の身の回り品を保管することができる設備及びブザー等の設備を備えること ・一以上の出入口は、避難上有効な空地、廊下等に直接面して設けること
食堂	食事の提供に支障がない広さを有し、必要な備品を備えること
浴室	利用者の特性に応じたものとする
洗面所・便所	居室のある階ごとに設けて、利用者の特性に応じたものであること
相談室	間仕切り等を設けること
廊下幅	1.5メートル以上（中廊下の幅は、1.8メートル以上）

(7) 自立訓練（機能訓練）

人員基準	従業者	看護職員	1人以上（1人以上は常勤）
		理学療法士又は作業療法士	1人以上 ※理学療法士又は作業療法士を確保することが困難な場合には、これらの者に代えて、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う能力を有する看護師その他の者を機能訓練指導員として置くことができる。
		生活支援員	1人以上（1人以上は常勤）
		※看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数は、常勤換算で、利用者数を6で除した数以上	

	サービス管理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が 60 人以下：1 人以上 ・利用者数が 61 人以上：1 人に、利用者数が 60 人を超えて 40 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上
		※訪問によるサービスの提供の場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を 1 人以上置くこと
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）
設備基準	訓練・作業室	利用者 1 人当たりの床面積は、おおむね 3 平方メートル以上とし、必要な機械器具等を備えること
	相談室	室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること
	洗面所 便所	利用者の特性に応じたものであること
	多目的室その他運営上必要な設備	

(8) 自立訓練（生活訓練）

人員基準	従業者	生活支援員	常勤換算で、①に掲げる利用者数を 6 で除した数と②に掲げる利用者数を 10 で除した数の合計数以上（1 人以上は常勤） ① ②に掲げる利用者以外の利用者 ② 指定宿泊型自立訓練の利用者
		地域移行支援員	指定宿泊型自立訓練を行う場合に 1 人以上
		サービス管理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が 60 人以下：1 人以上 ・利用者数が 61 人以上：1 人に、利用者数が 60 人を超えて 40 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上 ※1 人以上は常勤
			※訪問によるサービスの提供の場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を 1 人以上置くこと
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）	
設備基準	訓練・作業室	利用者 1 人当たりの床面積は、おおむね 3 平方メートル以上とし、必要な機械器具等を備えること	
	相談室	室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること	
	洗面所 便所	利用者の特性に応じたものであること	
	多目的室その他運営上必要な設備		
	※指定宿泊型自立訓練を行う事業所にあつては、上記の設備のほか、次の基準による居室及び浴室を設けること（指定宿泊型自立訓練のみを行う事業所の場合は訓練・作業室を設けないことができる）		

	<ul style="list-style-type: none"> ・居室：居室の定員1人、居室面積が収納設備等を除き、7.43平方メートル以上 ・浴室：利用者の特性に応じたものであること ・設備は、専ら当該自立訓練（生活訓練）事業所の用に供するものでなければならない（利用者の支援に支障がない場合はこの限りでない）
--	--

※地域移行支援員の業務… 地域生活へ移行後の住まいに関する情報提供及び地域生活へ移行した利用者の定期的な相談支援を行う

(9) 就労選択支援

人員基準	従業者	就労選択支援員	常勤換算で、利用者数を15で除した数以上
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）。	
設備基準	訓練・作業室	利用者1人当たりの床面積は、おおむね3平方メートル以上とし、必要な機械器具等を備えること	
	相談室	室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること	
	洗面所 便所	利用者の特性に応じたものであること	
	多目的室その他運営に必要な設備		

(10) 就労移行支援

人員基準	従業者	職業指導員及び生活支援員	<ul style="list-style-type: none"> ・総数：常勤換算で、利用者数を6で除した数以上 ・職業指導員の数：1人以上 ・生活支援員の数：1人以上 ※1人以上は常勤
		就労支援員	常勤換算で、利用者数を15で除した数以上
		サービス管理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が60人以下：1人以上 ・利用者数が61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上 ※1人以上は常勤
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）。	
設備基準	訓練・作業室	利用者1人当たりの床面積は、おおむね3平方メートル以上とし、必要な機械器具等を備えること	
	相談室	室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること	
	洗面所 便所	利用者の特性に応じたものであること	
	多目的室その他運営に必要な設備		

(11) 就労継続支援 A 型・B 型

人員 基準	従業者	職業指導員 及び生活支 援員	<ul style="list-style-type: none"> ・総数：常勤換算で、利用者数を 10 で除した数以上 ・職業指導員の数：1 人以上 ・生活支援員の数：1 人以上 ※1 人以上は常勤
		サービス管 理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が 60 人以下：1 人以上 ・利用者数が 61 人以上：1 人に、利用者数が 60 人を 超えて 40 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た 数以上 ※1 人以上は常勤
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）	
設備 基準	訓練・作 業室	利用者 1 人当たりの床面積は、おおむね 3 平方メートル以上とし、必要な機械器具等を備えること	
	相談室	室内における談話の漏えいを防ぐための間仕切り等を設けること	
	洗面所 便所	利用者の特性に応じたものであること	
	多目的室その他運営に必要な設備		

(12) 就労定着支援

人員 基準	従業者	就労定着支 援員	<ul style="list-style-type: none"> ・総数：常勤換算で、利用者数を 40 で除した数以上
		サービス管 理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が 60 人以下：1 人以上 ・利用者数が 61 人以上：1 人に、利用者数が 60 人を 超えて 40 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た 数以上 ※1 人以上は常勤
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）	
設備 基準	事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、必要な設備及び備品等を備えること		

(13) 自立生活援助

人員 基準	従業者	地域生活支 援員	1 人以上 ※利用者数 25 に対し 1 人を標準とし、利用者数が 25 又はその端数を増すごとに増員することが望ましい
		サービス管 理責任者	○常勤である場合、以下に掲げる数 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者数 60 人以下：1 人以上 ・利用者数 61 人以上：1 人に、利用者数が 60 人を超えて 60 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上 ○上記以外の場合、以下に掲げる数

		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数 30 人以下：1 人以上 ・利用者数 31 人以上：1 人に、利用者数が 30 人を超えて 30 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）
設備基準	事業を行うために必要な広さの区画を有するとともに、必要な設備及び備品等を備えること	

(14) 共同生活援助（介護サービス包括型）

人員基準	従業者	世話人	常勤換算で、利用者数を 6 で除した数以上
		生活支援員	常勤換算で、次の①から④までに掲げる数の合計数以上 ①障害支援区分 3 に該当する利用者の数を 9 で除した数 ②障害支援区分 4 に該当する利用者の数を 6 で除した数 ③障害支援区分 5 に該当する利用者の数を 4 で除した数 ④障害支援区分 6 に該当する利用者の数を 2.5 で除した数
		サービス管理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が 30 人以下：1 人以上 ・利用者数が 31 人以上：1 人に、利用者数が 30 人を超えて 30 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上
	管理者	常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）	
設備基準	住居	<ul style="list-style-type: none"> ・住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流の機会が確保される地域にあり、かつ、入所施設又は病院の敷地外にあること ・指定事業所は、1 以上の共同生活住居を有すること 	
	設備	<ul style="list-style-type: none"> ・共同生活住居は、1 以上のユニットを有すること ・ユニットの居室面積：収納設備等を除き、7.43 平方メートル以上 	
	定員	<ul style="list-style-type: none"> ・指定事業所の定員：4 人以上 ・共同生活住居の入居定員：2 人以上 10 人以下（既存の建物を活用する場合：2 人以上 20 人以下、都道府県知事が特に必要と認めた場合：21 人以上 30 人以下） ・ユニットの定員：2 人以上 10 人以下 ・ユニット居室の定員：1 人（特に必要と認められる場合は 2 人） 	

(15) 共同生活援助（外部サービス利用型）

人員基準	従業者	世話人	常勤換算で、利用者数を 6 で除した数以上
		サービス管理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が 30 人以下：1 人以上 ・利用者数が 31 人以上：1 人に、利用者数が 30 人を超えて 30 又はその端数を増すごとに 1 人を加えて得た数以上
	管理者	常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）	

設備基準	介護サービス包括型と同じ
------	--------------

※サテライト型住居の場合（介護サービス包括型及び外部サービス利用型に限る）

設備基準	<ul style="list-style-type: none"> ・入居定員を1人とする ・日常生活を営む上で必要な設備を設ける ・居室の面積は、収納設備等を除き、7.43平方メートル以上とする
------	--

(16) 共同生活援助（日中サービス支援型）

人員基準	従業者	世話人	常勤換算で、利用者数を5で除した数以上
		生活支援員	常勤換算で、次の①から④までに掲げる数の合計数以上 ①障害支援区分3に該当する利用者の数を9で除した数 ②障害支援区分4に該当する利用者の数を6で除した数 ③障害支援区分5に該当する利用者の数を4で除した数 ④障害支援区分6に該当する利用者の数を2.5で除した数
		サービス管理責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者数が30人以下：1人以上 ・利用者数が31人以上：1人に、利用者数が30人を超えて30又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上
		備考	<p>※共同生活住居ごとに、夜間及び深夜の時間帯を通じて1人以上の夜間支援従事者を置くこと</p> <p>※世話人及び生活支援員のうち、1人以上は常勤でなければならない</p>
	管理者	常勤で、かつ、原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）	
設備基準	介護サービス包括型と同じ		

(17) 一般相談支援

人員基準	従業者	専従の相談支援専門員（業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）
	管理者	原則として管理業務に従事するもの（管理業務に支障がない場合は他の職務の兼務可）
設備基準	事務室	事業の運営を行うために必要な面積を有する事務室（利用申し込みの受付、相談、計画作成会議等に対応するための適切なスペース）
	設備・備品等	支援に必要な設備及び備品等

【参考】管理者及びサービス管理責任者の兼務について

1 管理者の兼務について

<p>訪問系サービス ※基準省令第6条</p>	<p>指定居宅介護事業所の管理者は常勤であり、かつ、原則として専ら当該事業所の管理業務に従事するものとする。ただし、以下の場合であって、当該事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができるものとする。なお、管理者は、指定居宅介護の従業者である必要はないものである。</p> <p>① 当該指定居宅介護事業所の従業者としての職務に従事する場合。</p> <p>② 同一の事業者によって設置された他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する場合であって、当該他の事業所、施設等の管理者又は従業者としての職務に従事する時間帯も、当該指定居宅介護事業所の利用者へのサービス提供の場面等で生じる事象を適時かつ適切に把握し、職員及び業務の一元的な管理・指揮命令を支障なく行うことができ、また、事故発生時等の緊急時の対応について、あらかじめ対応の流れを定め、必要に応じて管理者自身が速やかに出勤できる場合(この場合の他の事業所又は施設等の事業の内容は問わないが、例えば、管理すべき事業所数が過剰であると個別に判断される場合や、併設される指定障害者支援施設等において入所者に対しサービス提供を行う看護・介護職員と兼務する場合(指定障害者支援施設等における勤務時間が極めて限られている場合を除く。)、事故発生時等の緊急時において管理者自身が速やかに利用者へのサービス提供の現場に駆け付けることができない体制となっている場合などは、管理業務に支障があると考えられる。)</p>
<p>その他サービス (療養介護以外の事業にも準用) ※基準省令第51条</p>	<p>指定療養介護事業所の管理者は、原則として、専ら当該指定療養介護事業所の管理業務に従事するものである。</p> <p>ただし、以下の場合であって、当該指定療養介護事業所の管理業務に支障がないときは、他の職務を兼ねることができるものとする。</p> <p>ア 当該指定療養介護事業所のサービス管理責任者又は従業者としての職務に従事する場合</p> <p>イ 当該指定療養介護事業所以外の他の指定障害福祉サービス事業所又は指定障害者支援施設等の管理者又はサービス管理責任者若しくは従業者としての職務に従事する場合であって、特に当該指定療養介護事業所の管理業務に支障がないと認められる場合</p>

2 サービス管理責任者と他の職務の兼務について

<p>日中活動系サービス ※基準省令第50条第6項</p>	<p>指定療養介護事業所の従業者(医師及び看護職員を除く。)は、原則として専従でなければならず、職種間の兼務は認められるものではない。サービス管理責任者についても、療養介護計画の作成及び提供した指定療養介護の客観的な評価等の重要な役割を担う者であるので、</p>
-----------------------------------	---

<p>解釈通知 第四の1(6)</p>	<p>これらの業務の客観性を担保する観点から、原則として、サービス管理責任者と直接サービスの提供を行う生活支援員等とは異なる者でなければならない。</p> <p>ただし、利用者に対するサービス提供に支障がない場合は、サービス管理責任者が指定療養介護事業所の他の職務に従事することができるものとする。この場合においては、兼務を行う他の職務に係る常勤換算上、当該サービス管理責任者の当該他の職務に係る勤務時間を算入することはできないものとする。</p>
<p>共同生活援助 ※基準省令 第208条第3項 解釈通知 第十五の1(5)</p>	<p>指定共同生活介護事業所におけるサービス管理責任者については、当該指定共同生活介護事業所に置かれる世話人又は生活支援員のいずれかの職務と兼務して差し支えない。</p> <p>ただし、当該指定共同生活介護事業所における入居定員が20人以上である場合については、できる限り専従のサービス管理責任者を確保するよう努めるものとする。</p>

第 3 指定申請関係書類

1 必要書類とファイリング

(1) 必要書類

指定を受けるために必要な書類は、大別して、①指定申請書、付表及び添付書類、②報酬・加算に関する体制届、③事業開始届の受理通知（写し）です。

①指定申請書、付表 及び添付書類	・指定申請書（別記様式第一号） ・付表 ・添付書類
②報酬・加算に関する 体制届	・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（様式第5号） ・介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（新潟県・別紙1） ・算定する加算に係る別紙（必要に応じ添付書類） ・共同生活援助に係る体制（新潟県・別紙2）（※共同生活援助のみ） ・基本報酬の算定区分に関する書類（※該当するサービスのみ）
③障害福祉サービス 事業開始届出等の受 理通知（写し）	・障害福祉サービス事業開始届の受理通知の写し ※障害福祉サービス事業等開始（変更）届出書（様式第3号）及び社会福祉施設設置届出書（様式例1）を、県の地域振興局健康福祉（環境）部（地域（総務）福祉課）へ提出し、受理通知の写し（コピー）を障害福祉課へ提出する。

※事業の開始届について

国及び都道府県以外の者が障害福祉サービス事業、一般相談支援事業又は特定相談支援事業を行う場合は、あらかじめ届け出る必要があります。届出先は県の地域振興局健康福祉（環境）部（地域（総務）福祉課）となりますのでご注意ください。

（第6 その他 参照）

(2) 書類作成上の注意点・ファイリング

多数の書類を扱うため、以下のルールを厳守願います。

ア 書類の作成単位

指定を受けようとする事業所単位で、指定申請書などの書類を作成してください。

- ・主たる事業所と従たる事業所がある場合も、申請書類は一つ。
- ・複数のサービスを同一の事業所で実施する多機能型の場合も、申請書類は一つ。

イ 書類の大きさ

申請書類はA4サイズに統一してください。A4よりも大きい書類は、A3サイズに拡大し、A4（A3の半分の大きさ）に折り込んでください。

ウ 書類のファイリング（つづる順番）

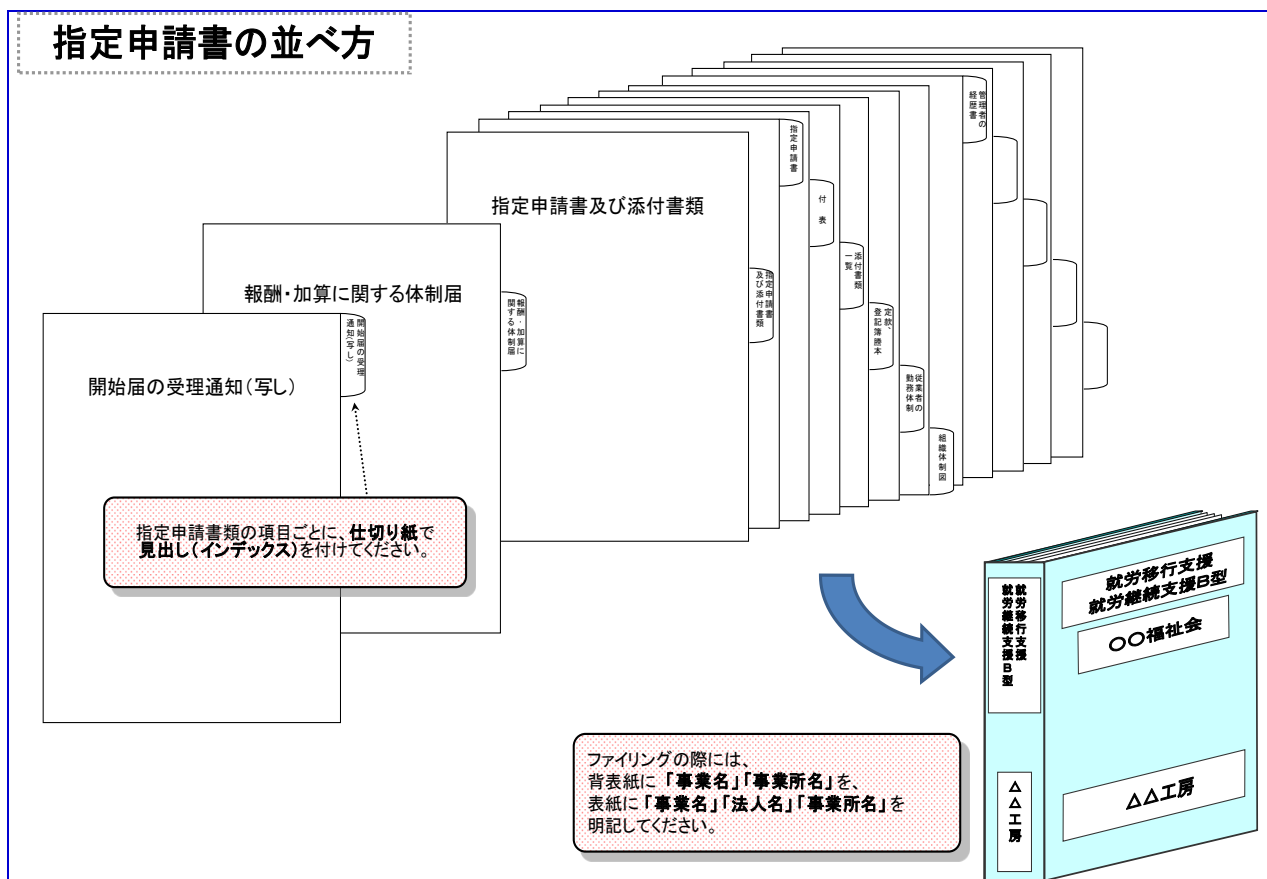
書類はA4サイズ・2穴の「フラットファイル」1冊につづってください。

- ・つづる順序は、上から③事業の開始届（写し）→②報酬・加算に関する体制届→①指定申請書及び添付書類の順とする。
- ・②は各様式の番号順に、①の添付書類は、付表の次に「添付書類一覧（チェック用）」の番号順につづってください。

- ・ ③の前、③と②の間、②と①の間には、中仕切り紙（可能であれば色紙）を1枚はさみ、名称を記入したインデックス（見出し）シールを貼付する。
- ・ さらに、①については、付表及び添付書類一覧の各書類の間に中仕切り紙（普通紙）を1枚はさみ、名称を記入したインデックス（見出し）シールを貼付する。

エ ファイルのネーミング（記名）

- ・ ファイルの表紙には、横書きで、サービスの種類、法人名、事業所名を記入する。
- ・ 背表紙には、縦書きで、サービスの種類、事業所名を記入する。



2 指定申請書・付表及び添付書類

(1) 指定申請書（別記様式第一号）

全サービス共通の指定申請様式です。下記事項に留意の上、必要事項を記載してください。

	記載事項	記載上の留意事項
欄外	年月日	・指定申請書の提出年月日を記載する。
	申請者	・申請を行う法人の所在地、名称、代表者の職・氏名を記載する。
「申請者（設置者）」欄	法人番号	・申請を行う法人の法人番号（13桁）を記載する。
	名称	・申請を行う法人の名称を記載し、フリガナを付すこと。
	主たる事務所の所在地	・申請を行う法人の主たる事務所（法人本部等）の所在地を記載する。
	連絡先	・主たる事務所の電話番号及びメールアドレスを記載する。
	法人の等の種類	・法人の種類を記載する。 ※「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
	代表者の職名・氏名・生年月日	・法人における代表者としての職名（例：理事長など）・氏名・生年月日を記載し、氏名にはフリガナを付すこと。
	代表者の住所	・法人における代表者の個人の住所を記載する。
「指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類」欄	名称	・指定を受けようとする事業所（施設）の名称を記載し、フリガナを付すこと。 ※運営規程で定める事業所名称と一致させること。
	事業所（施設）の所在地	・事業所（施設）等の所在地を記載する。 ・「主たる事務所の所在地」欄で記載した所在地と同一であっても、必ず記載する。
	同一所在地において行う事業等の種類	・新たに指定を受けようとする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」印を記載する。 ・「事業の開始予定年月日」欄には、新たに指定を受けようとする事業の実施予定年月日を記載する。
	【既に指定等を受けている場合】事業所番号	・新潟県において既に事業所等としての指定を受け、事業所番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載する。

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所

記入例

指定申請を行う事業に応じて、
該当しないものに線を引くこと

新潟県 知事 殿

プルダウンで「指定」を選択すること

指定 申請書

令和8 年 4 月 1 日

所在地 新潟県新潟市中央区〇〇町△-△
 名称 社会福祉法人〇〇福祉会
 代表者 理事長 新潟 太郎

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
申請者 (設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイ					
	名称	社会福祉法人〇〇福祉会					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区〇〇町△-△					
	連絡先	電話番号	025-280-〇〇〇〇		(内線)〇〇〇〇		
		E-mailアドレス	〇〇〇@△△△.ne.jp				
法人等の種類	社会福祉法人(社協以外)						
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ 氏名	ニイガタ タロウ 新潟 太郎	生年月日	19〇〇年〇月〇日	
代表者の住所	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区〇〇町□-□						
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	フリガナ	〇〇〇コウボウ					
	名称	〇〇〇工房					
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区□□町〇-〇					
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は〇		〇				
	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービスの指定を申請するものに〇	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に〇	既に指定を受けている事業に〇	事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(付表)
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護					付表1
		重度訪問介護					付表1
		同行援護					付表1
		行動援護					付表1
		療養介護					付表2
生活介護				〇		付表3	
短期入所						付表4	
重度障害者等包括支援						付表5	
自立訓練(機能訓練)						付表6	
自立訓練(生活訓練)						付表6	
就労選択支援						付表7	
就労移行支援				〇		令和8年7月1日	付表8
就労継続支援A型						付表9	
就労継続支援B型				〇		令和8年7月1日	付表10
就労定着支援						付表10	
自立生活援助					付表11		
共同生活援助					付表12		
指定障害者支援施設(施設入所支援)						付表13	
指定一般相談支援事業所	地域移行支援					付表14	
	地域定着支援					付表14	
指定特定相談支援事業所						付表15	
指定障害児通所支援事業所	児童発達支援					付表16	
	放課後等デイサービス					付表16	
	居宅訪問型児童発達支援					付表17	
	保育所等訪問支援					付表18	
指定障害児入所施設						付表19/20	
指定障害児相談支援事業所						付表15	
【既に指定を受けている場合】事業所番号		1		5 0 0 0 0 0 0 0 0 0			

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「〇」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあつては、現に指定を受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所

記入例

指定申請を行う事業に応じて、
 該当しないものに線を引きこと

新潟県 知事 殿

指定 申請書

令和8 年 4 月 1 日

プルダウンで「指定」を選択すること

所在地 新潟県新潟市中央区〇〇町△-△
 申請者 名称 社会福祉法人〇〇福祉会
 代表者 理事長 新潟 太郎

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇			
申請者(設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイ					
	名称	社会福祉法人〇〇福祉会					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇)	新潟県新潟市中央区〇〇町△-△				
	連絡先	電話番号	025-280-〇〇〇〇		(内線)〇〇〇〇		
		E-mailアドレス	〇〇〇@△△△.ne.jp				
	法人等の種類	社会福祉法人(社協以外)					
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ 氏名	ニイガタ タロウ 新潟 太郎	生年月日	19〇〇年〇月〇日
	代表者の住所	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇)	新潟県新潟市中央区〇〇町□-□				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	フリガナ	ソウダンシエンジギョウシヨ〇〇〇					
	名称	相談支援事業所〇〇〇 ← 運営規程で定める事業所の名称と一致させること					
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇)	新潟県新潟市中央区□□町〇-〇				
多機能型事業所に係る指定の申請の場合は〇							
同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービスの指定を申請するものに〇	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に〇	既に指定を受けている事業に〇	事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(付表)	
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護				付表1	
		重度訪問介護				付表1	
		同行援護				付表1	
		行動援護				付表1	
		療養介護				付表2	
		生活介護				付表3	
		短期入所				付表4	
		重度障害者等包括支援				付表5	
		自立訓練(機能訓練)				付表6	
		自立訓練(生活訓練)				付表6	
		就労選択支援				付表7	
		就労移行支援				付表8	
		就労継続支援A型				付表9	
		就労継続支援B型				付表10	
		就労定着支援				付表10	
	自立生活援助				付表11		
	共同生活援助				付表12		
	指定障害者支援施設(施設入所支援)				付表13		
	指定一般相談支援事業所	地域移行支援	〇		令和8年6月1日	付表14	
		地域定着支援	〇		令和8年6月1日	付表14	
	指定特定相談支援事業所					付表15	
	指定障害児通所支援事業所	児童発達支援				付表16	
		放課後等デイサービス				付表16	
		居宅訪問型児童発達支援				付表17	
		保育所等訪問支援				付表18	
	指定障害児入所施設					付表19/20	
	指定障害児相談支援事業所					付表15	
【既に指定を受けている場合】事業所番号							

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「〇」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあつては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

(2) 付表

事業ごとに様式が定められていますので、該当事業の様式により、下記の点に留意の上、必要事項を記載してください。

記載事項		記載上の留意事項
サービス種別		・指定を受けようとするサービス種別に「○」印を記載する。
「事業所」欄	名称	・指定を受けようとする事業所の名称を記載し、フリガナを付すこと。(注) 事業者名ではなく、事業所名を記載する。 ・指定申請書に記載した事業所と同一名であっても、省略することなく必ず記載する。
	所在地	・事業所の所在地を記載する。
	連絡先電話番号・E-Mail	・事業所の連絡先電話番号、メールアドレスを記載する。
「事業所以外の事務所」欄	名称	・事業所以外の事務所の名称を記載し、フリガナを付すこと。 ・指定申請書に記載した事務所名と同一名であっても、省略することなく必ず記載する。
	所在地	・事務所の所在地を記載する。
	電話番号・E-Mail	・事務所の連絡先、メールアドレスを記載する。
「管理者」欄	氏名・生年月日	・管理者の氏名（フリガナを付すこと。）及び生年月日を記載する。
	住所	・管理者の個人の住所を記載する。
	当該事業所で兼務する他の職種	・管理者が、管理者業務と併せて、当該申請に係る事業所内で、他の職務を兼務する場合に、兼務する職名を記入する。
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無(指定一般相談支援)	・当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無について、いずれかに「○」印を記載する。
	他の事業所又は施設の従業者との兼務	・管理者が、管理者業務と併せて他の事業所又は施設において他の業務を兼務する場合に、その事業所又は施設の名称と、当該兼務する職種と勤務時間、勤務形態について記載する。(例：○○園、管理者、午前9時から午後5時まで、常勤など)。

「サービス管理責任者」欄	氏名・生年月日	・サービス提供（管理）責任者の氏名、生年月日を記載する。
	住所	・サービス提供（管理）責任者の個人の住所を記載する。
「指定地域相談支援の提供に当たる者」欄（指定一般相談支援）	氏名・生年月日	・指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日を記載する。
	住所	・指定地域相談支援の提供に当たる者の個人の住所を記載する。
事業所の種別及び定員（短期入所）	<ul style="list-style-type: none"> ・いずれかの種別に「○」印を記入し、空床型以外の場合は定員数を記載する。 ・空床型の場合は、「本体施設の種別・名称・定員・前年度平均入所者数」欄に所定の事項を記載する。 	
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等	<ul style="list-style-type: none"> ・申請を行う法人の定款・寄附行為等又は条例等の条文のうち、申請に係る事業の実施について定めている条文の条項を記載する。（例：第1条第3項など）。 	
「○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項」欄	訪問事業の実施（自立訓練）	・訪問事業の実施の有無について、いずれかに「○」印を記載する。
	サービスの提供形態（共同生活援助）	・該当する形態に「○」印を記載する。
	生活支援員の業務の外部委託の予定（共同生活援助）	<ul style="list-style-type: none"> ・委託予定の有無について、いずれかに「○」印を記載する。 ・委託予定がある場合は、月間時間数を記載する。

利用定員	・利用定員（人数）を記載する。
利用者の推定数	・利用者の推定数（人数）を記載する。（定員×0.9、小数第1位まで） ・生活介護の場合、サービス単位及び障害支援区分の平均値に応じた人数を記載する。
指定生活介護事業所等との連携体制（共同生活援助）	・連携する施設の種別、施設の名称、支援体制の概要を記載する。
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数（就労定着支援）	・一体的に運営する事業所における前年度の平均利用者数を記載する。
常時の連絡体制の確保の具体的方法（指定一般相談支援（地域定着支援））	・連絡体制の確保に係る具体的な方法について記載する。
営業日	・該当する日に「○」印を記載する。その他営業する期間（年未年始等）がある場合は、「その他（年未年始等）」欄に記載する。
営業時間	・サービス提供時間を24時間表記で記載する。
サービス内容	・提供するサービス内容に「○」印をつける。
利用料	・「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29条第3項に規定する厚生労働大臣が定める費用の額」と記載する。ただし、上記の額を下回る額を独自に定める場合には、その額を記載する。
その他の費用	・利用料以外に利用者から徴収する場合、その項目及び金額を記載する。（一覧表を添付することでも可）。 ※運営規程に定めていない内容、金額を利用者から徴収することはできないので、注意すること。
通常の事業の実施地域	・通常の事業の実施範囲として想定している地域を、市町村名で記載する。 ・原則市町村単位とするが、市町村内の一部地域のみを対象とする場合には、「〇〇市〇〇町の区域」など客観的に区域が分かるように記載する。
設備（療養介護）	・多目的室（デイルーム）の有無について、いずれかに「○」印をつける。

	協力（歯科）医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関の名称及び主たる診療科名を記載する。 ・協力歯科医療機関の場合については、名称のみ記載する。
	提携就労支援機関（就労選択支援・就労移行支援）	<ul style="list-style-type: none"> ・提携先の就労支援機関の名称を記載する。
	居室（障害者支援施設）	<ul style="list-style-type: none"> ・1室の最大定員及び入所者1人あたりの床最小面積（m²）を記載する。
	廊下（障害者支援施設）	<ul style="list-style-type: none"> ・廊下の幅（m²）及び中廊下の幅（m²）を記載する。
	既存施設からの移行の場合（障害者支援施設）	<ul style="list-style-type: none"> ・該当する場合、既存施設名、施設種別、経過措置適用の有無、特定旧法受給者数の人数を記載する。
「共同生活住居の情報」及び「サテライト型住居」欄（共同生活援助）	住居区分	<ul style="list-style-type: none"> ・該当する区分に「○」印を記載する。
	建物所有者名	<ul style="list-style-type: none"> ・建物所有者の氏名を記載する。
	賃貸借契約の内容	<ul style="list-style-type: none"> ・家賃の月額及び契約期間を記載する。
	住居の利用定員・居室数	<ul style="list-style-type: none"> ・当該住居の利用定員及び居室数を記載する。 ・個室がある場合には、その部屋数を記載する。
	入居者1人当たりの居室の最小床面積（m ² ）	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者1人当たりの居室の最小床面積を記載する。
	一体的に運営するサテライト型住居数（箇所）	<ul style="list-style-type: none"> ・一体的に運営するサテライト型住居がある場合は、箇所数を記載する。
	本体住居の名称	<ul style="list-style-type: none"> ・サテライト型住居の場合、本体とする住居の名称を記載する。
	本体住居との距離（km）	<ul style="list-style-type: none"> ・サテライト型住居の場合、本体とする住居との距離を記載する。
	主たる対象者	<ul style="list-style-type: none"> ・対象とする者に「○」印を記載する。

「昼間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項」欄 (障害者支援施設)	昼間実施サービスの種類	・事業ごとに実施の有無を記載する。「有」の場合、利用者の推定数を記載する。 ・昼間多機能の実施の有無について、いずれかに「○」印を記載する。 ・昼間の総定員数を記載する。 ※生活介護を行う場合には、サービス単位及び障害支援区分の平均値に応じた人数を記載する。
	昼間実施サービスの定員	・各対象者について、定員数及び合計数を記載する。 ・定員緩和措置の有無について、いずれかに「○」印を記載する。
	施設入所支援の定員数	・施設入所支援に係る定員数を記載する。 ・他の社会福祉施設との併設の有無について、いずれかに「○」印を記載する。「有」の場合、併設施設の定員及び種別を記載する。
	施設入所支援の利用者の推定数	・サービス単位ごとに施設入所支援に係る利用者の推定数を記載する。
	短期入所の実施	・「併設型」「空床型」「無」のいずれかに「○」印を記載する。「併設型」又は「空床型」の実施がある場合、利用者の推定数を記載する。

※ 記入欄が不足する場合には、「記入欄不足時の資料」に記載の上、添付すること。

※ 一体的に実施する従たる事業所がある場合には、当該事業所の指定等に係る事項についても記載すること。

【 参 考 】

サービス種類	提出様式
居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護	付表 1
療養介護	付表 2
生活介護	付表 3
短期入所	付表 4
重度障害者等包括支援	付表 5
共同生活援助	付表 13
自立生活援助	付表 11
施設入所支援	付表 13
自立訓練（機能訓練）	付表 6
自立訓練（生活訓練）	付表 6
就労選択支援	付表 7
就労移行支援	付表 8
就労継続支援	付表 9
就労定着支援	付表 10
一般相談支援	付表 14

サービス種別(申請するものに○)		就労継続支援A型		就労継続支援B型 ○	
事業所	フリガナ	ワークセンターニイガタ			
	名称	ワークセンターにいがた			
	所在地	(郵便番号 950 - 0000) 新潟県新潟市中央区新光町〇〇-〇〇			
	電話番号	025-285-0000			
	E-Mail	〇〇〇@△△△.com			
管理者	フリガナ	ニイガタ タロウ	生年月日	1900 年 0 月 0 日	
	氏名	新潟 太郎			
	住所	(郵便番号 950 - 0) 新潟 県 新潟 市 西区△△1-1-1			
		当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)		生活支援員	
	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			
サービス責任者管理	フリガナ	エチゴ イチコ	生年月日	1900 年 0 月 0 日	
	氏名	越後 一子			
	住所	(郵便番号 950 - 0000) 新潟県新潟市江南区〇〇1-1-1			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
利用定員(人)	20				
利用者の推定数(人)	18.0	← 新設の場合は利用者の推定数とし、利用定員の90%とすること(小数第1位まで記入)			
利用料	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29条第3項に規定する厚生労働大臣が定める費用の額				
その他の費用	食費の提供に要する費用：450円(うち食材料費300円)、その他日常生活費：実費				
通常の事業の実施地域	〇〇市全域				
協力医療機関	名称	にいがた医院	診療科名	内科・外科	
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項					
事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号)			
	電話番号				
	E-Mail				
サービス責任者管理	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	(郵便番号 -)			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					
利用定員(人)	第 条 第 項 第 号				
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関	名称		診療科名		

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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も記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

(3) 添付書類

番号	提出書類	留意事項
1	申請者の登記事項証明書又は条例等 ※写しによる提出も可。	※就労継続支援A型を実施する場合にあっては、定款、寄附行為等も添付すること。 ・申請に係る事業を実施する旨の記載があるもの。 ・登記事項証明書は3ヶ月以内に発行されたもの。 ・地方公共団体が申請する場合にあっては、条例の写し。 ・定款等の写しについては、必ず申請者である法人の代表者名で原本証明を行うこと。
2	従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式1)	従業者の勤務体制・形態を確認し、人員基準について確認するための書類です。 ・勤務するすべての者について記入する。 ※必要に応じて、勤務表の写し(最新のもの)や、資格等が必要な職種に係る資格証等を添付する。 ※障害者支援施設の場合は、施設ごとの勤務表等を必ず添付すること。
3	組織体系図 (参考様式2)	従業者の所属や専従・兼務の状況及び指揮命令系統などについて確認するための書類です。 ・兼務職員については、兼務する職名(他事業所の場合は事業所名及び職名)を必ず併記する。
4	管理者の経歴書 (参考様式3)	・当該事業に関する資格を有する場合は、資格を証明する書類の写しを添付する。 ・実務経験が必要な場合には、実務経験証明書を添付する。
5	サービス提供責任者(サービス管理責任者・相談支援専門員)経歴書 (参考様式3)	・サービス提供責任者、サービス管理責任者、相談支援専門員について提出すること。 ・当該事業に関する資格を有する場合は、資格の種類欄に記載し、資格を証明する書類の写しを添付する。 ・サービス管理責任者の場合、サービス管理責任者研修、相談支援従事者初任者研修(講義部分)の受講状況を備考欄に記載し、修了証書の写しを添付する。
6	実務経験(見込)証明書 (参考様式4) ※写しによる提出も可。	実務経験が必要な管理者、サービス提供責任者、サービス管理責任者、同行援護従業者、行動援護従事者、相談支援専門員等について、その要件を満たしているか、確認するための書類です。 ・事業開始予定日までに実務経験期間を満たす予定の場合は、「実務経験見込証明書」として提出する。
7	就労選択支援員養成研修、基礎的研修の修了証書の写し ※就労選択支援、就労移行支援又は就労定着支援のみ	就労選択支援員、就労支援員、就労定着支援員について、その要件を満たしているか、確認するための書類です。 ※令和10年3月31日までは下記により取扱う。 ・就労選択支援員：基礎的研修又は基礎的研修と同等以上の研修の修了証書の写しの提出でも可。 ・就労支援員及び就労定着支援員：基礎的研修を未受講の場合は提出不要。

8	事業所・施設の位置図(併設事業所・併設施設を利用する場合は、その地図)	事業を実施する事務所の位置について確認するためのものです。 ・1万分の1程度の地図及び住宅地図に事務所の位置を明示する。
9	平面図及び概要写真(併設事務所・併設施設を利用する場合は、その平面図・写真) (参考様式5)	事業者指定の設備基準(面積等)について確認するための書式です。 ・事業に使用する専用の区画(事務室など)及び設備基準上の区画(食堂、相談室、浴室等)について、その概要が分かる写真を添付し、その撮影方向を「○→」で表示する。 ・訓練・作業室については面積を明示すること。(多機能型事業所の場合、サービスごとに明示)
10	設備・備品等一覧表 (参考様式6)	申請するサービス種類について、指定基準上の設備基準に適合しているかどうかを確認するための書類です。 ・サービス提供上配慮すべき設備(傾斜路の設置、浴室・便所の手すり等)や非常災害設備等(消火器・スプリンクラーの設置、非常用出入口等)、備品の設置状況について記載する。
11	建築物関連法令等に関する届出書(参考様式7) ※訪問系サービス、就労定着支援、自立生活援助、一般相談支援は除く。	使用する建物が関係法令上適合している状態であるか確認するための書類です。 ・必要に応じて、建築基準法に関する確認(検査)済証の写しを提出すること。 ・消防の検査済証、防火対象物使用開始届又は点検結果報告書の写し(消防法上必要とされる設備が確認できる部分のみで可)を提出すること。
12	併設する施設の概要	※施設入所支援の申請において、併設する施設がある場合に提出する。(パンフレット・事業概要等、既存の資料で可。)
13	運営規程 ※県ホームページに参考例を掲示(電子データの入手可能)。	事業の運営についての重要事項に関する規程です。 ・事業所ごとに、指定基準で定められている事項について定める必要がある。 ・介護給付費等以外の費用で、利用者から徴収しようとする場合には、具体的な内容と金額が確認できるよう規定する。運営規程に定めていないものについては徴収できないので、留意すること。
14	主たる対象者特定理由書 (参考様式8)	・当該事業所等において、サービスを提供する障害種別を特定する場合に添付する。(特定しない場合は添付不要)
15	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 (参考様式9)	次の事項について、具体的かつわかりやすく記載すること。 ・利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口(連絡先)、担当者の設置 ・円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制手順 ・その他参考事項(県社協の福祉サービス運営適正化委員会の連絡先など)

16	誓約書（参考様式10）	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を誓約する書類です。
17	協力医療機関との契約の内容（参考様式11）	・契約の内容は、「別紙契約書の写しのとおり」と記載する。
18	施設等との連携体制及び支援の体制の概要（参考様式12）	共同生活援助を申請する場合添付する。
19	協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要（参考様式13）	日中サービス支援型共同生活援助を申請する場合に添付する。 ・地方公共団体が設置する協議会等に対し、運営方針や活動内容を報告し、当該協議会等から評価を受けた内容を記載する。
20	事業所の不動産登記簿謄本又は賃貸借契約書の写し等	事業に使用する施設等の使用権の有無について確認するための書類です。 ・自己所有の場合は不動産登記簿謄本（土地・建物）、賃借等の場合は賃貸借契約書の写し（土地・建物）、地方自治体の目的外使用許可証の写しなどを添付する。 ・登記上の地番と住居表示が異なる場合は、同一場所であることを証明する書類を添付する。
21	利用予定者名簿	利用定員と利用見込等を確認するための書類です。 ・利用定員と利用見込に乖離がある場合は、利用定員の設定を見直す必要があります。 ・利用見込において、原則の日数（各月の日数－8日）を超えるような見込は認められませんので、注意してください。 ・多機能型事業所の場合、サービスごとに分けて作成してください。
22	報酬・加算に関する体制届	以下の書類を添付する。 ・介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（様式第5号） ・介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（新潟県・別紙1） ・算定する加算に係る別紙（必要に応じ添付書類） ・共同生活援助に係る体制（新潟県・別紙2） ※共同生活援助のみ ・基本報酬の算定区分に関する書類 ※該当するサービスのみ
23	障害福祉サービス事業開始届出等の受理通知（写し）	県の地域振興局健康福祉（環境）部（地域（総務）福祉課）から通知された開始届出書の受理通知の写しを添付する。

（注）1 参考様式については、事業者・施設において任意の様式を用いて差し支えないが、参考様式の中で示した項目（記載事項）は、必ず記載すること。

添付書類一覧(チェック用)[障害者総合支援法に基づくサービス]

	添付書類	居宅介護 重度訪問介護 同行援護 行動援護	療養介護	生活介護 自立訓練	就労選択支援	就労移行支援	就労継続支援	就労定着支援	短期入所	重度包括	自立生活援助	共同生活援助	障害者 支援施設	地域移行支援 地域定着支援	備考	担当者所属	担当者氏名	電話番号
1	申請者の登記事項証明書又は条例等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就労継続支援A型を実施する場合にあっては、定款、寄付行為等も添付要			
2	従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	障害者支援施設の場合は、施設ごとの勤務表等も添付すること			
3	組織体系図(参考様式2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4	管理者の経歴書(参考様式3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	管理者とサービス提供(管理)責任者・相談支援専門員を兼務する場合は、「管理者兼サービス提供(管理)責任者(相談支援専門員)」として1通で作成			
5	サービス提供(管理)責任者・相談支援専門員の経歴書(参考様式3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	実務経験(見込)証明書(参考様式4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	就労選択支援員養成研修、基礎的研修の修了証書の写し	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-				
8	事業所・施設の位置図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9	平面図及び概要写真(参考様式5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10	設備・備品等一覧表(参考様式6)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11	建築物関連法令等に関する届出書(参考様式7)	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-				
12	併設する施設の概要	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-				
13	運営規程	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
14	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(参考様式8)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>				
15	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(参考様式9)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16	誓約書(参考様式10) ※役員等名簿は添付不要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17	協力医療機関との契約の内容(参考様式11)	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-				
18	施設等との連携体制及び支援の体制の概要(参考様式12)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-				
19	協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要(参考様式13)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-	日中サービス支援型共同生活援助のみ			
20	事業所・施設の不動産登記簿謄本又は賃貸借契約の写し	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
21	利用予定者名簿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	多機能型事業所の場合、各サービスごとに分けて作成			
22	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書(様式第5号)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
23	介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表(新潟県・別紙1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24	算定する加算に係る別紙	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	必要に応じ添付書類を提出すること			
25	共同生活援助に係る体制(新潟県・別紙2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	-	-				
26	基本報酬の算定区分に関する書類	-	-	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	-	-	-	-	-				
27	障害福祉サービス事業開始届出書及び社会福祉施設設置届出書の受理通知	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

※ 添付した書類については、口内にチェックマークを記入し提出してください。

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	

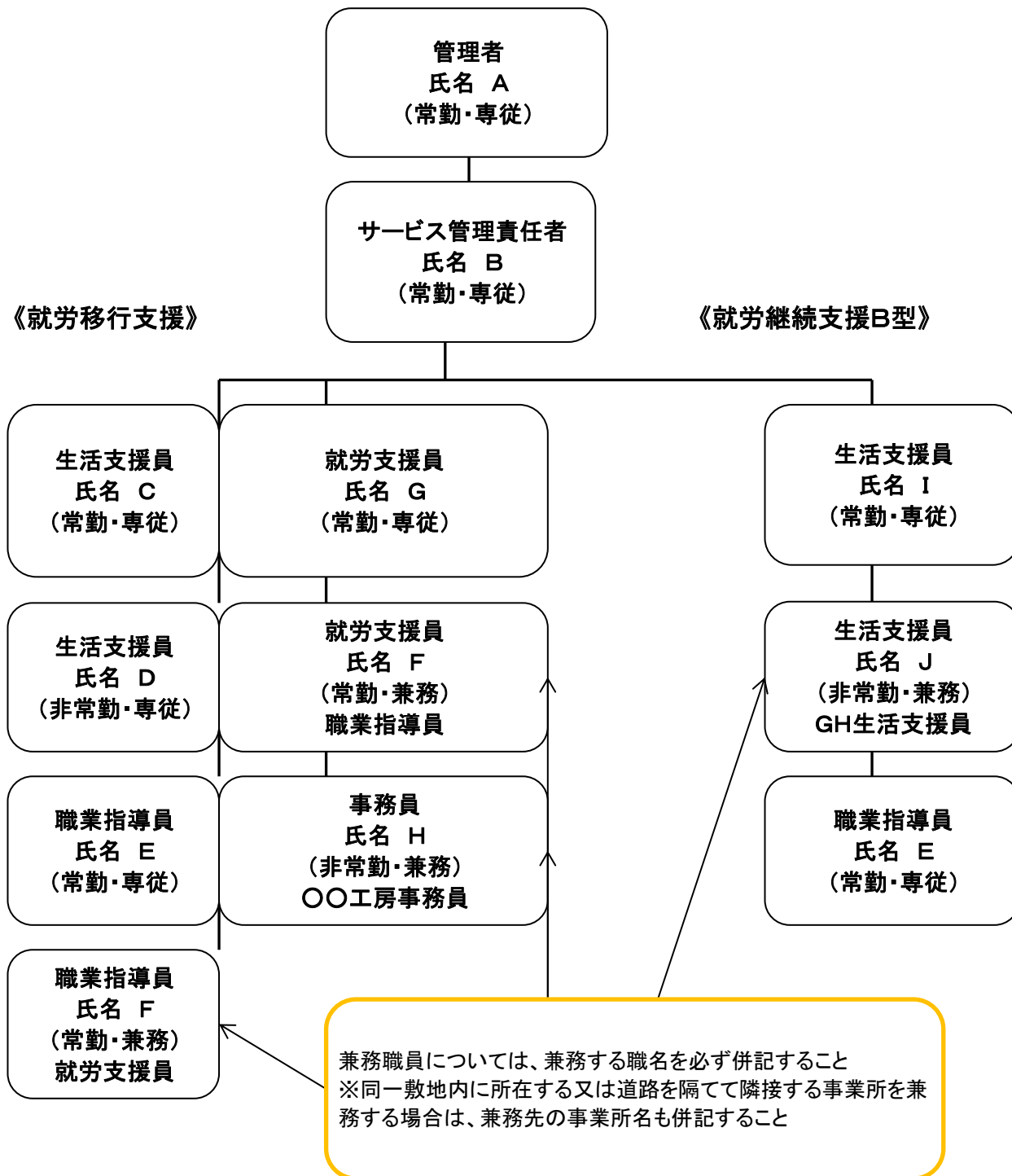
(参考様式2)

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		管理者とサービス管理責任者等を兼務している場合は、1枚にまとめること。(標題は「管理者兼サービス管理責任者経歴書」等とする。)	
フリガナ	ケンチョウ ジロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
氏名	県庁 次郎				
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)					
<ul style="list-style-type: none"> 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

- (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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	
非常災害設備等	<ul style="list-style-type: none"> ・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	
<div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px; display: inline-block;"> 部屋ごとに、設置備品を具体的に記載すること。 </div>		

- 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 date, parties, 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 date and department.

(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"> ・窓口担当：サービス管理責任者 ○○ ○○ ・利用時間：9:00～16:00 (土・日曜・祝祭日、年末年始を除く) ・電話番号：025-○○○○-△△△△ ・苦情解決責任者：管理者 ○○ ○○ ・第三者医院：○○ ○○ (TEL：025-○○○○-△△△△) △△ △△ (TEL：025-△△△△-□□□□)
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 ・面接、電話、書面等により随時受付</p> <p>(2) 苦情受付の報告 ・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 ・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</p> <p>(3) 苦情解決のための話し合い ・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</p> <p>(4) 都道府県「運営適正化委員会」の紹介 ・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</p> <p>(5) 再発防止のための改善 ・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</p> <p>(6) 解決結果の公表 ・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。</p> <p>※具体的な対応方針</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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> </div>
3	<p>その他参考事項</p> <p>〈□□市役所窓口〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称：□□市役所 福祉健康課 ・所在地：□□市* * ・電話番号：025-…… <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <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> </div> <p>〈県運営適正化委員会窓口〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・名称：新潟県福祉サービス運営適正化委員会 ・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 ・電話番号：025-281-5609 FAX番号：025-281-5610

(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。
- 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っ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。))であっ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、当該通知があった日前六十日以内に当該者の管理者であっ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。
- 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った場合において、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。))の管理者であった者で、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。

協力医療機関に関する協定書

(指定障害者支援施設等参考例)

〇〇（指定障害者支援施設等の設置者名）（以下「甲」という。）と〇〇（医療機関の設置者名）（以下「乙」という。）は、甲が設置経営する□□（指定障害者支援施設等名）と乙が設置経営する□□（医療機関名）について、次のとおり協力医療機関に関する協定を締結する。

（協力医療機関）

第1条 乙が設置経営する□□（以下「病院（診療所）」という。）を甲が設置経営する□□（以下「施設」という。）の協力医療機関と定め、施設の入所者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、甲は乙に連絡をとり、これに対して乙は同入所者の病院（診療所）への入院を含め迅速に適切な対応をとるものとする。

2 前項により病院（診療所）に入院した施設の入所者について、乙が入院治療の必要がなくなったと判断した場合には、甲乙協議の上、甲は責任を持って速やかに退院に係る手続きを執るものとする。

（協定期間）

第2条 この協定の期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。

2 前項の期間が満了する1か月前までに、甲又は乙が別段の意思表示をしなかったときは、この協定は1年間延長されるものとし、以後も同様とする。

（疑義等の決定）

第3条 この協定について疑義が生じたとき又はこの協定に定めのない事項については、甲乙協議の上、決定する。

この協定を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自1通を保有する。

令和 年 月 日

住所

甲 〇〇

代表者 理事長 ○ ○ ○ ○ 印

住所

乙 〇〇

代表者 ○ ○ ○ ○ ○ 印

注1 この協定書はあくまで参考例であり、形式並びに各条項の記載の内容及び方法等については、各施設及び医療機関の実情等に応じて作成してください。ただし、緊急時等に医療機関が入院を含めた適切な対応を行うことを確認したものでなければなりません。

注2 他の指定障害者支援施設等又は指定障害福祉サービス事業所を設置経営している法人が、同一の医療機関と協定等を締結する場合は、合わせて協定書等を作成することも差し支えありません。

協力医療機関に関する協定書 (指定障害福祉サービス事業所参考例)

〇〇（指定障害福祉サービス事業所の設置者名）（以下「甲」という。）と〇〇（医療機関の設置者名）（以下「乙」という。）は、甲が設置経営する□□（指定障害福祉サービス事業所名）と乙が設置経営する□□（医療機関名）について、次のとおり協力医療機関に関する協定を締結する。

（協力医療機関）

第1条 乙が設置経営する□□（以下「病院（診療所）」という。）を甲が設置経営する□□（以下「事業所」という。）の協力医療機関と定め、事業所の利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、甲が乙に連絡をとり、これに対して乙は迅速に適切な対応をとるものとする。

（協定期間）

第2条 この協定の期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとする。
2 前項の期間が満了する1か月前までに、甲又は乙が別段の意思表示をしなかったときは、この協定は1年間延長されるものとし、以後も同様とする。

（疑義等の決定）

第3条 この協定について疑義が生じたとき又はこの協定に定めのない事項については、甲乙協議の上、決定する。

この協定を証するため、本書2通を作成し、甲乙記名押印の上、各自1通を保有する。

令和 年 月 日

住所
甲 〇〇
代表者 理事長 〇 〇 〇 〇 印

住所
乙 〇〇
代表者 〇〇 〇 〇 〇 〇 印

注1 この協定書はあくまで参考例であり、形式並びに各条項の記載の内容及び方法等については、各事業所及び医療機関の実情等に応じて作成してください。ただし、緊急時等に医療機関が適切な対応を行うことを確認したものでなければなりません。

注2 他の指定障害福祉サービス事業所又は指定障害者支援施設等を設置経営している法人が、同一の医療機関と協定等を締結する場合は、合わせて協定書等を作成することも差し支えありません。

利用予定者名簿

多機能型事業所の場合は、サービスごとに作成すること。

事業所名 ○○工房
提供サービス 就労移行支援

番号	利用(予定)者氏名	利用見込※1						併用予定事業所名 ※2	併用予定日数 ※2	障害支援区分 (生活介護のみ)	備考
		月	火	水	木	金	土				
1	A	○	○	○	○	○					
2	B	○	○	○	○	○					
3	C	○	○	○	○	○					
4	D	○	○	○	○	○					
5	E	○	○	○	○	○					
6	F	○	○	○	○	○					
7	G	○	○	○	○	○					
8	H	○	○	○	○	○					
9	I	○	○	○	○	○					
10	J	○	○	○	○	○					
11	K	○	○	○	○	○					
12	L	○	○	○	○	○					
13	M	○	○	○	○	○					
14	N	○	○	○	○	○					
15	O	○	○	○	○	○					
16	P	○	○	○	○	○					
17	Q	○	○	○	○	○					
18	R	○	○	○	○	○					
19	S	○	○	○	○	○					
20	T	○		○		○					
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
合計		20	19	20	19	20	0				

生活介護の場合に記入すること。
(平均障害支援区分に応じた人員配置が必要)

利用定員に合致した人数となっているか確認(利用定員と利用見込に乖離がある場合は、利用定員の設定を見直す必要があること。)

注 利用定員と利用見込に乖離がある場合は、利用定員の設定を見直す必要があります。
 ※1 「利用見込」欄は、利用者が当該事業所を利用する日に○をつけてください。なお、原則の日数(各月の日数-8日)を越えるような見込は認められませんので、注意してください。
 ※2 「併用予定事業所」欄には、当該利用者が他の事業所を併用する場合に、その併用先の事業所名を、「併用予定日数」欄には、一週間のうち他の事業所を利用する日数を記載してください。(「利用見込」欄と齟齬が生じないようにしてください。)
 ※3 記入欄については、適宜追加又は削除してください。

第4 報酬・加算に関する体制届

1 報酬に関する告示・留意事項通知

サービス提供時の報酬の算定については、次の報酬告示及び留意事項通知等に掲げるところによります。

	報酬告示	留意事項通知
指定障害福祉サービス 指定障害者支援施設	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基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について（平成18年10月31日障発第1031001号）
指定一般相談支援	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基づく指定地域相談支援に要する費用の額の算定に関する基準 （平成24年3月14日厚生労働省告示第124号）	

2 届出の主旨

サービスの種類及び人員配置やサービス提供の様態等の体制内容により、算定される報酬額が異なるため、当該体制状況や各種加算等の算定要件等を確認するため、①介護給付費等の算定に当たって事前に届出が必要と報酬告示で定められている事項、②支払審査機関や市町村における審査・請求の上で必要な事項、について届出を求めています。

「新たに指定を受ける場合」又は「指定を受けた後、体制等に変更が生じ、新たに加算等を算定する（又は算定しないこととなった）場合」は、届出が必要です。

※ 事業所の体制等に変更（人員の変更を含む）があっても算定する単位数に変更がない（加算等の算定結果に影響が出ない）場合、届出は不要です。

ただし、引き続き加算等の算定要件を満たしているか、事業所において必ず確認してください。

3 提出書類

- ① 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（様式第5号）
- ② 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（新潟県・別紙1）
- ③ 算定する加算に係る別紙及び添付書類 ※ 新たに加算を算定する場合
- ④ 必要に応じ、共同生活援助に係る体制(新潟県・別紙2)(※共同生活援助のみ)、基本報酬の算定区分に関する書類（新潟県・別紙3-1～別紙7）(※該当サービスのみ)
(具体的な届出方法等については、「第5 4 変更届」を参照してください。)

(様式第5号)

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

令和 ○ 年 4 月 1 日

新潟県知事 様

記入例
(指定申請・更新時)

届出者 { 所在地 新潟県新潟市中央区○○町△-△
 法人名 社会福祉法人○○福祉会
 代表者の職・氏名 理事長 新潟 太郎

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

押印は不要です。

事業所番号	1 5 X X X X X X X X									
事業所・施設の名称	(フリガナ) ○○○コホウ ○○○工房									
事業所・施設の所在地	郵便番号 (950 - ○○○○) 新潟県新潟市中央区○○町△-△									
連絡先	電話番号	025-280-○○○○				FAX番号	025-280-○○○○			

事業所番号ごとに作成してください。

届け出る事業所の事業の種類及び同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	異動等の区分			異動年月日		
介護給付	居宅介護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	重度訪問介護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	同行援護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	行動援護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	療養介護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	生活介護	○	<input checked="" type="checkbox"/> 1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	短期入所		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	重度障害者等包括支援		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	施設入所支援		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	訓練等給付	自立訓練（機能訓練）		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年
宿泊型自立訓練			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
自立訓練（生活訓練）			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労選択支援			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労移行支援			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労継続支援（A型）			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労継続支援（B型）		○	<input checked="" type="checkbox"/> 1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労定着支援			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
自立生活援助			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
共同生活援助			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
相談支援	地域移行支援		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	地域相談支援		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
特記事項	変更前		変更後					

- 注1 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 注2 「異動等の区分」欄は、今回申請（又は届出）を行う事業所・施設について、該当する数字に「○」を付けてください。
 新規：今回新たに指定を受けようとする場合に○を付ける。
 変更：既に届出ている事項に変更があった場合、更新の場合に○を付ける。
 終了：事業を廃止する場合に○を付ける。
- 注3 「特記事項」欄は、変更する加算名を記載してください。
- 注4 「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（新潟県・別紙1）」を本書に添付してください。
 また、申請又は届出を行う事業ごと（複数のサービス提供単位を設定する場合はサービス提供単位ごと）に関連する書類（新潟県・別紙）を添付してください。

(様式第5号)

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

令和 ○ 年 4 月 1 日

新潟県知事 様

**記入例
(変更時)**

届出者 { 所在地 新潟県新潟市中央区○○町△-△
 法人名 社会福祉法人○○福祉会
 代表者の職・氏名 理事長 新潟 太郎

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

押印は不要です。

事業所番号	1 5 X X X X X X X X									
事業所・施設の名称	(フリガナ) ○○○コホウ ○○○工房									
事業所・施設の所在地	郵便番号 (950 - ○○○○) 新潟県新潟市中央区○○町△-△									
連絡先	電話番号	025-280-○○○○				FAX番号	025-280-○○○○			

届け出る事業所の事業の種類及び同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	異動等の区分			異動年月日		
介護給付	居宅介護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	重度訪問介護		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	同行援護		1 新規	2 変更				月 日
	行動援護		1 新規	2 変更				月 日
	療養介護		1 新規	2 変更				月 日
	生活介護	○	1 新規	2 変更				4 月 1 日
	短期入所		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	重度障害者等包括支援		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	施設入所支援		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	訓練等給付	自立訓練(機能訓練)		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年
宿泊型自立訓練			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
自立訓練(生活訓練)			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労選択支援			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労移行支援			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労継続支援(A型)			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
就労継続支援(B型)		○	1 新規	2 変更	3 終了	令和	○ 年	4 月 1 日
就労定着支援			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
自立生活援助			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
共同生活援助			1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
相談支援	地域移行支援		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日
	地域相談支援		1 新規	2 変更	3 終了	令和	年	月 日

新規指定(指定更新)時以外は、「2 変更」に○を付ける。

特記事項	変更前	変更後
	生活介護 人員配置体制加算Ⅱ 就労B型 送迎加算 なし	変更する加算名を記載する。 変更前:○○加算 なし 変更後:○○加算 あり

- 注1 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。
- 注2 「異動等の区分」欄は、今回申請(又は届出)を行う事業所・施設について、該当する数字に「○」を付けてください。
 新規: 今回新たに指定を受けようとする場合に○を付ける。
 変更: 既に届出ている事項に変更があった場合、更新の場合に○を付ける。
 終了: 事業を廃止する場合に○を付ける。
- 注3 「特記事項」欄は、変更する加算名を記載してください。
- 注4 「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表(新潟県・別紙1)」を本書に添付してください。
 また、申請又は届出を行う事業ごと(複数のサービス提供単位を設定する場合はサービス提供単位ごと)に関連する書類(新潟県・別紙)を添付してください。

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	定員数	定員規模	多機能型等 定員区分(※1)	人員配置区分 (※2)	その他該当する体制等	適用開始日	
各サービス共通					地域区分 1. 一級地 2. 二級地 3. 三級地 4. 四級地 5. 五級地 6. 六級地 7. 七級地 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ その他		
訓練等 給付 就労継続支援B型	20	<p>多機能型事業所又は複数の居間実施サービスを実施する障害者支援施設の場合、各サービスの利用定員の合計(事業所全体の定員規模)とすること。 (サービス費はこの区分に基づき算定)</p> <p>(例) 就労移行支援(定員6人)との多機能型事業所の場合、利用定員の合計が26人となるため、21人以上40人以下の定員規模となる。</p>	<p>1. 21人以上40人以下 2. 41人以上60人以下 3. 61人以上80人以下 4. 81人以上 5. 20人以下</p>	<p>1. II型(7.5:1) III型(10:1) I型(6:1)</p>	平均工賃月額区分(※6)	<p>1. 平均工賃月額が4万5千円以上 2. 平均工賃月額が3万5千円以上4万5千円未満 3. 平均工賃月額が3万円以上3万5千円未満 ④ 4. 平均工賃月額が2万5千円以上3万円未満 5. 平均工賃月額が2万円以上2万5千円未満 6. 平均工賃月額が1万5千円以上2万円未満 7. 平均工賃月額が1万円以上1万5千円未満 8. なし(経過措置対象) 9. 平均工賃月額が1万円未満 10. なし(生産活動等への支援実施対象)</p>	R6.4.1
					定員超過	① なし 2. あり	
					職員欠如	① なし 2. あり	
					サービス管理責任者欠如	① なし 2. あり	
					身体拘束廃止未実施	① なし 2. あり(障害者支援施設以外) 3. あり(障害者支援施設)	
					虐待防止措置未実施	① なし 2. あり	
					業務継続計画未策定	① なし 2. あり	
					情報公表未報告	① なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし ③ II 4. III 5. I	
					視覚・聴覚等支援体制	① なし 2. II 3. I	
					重度者支援体制	① なし 2. I 3. II	
					就労移行支援体制	① なし 2. あり	
					就労移行支援体制(就労定着者数)	就労定着者数()	
					目標工賃達成指導員配置	1. なし ② あり	R5.4.1
					目標工賃達成加算対象	1. なし ② あり	R5.4.1
					送迎体制	1. なし ③ I 4. II	R5.4.1
					食事提供体制	1. なし ② あり	R5.4.1
社会生活支援	① なし 2. あり						
福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※16)	1. なし 2. I 3. II ④ III 5. IV	R6.6.1					
指定管理者制度適用区分	① 非該当 2. 該当						
ピアサポート実施加算	① なし 2. あり						
地域生活支援拠点等	① 非該当 2. 該当						
高次脳機能障害者支援体制	① なし 2. あり						

定員数は必ず記載すること

「あり」の場合、適用開始日を記入すること。

多機能型事業所等で「定員規模」(事業所全体の利用定員)と当該サービスの定員区分が異なる場合に記入すること。
(加算はこの区分に基づき算定)

(例) 就労継続支援B型単体での利用定員は20人であるため、20人以下の区分となる。

※1 多機能型事業所または複数の単位でサービス提供している事業所については、一体的な管理による複数サービス種類の利用定員の合計数を利用定員とした場合の報酬を算定することとなるため、「定員規模」には利用定員の合計数を設定する。

- ただし、以下の報酬については、サービス種類毎または単位毎の利用定員に応じた報酬を算定する。
- 生活介護・・・人員配置体制加算、常勤看護職員等配置加算、就労移行支援体制加算
 - 施設入所支援・・・夜勤職員配置体制加算、地域移行支援体制加算
 - 自立訓練(機能訓練・生活訓練)・・・就労移行支援体制加算
 - 就労継続支援A型・・・重度者支援体制加算、就労移行支援体制加算、賃金向上達成指導員配置加算
 - 就労継続支援B型・・・重度者支援体制加算、目標工賃達成指導員配置加算、就労移行支援体制加算

その場合、「多機能型等定員区分」には、以下の内容を設定する。

生活介護、施設入所支援、自立訓練(機能訓練・生活訓練)・・・各サービス種類の単位毎の利用定員。
(生活介護において、主として重症心身障害児者を受け入れる多機能型事業所の場合、事業所全体の利用定員に応じて設定する)

就労継続支援A型、就労継続支援B型・・・各サービス種類の利用定員。

なお、「定員規模」と「多機能型等定員区分」が同一の場合、「多機能型等定員区分」は設定しない。

※2 「人員配置区分」欄には、報酬算定上の区分を設定する。

指定障害福祉サービス等の報酬に係る加算適用関係一覧

〔一覧の見方〕

● …算定に当たり県への事前の届出が必要 ○ …算定に当たり県への届出不要

…前年度実績により算定することが要件とされている加算（継続して算定する場合も毎年4月に届出が必要）

サービス種別	加算の種類	県への届出様式（別紙No）	指定障害福祉サービス																						備考
			① 居宅介護	② 重度訪問介護	③ 同行援護	④ 行動援護	⑤ 療養介護	⑥ 生活介護	⑦ 短期入所	⑧ 重度障害者等包括支援	⑨ 施設入所支援	⑩ 自立訓練（機能訓練）	⑪ 自立訓練（生活訓練）	⑫ 宿泊型自立訓練	⑬ 就労選択支援	⑭ 就労移行支援	⑮ 就労移行支援（養成施設）	⑯ 就労継続支援A型	⑰ 就労継続支援B型	⑱ 就労定着支援	⑲ 自立生活援助	⑳ 共同生活援助	㉑ 地域相談支援（地域移行支援）	㉒ 地域相談支援（地域定着支援）	
1	利用者負担上限額管理加算		○	○	○	○	○	○			○	○			○	○	○	○	○	○					月1回を限度
2	特定事業所加算（居宅介護）	8	●																						
3	2人の居宅介護従業者による場合		○																						
4	特定事業所加算（重度訪問介護）	9		●																					
5	重度障害者等の場合			○																					
6	障害支援6に該当する者の場合			○																					
7	2人の重度訪問介護従業者による場合			○																					
8	特定事業所加算（同行援護）	10			●																				
9	2人の同行援護従業者による場合				○																				
10	盲ろう者に対して盲ろう者向け通訳・介助員が支援を行う場合				○																				
11	障害支援区分3に該当する者の場合				○																				障害児にあっては、これに相当する支援の度合
12	障害支援区分4以上に該当する者の場合				○																				障害児にあってはこれに相当する支援の度合
13	特定事業所加算（行動援護）	11				●																			
14	2人の行動援護従業者による場合					○																			
15	特別地域加算		○	○	○	○			○		○	○							○	○			○	○	
16	緊急時対応加算		○	○	○	○																			月2回を限度
17	喀痰吸引等支援体制加算		○	○	○	○			○																重度訪問介護は病院等に入院又は入所中の障害者に提供した場合以外の場合
18	初回加算		○	○	○	○			○																
19	福祉専門職員等連携加算		○																						90日の間、3回を限度
20	移動介護緊急時支援加算			○																					移動中に喀痰吸引、体位変換等を行った場合
21	行動障害支援連携加算			○																					30日の間、1回を限度
22	行動障害支援指導連携加算					○																			移行する日の属する月につき、1回を限度
23	福祉・介護職員等処遇改善加算		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	別に県への事前の届出が必要（令和6年5月まで）
24	夜間早朝・深夜加算		○	○	○				○																
25	移動介護加算			○																					
26	地域移行加算						○			○		○													入所中（利用中）2回、退所後1回を限度
27	福祉専門職員配置等加算	12					●	●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	
28	福祉専門職員配置等加算（共生型短期入所）	13							●																短期入所は共生型短期入所事業所のみ
29	人員配置体制加算（生活介護・療養介護）	14					●	●																	
30	人員配置体制加算（共同生活援助）	53																						●	
31	医療的ケア対応支援加算	55							○															●	
32	重度障害児・障害者対応支援加算								○																
33	障害福祉サービスの体験利用支援加算	61				○	○	※			○	○	※		○	○	○	○							※地域生活支援拠点等により+50単位/日を加算する場合は●
34	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	16 17					●			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●				●		
35	初期加算						○				○	○	○		○	○	○	○	○						利用開始日から30日を限度
36	訪問支援特別加算						○								○	○	○	○							月2回を限度
37	欠席時対応加算						○				○	○			○	○	○	○							月4回を限度
38	リハビリテーション加算	22 23					●				●														
39	食事提供体制加算	24					●	●			●	●	●	●	●	●	●	●							別に厚生労働大臣が定める日までの間、算定可能
40	延長支援加算	70					●																		
41	就労移行支援体制加算	62 63 64					●				●	●					●	●							
42	入浴支援体制加算	32					●																		

サービス種別 加算の種類	県への届出様式(別紙No.)	指定障害福祉サービス																						備考
		① 居宅介護	② 重度訪問介護	③ 同行介護	④ 行動援護	⑤ 療養介護	⑥ 生活介護	⑦ 短期入所	⑧ 重度障害者等包括支援	⑨ 施設入所支援	⑩ 自立訓練(機能訓練)	⑪ 自立訓練(生活訓練)	⑫ 宿泊型自立訓練	⑬ 就労選択支援	⑭ 就労移行支援	⑮ 就労移行支援(養成施設)	⑯ 就労継続支援A型	⑰ 就労継続支援B型	⑱ 就労定着支援	⑲ 自立生活援助	⑳ 共同生活援助	㉑ 地域相談支援(地域移行支援)	㉒ 地域相談支援(地域定着支援)	
43 栄養改善加算						●																		別紙1に記載し提出(個別の様式なし)
44 高次脳機能障害者支援体制加算	18					●			●	●	●	●	●	●	●	●	●				●			
45 送迎加算	59					●	●	●		●	●		●	●	●	●	●							同一敷地内の送迎については所定単位数の70%を算定する
46 短期利用加算							○																	
47 重度障害者支援加算(生活介護・施設入所)	19 (19-1)					●			●															・生活介護 障害者支援施設が行う生活介護を除く。 (I)は別紙様式なし。中核的人材配置等の要件を満たす場合さらに加算。 ・施設入所 (I)は19-1,(II)は19を使用。(I)については前年度実績による算定が要件。中核的人材配置等の要件を満たす場合はさらに加算。
48 重度障害者支援加算(短期入所)	20						○●																	(I)+100単位/日、(II)+70単位/日を加算する場合は●、中核的人材配置等の要件を満たす場合さらに加算。
49 重度障害者支援加算(共同生活援助)	21																				●			中核的人材配置等の要件を満たす場合さらに加算。
50 単独型加算							○																	
51 医療連携体制加算	29					●				○	○	○	○	○	○	○	○				●			短期入所(IX)は届出必要 共同生活援助(VII)は届出必要
52 栄養士配置加算	30					●																		
53 栄養マネジメント加算	30								●															
54 特別重度支援加算							○																	
55 定員超過特別加算							○																	10日を限度
56 緊急短期入所受入加算							○																	7日を限度
57 日中活動支援加算	60					●																		日中活動実施計画が作成されている利用者に対し医療型又は医療型特定短期入所を行った場合(条件あり)
58 社会生活支援特別加算	41									●	●			●	●	●	●							
59 夜間支援等体制加算(宿泊型自立訓練)	44											●												
60 夜間支援等体制加算(共同生活援助)	45																				●			
61 日中支援加算												○									○			
62 自立生活支援加算	56																				○ ●			180日を限度、(III)は届出必要
63 入院時支援特別加算									○			○									○			月1回を限度
64 長期入院時支援特別加算												○									○			
65 帰宅時支援加算												○									○			月1回を限度
66 長期帰宅時支援加算												○									○			
67 精神障害者地域移行特別加算	27							●				●									●			
68 強度行動障害者地域移行特別加算	28							●				●									●			
69 地域生活移行個別支援特別加算	26							●	●			●									●			
70 地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算(宿泊型自立訓練)	42											●												
71 通勤者生活支援加算(共同生活援助)	69																				●			
72 夜勤職員配置体制加算	31								●															
73 夜間看護体制加算	33								●															
74 入所時特別支援加算									○															入所から30日以内
75 入院・外泊時加算									○															
76 経口移行加算									○															原則180日以内
77 経口維持加算									○															原則180日以内
78 口腔衛生管理体制加算	61								●															
79 療養食加算									○															
80 個別計画訓練支援加算	50										●													
81 短期滞在加算	43										●													
82 精神障害者退院支援施設加算	43										●			●										
83 夜勤職員加配加算	54																				●			日中サービス支援型のみ
84 常勤看護職員等配置加算	15					●	●				●	●												
85 看護職員配置加算	15																				●			
86 強度行動障害者体験利用加算	57																				●			
87 就労支援関係研修修了加算	46													●	●									就労定着者の割合が0である場合は算定しない
88 移行準備支援体制加算	65													●	●									
89 通勤訓練加算													○	○										
90 在宅時生活支援サービス加算													○	○	○	○	○							
91 重度者支援体制加算	66															●	●							

サービス種別 加算の種類	県への届出様式(別紙No.)	指定障害福祉サービス																						備考
		① 居宅介護	② 重度訪問介護	③ 同行支援	④ 行動支援	⑤ 療養介護	⑥ 生活介護	⑦ 短期入所	⑧ 重度障害者等包括支援	⑨ 施設入所支援	⑩ 自立訓練(機能訓練)	⑪ 自立訓練(生活訓練)	⑫ 宿泊型自立訓練	⑬ 就労選択支援	⑭ 就労移行支援	⑮ 就労移行支援(養成施設)	⑯ 就労継続支援A型	⑰ 就労継続支援B型	⑱ 就労定着支援	⑲ 自立生活援助	⑳ 共同生活援助	㉑ 地域相談支援(地域移行支援)	㉒ 地域相談支援(地域定着支援)	
92 就労移行連携加算																	○	○						利用を終了した月について、1回を限度
93 賃金向上達成指導員配置加算	47																●							
94 地域協働加算																		○						サービス費(Ⅳ)～(Ⅵ)のみ対象
95 目標工賃達成指導員配置加算	48																	●						
96 目標工賃達成加算	49																	●						
97 就労定着実績体制加算	67																		●					
98 職場適応援助者養成研修修了者配置体制加算	51																		●					
99 初回加算																				○		○		
100 集中的支援加算					○				○												○			
101 集中支援加算																				○		○		
102 退院・退所月加算																						○		
103 障害福祉サービスの体験利用加算																						○		※地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者がいる場合は届出が必要
104 体験宿泊加算																						○		※地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者がいる場合は届出が必要
105 サービス管理責任者配置等加算	25					●				●	●													共生型サービスのみ対象
106 同行支援加算																				○				
107 緊急時支援加算																				○			○	※地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者がいる場合は届出が必要
108 ピアサポート実施加算	37 38 39									●	●							●				●		
109 ピアサポート体制加算	40																			●		●	●	
110 日常生活支援情報提供加算																				○			○	
111 居住支援連携体制加算	68																			●		●	●	
112 地域居住支援体制強化推進加算																				○		○	○	
113 障害者支援施設等感染対策向上体制加算	36								●												●			
114 地域生活支援拠点等機能強化加算	52																			●		●	●	
115 地域移行支援体制加算	34								●															
116 地域生活支援拠点等に関連する加算	58	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●	
117 緊急時受入加算	58				●					●	●		○	○	○	○	○							
118 通院支援加算	35								●															
119 口腔衛生管理加算									○															
120 新興感染症等施設療養加算									○											○				
121 入院時支援連携加算			○																					1回を限度
122 外部連携支援加算								○																月に4回を限度
123 有資格者支援加算								○																
124 医療型短期入所受入前支援加算						○																		
125 集中的支援加算						○	○			○	○	○		○	○	○	○							
126 喀痰吸引等実施加算						○																		
127 栄養スクリーニング加算						○																		
128 地域連携会議実施加算															○	○				○				

指定障害福祉サービス等の報酬に係る減算適用関係一覧

▲ …県への届出が必要 △ …県への届出不要

〔一覧の見方〕

…前年度実績等により算定することが要件とされている減算

サービス種別	指定障害福祉サービス																						備考		
	① 居宅介護	② 重度訪問介護	③ 同行援護	④ 行動援護	⑤ 療養介護	⑥ 生活介護	⑦ 短期入所	⑧ 重度障害者等包括支援	⑨ 施設入所支援	⑩ 自立訓練（機能訓練）	⑪ 自立訓練（生活訓練）	⑫ 宿泊型自立訓練	⑬ 就労選択支援	⑭ 就労移行支援	⑮ 就労移行支援（養成施設）	⑯ 就労継続支援A型	⑰ 就労継続支援B型	⑱ 就労定着支援	⑲ 自立生活援助	⑳ 共同生活援助	㉑ 地域相談支援（地域移行支援）	㉒ 地域相談支援（地域定着支援）			
減算の種類と算定の割合																									
1 基礎研修課程修了者により行われる場合（居宅介護）	100分の70 100分の90	△																						100分の70：居宅における身体介護、通院等介助（身体介護を伴う場合） 100分の90：家事援助、通院等介助（身体介護を伴わない場合）、通院等乗降介助	
2 重度訪問介護研修修了者による場合	100分の90	△																						100分の90：家事援助、通院等介助（身体介護を伴わない場合）、通院等乗降介助	
3 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	100分の90 100分の85	△																						100分の90：事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合 100分の85：事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	
4 90日以上利用減算	100分の80		△																					病院等に入院又は入所中の障害者に提供した場合	
5 基礎研修課程修了者により行われる場合（同行援護）	100分の90			△																					
6 盲ろう者向け通訳・介助員により行われる場合	100分の90				△																				
7 支援計画シート等が未作成の場合の減算	100分の95					△																			
8 定員超過利用減算	100分の70						▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲		
9 サービス管理責任者欠如減算	100分の70 100分の50							▲	▲			▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲		100分の70：減算が適用される月から4月目まで 100分の50：5月上連続して減算の場合
10 サービス提供職員欠如減算	100分の70 100分の50							▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲		サービス提供職員：生活支援員、看護職員、理学療法士、作業療法士、地域移行支援員、就労選択支援員、職業指導員、就労支援員、就労定着支援員及び世話人 100分の70：減算が適用される月から2月目まで 100分の50：3月上連続して減算の場合
11 夜勤職員欠如減算	100分の95								▲															夜勤を行う生活支援員の配置基準を満たしていない場合、その翌月について減算	
12 個別支援計画未作成減算	100分の70 100分の50					△	△			△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△		100分の70：未作成期間が3月未満 100分の50：未作成期間が3月以上
13 標準利用期間超過減算	100分の95										▲	▲		▲	▲										
14 短時間利用減算	100分の70						▲																		
15 大規模事業所減算	100分の99 100分の91																								
16 医師配置がない場合の減算	1日につき12単位を減算																								
17 開所時間減算	100分の50 100分の70																								100分の50：開所時間が4時間未満 100分の70：開所時間が4時間以上6時間未満
18 大規模減算	100分の90																								単独型で20床以上の場合
19 身体拘束廃止未実施減算	100分の99 100分の90	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	障害者支援施設は100分の90
20 栄養士配置減算	1日につき6～27単位を減算																								
21 自己評価結果等未公表減算	100分の85																								
22 大規模住居等減算	100分の95 100分の93 100分の90 100分の87																								・100分の95：包括型8人以上 ・100分の93：包括型21人以上 ・100分の95：包括型21人以上（一体的運営） ・100分の90：外部サービス型8人以上 ・100分の87：外部サービス型21人以上 ・100分の93：日中サービス支援型21人以上 ・100分の95：日中サービス支援型21人以上（一体的運営）

サービス種別 減算の種類と算定の割合	指定障害福祉サービス																						備考	
	① 居宅介護	② 重度訪問介護	③ 同行援護	④ 行動援護	⑤ 療養介護	⑥ 生活介護	⑦ 短期入所	⑧ 重度障害者等包括支援	⑨ 施設入所支援	⑩ 自立訓練（機能訓練）	⑪ 自立訓練（生活訓練）	⑫ 宿泊型自立訓練	⑬ 就労選択支援	⑭ 就労移行支援	⑮ 就労移行支援（養成施設）	⑯ 就労継続支援A型	⑰ 就労継続支援B型	⑱ 就労定着支援	⑲ 自立生活援助	⑳ 共同生活援助	㉑ 地域相談支援（地域移行支援）	㉒ 地域相談支援（地域定着支援）		
23 支援体制構築未実施減算 100分の90																			▲					
24 虐待防止措置未実施減算 100分の99	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	
25 業務継続計画未策定減算 100分の99 100分の97	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	※のサービスについては、令和9年4月1日以降の場合設定 障害者支援施設は100分の97
26 情報公表未報告減算 100分の95 100分の90	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	障害者支援施設は100分の90
27 地域移行等意向確認体制未整備減算 利用者全員につき、1日につき5単位を									▲															令和8年4月1日以降の場合設定
27 個人単位ヘルパー長時間利用減算 100分の95																					△			同日に8時間以上個人単位ヘルパーでの居宅介護等を利用した場合
29 特定事業所集中減算 1日につき200単位を減算														▲										

第5 指定後の届出等

1 業務管理体制の整備に関する届出

平成24年4月から、不正事案の発生防止及び事業運営の適正化を図るため、全ての指定障害福祉サービス事業者等に法令遵守等の業務管理体制の整備とその届出が義務づけられました。

(1) 届出が義務づけられている事業者の区分

届出は次の区分ごとに、事業者（＝法人）単位で行います。（事業所・施設ごとではありません。）

障害者総合支援法	区分① 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設の設置者 区分② 指定一般相談支援事業者及び指定特定相談支援事業者
児童福祉法	区分③ 指定障害児通所支援事業者 区分④ 指定障害児入所施設の設置者 区分⑤ 指定障害児相談支援事業者

(2) 整備すべき業務管理体制及び届出内容

整備すべき業務管理体制は、指定を受けている事業所又は施設の数に応じて定められています。

対象となる事業者	整備すべき業務管理体制	届出内容
事業所数が20未満の事業者	法令遵守責任者の選任	法令遵守責任者の氏名、生年月日
事業所数が20以上の事業者	法令遵守責任者の選任 法令遵守規程の整備	法令遵守責任者の氏名、生年月日 法令遵守規程の概要
事業所数が100以上の事業者	法令遵守責任者の選任 法令遵守規程の整備 業務執行状況の監査の実施	法令遵守責任者の氏名、生年月日 法令遵守規程の概要 業務執行状況の監査の方法の概要

※ 事業所等の数え方について

- ・ 事業所番号が同一であっても、指定を受けたサービス種別ごとに1事業所と数えます。障害者支援施設は、指定件数が1件なので「1」と数えます。
- ・ 事業所数は(1)の事業者区分ごとに合計します。（法人全体の合計ではありません。）

(例)

- | | |
|--------------------------------|---------|
| A事業所（居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護） | ①4つ |
| B事業所（居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護） | ①4つ |
| C事業所（就労移行支援・就労継続支援B型） | ①2つ |
| D事業所（生活介護・就労移行支援・就労継続支援B型） | ①3つ |
| E事業所（共同生活援助） | ①1つ |
| F施設（施設入所支援・生活介護・自立訓練） | ①1つ |
| G相談支援事業所（特定・一般(地域移行・地域定着)・障害児） | ②3つ ⑤1つ |
- 区分①=15事業所 ②=3事業所 ⑤=1事業所・・・いずれも20未満

(3) 届出先

事業所等の区分	届出先
① 指定事業所等が2以上の都道府県に所在する事業者	厚生労働省
② 指定特定相談支援事業又は指定障害児相談支援事業のみを行う事業者であって、全ての事業所等が同一市町村内に所在する事業者	市町村
③ 全ての事業所等が新潟市内に所在する事業者	新潟市
④ ①～③以外の事業者	都道府県

※ 届出先は、事業所等の所在地によって決まるものであり、主たる事務所の所在地ではないので注意してください。

(4) 届出事由及び届出様式

下記の事由が生じた場合は、(1)の事業者区分ごとに速やかに届出を行ってください。

例えば、障害福祉サービス事業所と相談支援事業所を運営する事業者の場合、2通提出することになります。

届出が必要となる事由	届出様式
○業務管理体制の整備に関して届け出る場合 ※ 事業者（＝法人等）が、初めて当該区分（（1）の事業者区分①～⑤）の事業者等の指定を受けた場合（＝当該区分の「 <u>業務管理体制に関する届出</u> 」を行っていない場合）	第1号様式（障害者総合支援法） 第2号様式（児童福祉法）
○事業所等の指定等により事業展開地域が変更し届出先の変更が生じた場合 （例）A県のみで事業展開していた事業者が、新たにB県においても事業を開始した場合 届出先 A県知事 → 厚生労働省本省に変更 （注） <u>変更前の行政機関及び変更後の行政機関の双方に届出</u> が必要です。	第1号様式（障害者総合支援法） 第2号様式（児童福祉法）
○届出事項（事業者（＝法人）の名称・所在地、代表者の氏名、法令遵守責任者の氏名等）に変更があった場合 ※ <u>ただし、以下の場合は変更の届出の必要はありません。</u> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所等の数に変更が生じて、整備する業務管理体制が変更されない場合 ・ 法令遵守規程の字句の修正など業務管理体制に影響を及ぼさない軽微な変更の場合 	第3号様式（障害者総合支援法） 第4号様式（児童福祉法）

業務管理体制の整備に関する届出についての詳細や届出様式は、県ホームページに掲載しています。

新潟県トップページ > 分野別 > 「健康・福祉」 > 「高齢者・障害者・福祉」 > 「障害者の福祉」 > 「事業者向け情報（各種申請・届出など）」 > 「障害福祉サービス事業者等における業務管理体制の整備の届出」

第1号様式

※受付番号は記入不要です。

受付番号

届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
に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書

令和 年 月 日

新潟県知事 様

事業者 名 称 社会福祉法人△△福祉会

代表者氏名 ○○ ○○

※事業者(法人)番号は記入不要です。

このことにより、下記のとおり関係書類を添えて

事業者(法人)番号

・初めて届け出る場合
→ (1) 整備に○を付ける。
・届出先区分の変更が生じた場合
→ (2) 区分の変更○を付ける。

1	届出の内容				
	(1) 法第51条の2第2項、第51条の31第2項関係(整備) (2) 法第51条の2第4項、第51条の31第4項関係(区分)				
2 事 業 者	フリガナ	シャイワクホウジン△△フクカイ			
	名称又は氏名	社会福祉法人△△福祉会			
	住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 ○○○-△△△△) 新潟 都道 ○○ 郡 (市) △△-□□ 府県 区 (ビルの名称等) ○○ビル1階			
	連絡先	電話番号	025-○○○-△△△△	FAX番号	
	代表者	代表者氏名	○○ ○○ 〒○○○-○○○ 市 中央区新光町4-1		
3	事業所名称等及び所在地	事業所名称	指定年月日	事業所番号	所在地
		ワークセンターにいがた	H29.4.1	153.....	○○市△△-□□
4	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上の該当する条文(事業者の区分)	(1) 法第51条の2 (指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者)			
		(2) 法第51条の31(指定相談支援事業者)			
5	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施行規則第34条の28及び第34条の62第1項第2号から第4号に基づく届出事項	第2号	法令遵守責任者の氏名(フリガナ)	生年月日	
			△△ □□(△△ □□)	昭和○○年△月□日	
		第3号	業務概要	業務概要(主たる業務)及び事業の概要	
6 区 分 変 更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課	業務概要(主たる業務)及び事業の概要			
	事業者(法人)番号	届出事項について該当する番号全てに○を付けてください。 ・第2号: 法令遵守責任者の氏名、生年月日 ・第3号及び第4号を届け出る場合は、概要等が分かる資料を添付してください。(既存資料の写し等)			
	区分変更の理由				
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課				
	区分変更日	年 月 日			

第3号様式

※受付番号は記入不要です。

受付番号	
------	--

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
業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）

届出日を記入してください。

令和 年 月 日

新潟県知事 様

事業者 名 称 社会福祉法人△△福祉会
代表者氏名 ○○ ○○

届出時に通知した事業者（法人）番号
を記載すること。
※指定事業所番号とは異なります。

上記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号	B	1	5	0	0
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

変 更 が あ っ た 事 項

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1、法人の種別、名称（フリガナ） | 2、主たる事業所所在地、電話、FAX 番号 |
| 3、代表者氏名（フリガナ）、生年月日 | 4、代表者の位置 |
| 5、事業所名称等及び所在地 | |
| ⑥、法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 | |
| 7、業務が法令に適合することを確保するための規 | |
| 8、業務執行の状況の監査の方法の概要 | |

届出事項に変更があった場合は、「変更があつた事項」欄の該当する項目番号に○を付け、「変更の内容」欄に具体的に記入してください。

変 更 の 内 容

(変更前)

法令遵守責任者 氏名 △△ □□ (△△ □□)
生年月日 昭和○○年△月□日

(変更後)

法令遵守責任者 氏名 ○○ △△ (○○ △△)
生年月日 昭和○○年△月□日

2 障害福祉サービス等情報公表制度

平成30年4月から、利用者の皆様の個々のニーズに応じた良質なサービスの選択に資することを目的として、障害福祉サービス等情報公表制度が施行されました。

新たに障害福祉サービス等の指定を受けた場合、指定を受けた日から1か月以内に情報を入力の上、報告する必要があり、その後、定期的に情報の更新・報告を行う必要があります。

障害福祉サービス等情報公表制度に関する詳細は、県ホームページに掲載しています。

新潟県トップページ > 分野別 > 「健康・福祉」 > 「高齢者・障害者・福祉」 > 「障害者の福祉」 > 「事業者向け情報（各種申請・届出など）」 > 「障害福祉サービス等情報公表制度」

3 指定の変更申請

次の場合は、あらかじめ指定の変更申請を行う必要があります（事後の届出は不可）。原則として、定員増等を行おうとする日の、1か月前までに指定変更申請書類を提出してください。

指定生活介護 指定就労継続支援A型 指定就労継続支援B型	・ 障害福祉サービスの量を増加（定員増）しようするとき
指定障害者支援施設	・ 施設障害福祉サービスの種類を変更しようとするとき ・ 入所定員を増加しようとするとき

なお、上記以外の事業で定員増を行う場合は、変更届を提出することになります。

（「3 変更届」参照）

【提出書類】

- ・ 指定変更申請書（別記様式第一号）
- ・ 変更届出書（別記様式第二号）
- ・ 付表
- ・ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）
- ・ 組織体系図（参考様式2）
- ・ 運営規程
- ・ 事業所の平面図 ※訓練・作業室の面積を確認
- ・ 利用予定者名簿
- ・ 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（様式第5号）
- ・ 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）
- ・ 算定する加算に係る別紙 ※指定の変更申請に伴い、変更がある場合
- ・ その他変更があった場合は該当する書類

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所

記入例

変更申請を行う事業に応じて、
 該当しないものに線を引くこと

指定変更 申請書

令和8年4月1日

新潟県 知事 殿

プルダウンで「指定変更」を選択すること

所在地 新潟県新潟市中央区〇〇町△-△
 名称 社会福祉法人〇〇福祉会
 代表者 新潟 太郎

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

法人番号(13桁) 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

申請者(設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイ				
	名称	社会福祉法人〇〇福祉会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟 県 新潟 市 中央区〇〇町△-△				
	連絡先	電話番号 025-280-〇〇〇〇 (内線) 〇〇〇〇	E-mailアドレス	〇〇〇@△△△.ne.jp		
法人等の種類	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	ニイガタ タロウ	
				氏名	新潟 太郎	
				生年月日	19〇〇年〇月〇日	
	代表者の住所	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区〇〇町〇-〇				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ	〇〇〇コウボウ				
	名称	〇〇〇工房				
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区〇〇町〇-〇				
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は	〇				
	同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービスの指定を申請するものに〇	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に〇	既に指定を受けている事業に〇	事業の開始予定年月日	
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護			付表1	
		重度訪問介護			付表1	
		同行援護			付表1	
		行動援護			付表1	
		療養介護			付表2	
		生活介護	〇		付表3	
		短期入所			付表4	
		重度障害者等包括支援			付表5	
		自立訓練(機能訓練)			付表6	
		自立訓練(生活訓練)			付表6	
		就労選択支援			付表7	
		就労移行支援			付表8	
		就労継続支援A型			付表9	
		就労継続支援B型	〇		付表10	
		就労定着支援			付表10	
	自立生活援助			付表11		
	共同生活援助			付表12		
	指定障害者支援施設(施設入所支援)			付表13		
	指定一般相談支援事業所	地域移行支援			付表14	
		地域定着支援			付表14	
	指定特定相談支援事業所				付表15	
	指定障害児通所支援事業所	児童発達支援			付表16	
		放課後等デイサービス			付表16	
		居宅訪問型児童発達支援			付表17	
		保育所等訪問支援			付表18	
	指定障害児入所施設				付表19/20	
	指定障害児相談支援事業所				付表15	
	【既に指定を受けている場合】事業所番号	1 5 1 〇 〇 〇 〇 1 1				

指定変更の場合、「〇」印の記載は不要

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「〇」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

4 変更届

指定を受けた後、事業所（施設）の名称や所在地など、所定の事項に変更があった場合は、変更後 10 日以内に「変更届出書（別記様式第二号）」及び添付書類を提出する必要があります。（変更事項及び添付書類については、「変更届出書類一覧」のとおりです。）

※ 管理者及びサービス管理者責任者以外の従業者については、人数の増減や人員交代があった際の届出は不要です。（加算を変更する場合は下記の届出が必要。）

ただし、配置にあたり資格を要する職種の人員変更については、資格要件を満たしているか事業所において適切に確認してください。

◎ ただし、介護給付費の請求に関する事項（報酬・加算に関する体制）に変更がある場合の提出書類及び届出時期等については、下記によります。

※ 福祉・介護職員等処遇改善加算に係る届出は、算定開始月の前々月の末日まで

① 提出書類

- ・ 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（様式第5号）
- ・ 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（新潟県・別紙1）
- ・ 算定する加算に係る別紙及び添付書類 ※ 新たに加算を算定する場合
- ・ 必要に応じ、共同生活援助に係る体制（新潟県・別紙2）（※共同生活援助のみ）、基本報酬の算定区分に関する届出書（※該当サービスのみ）を提出してください。
※ 介護給付費等の請求に関する事項（報酬・加算に関する体制）のみの変更の場合には変更届出書（別様式第二号）の提出は不要です。（「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」のみの提出で結構です。）
※ 事業所の体制等（人員の変更を含む）に変更があっても算定する単位数に変更がない場合、届出は不要ですが、引き続き加算等の算定要件を満たしていることを必ず確認してください。

介護給付費の請求に関する事項（報酬・加算に関する体制）に係る届出様式は、県ホームページに掲載しています。

新潟県トップページ > 分野別 > 「健康・福祉」 > 「高齢者・障害者・福祉」 > 「障害者の福祉」 > 「事業者向け情報（各種申請・届出など）」 > 「指定障害福祉サービス事業者・指定一般相談支援事業者向け」 > 「報酬・加算に関する体制届」

② 新たに加算等を算定しようとする（算定される単位数が増える）場合

- ・ 1日～15日の間に届出が受理された場合 ⇒ 翌月のサービス提供分から算定開始
（例）9月10日届出受理 ⇒ 10月から算定開始
 - ・ 16日～末日の間に届出が受理された場合 ⇒ 翌々月のサービス提供分から算定開始
（例）9月17日届出受理 ⇒ 11月から算定開始
- ※ 福祉・介護職員等処遇改善加算については、算定開始月の前々月の末日までに届ける。

③ 加算等を算定しないこととなった場合

事業所（施設）の体制について、加算等の算定要件を満たさず、加算等が算定できなくなった場合や加算等が算定されなくなることが明らかになった場合等は、速やかにその旨を届け出てください。

この場合、加算等が算定されなくなった事実が発生した日から、加算等の算定は行わないこととなります。

- ④ 前年度の実績により算出することが要件とされている加算について
従前に届出を行っている場合であっても、毎年4月に届出が必要です。（提出期限等
詳細については、毎年3月中旬頃に通知しています。

◎ また、グループホームの住居の追加の場合、住居を追加する日の4か月前までに「事業実施計画書」を、2か月前までに変更届出書と添付書類を提出してください。

【提出書類】

- ・ 変更届出書（別記様式第二号）
- ・ 付表 12
- ・ 従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）
- ・ 組織体系図（参考様式2）
- ・ GHの位置図（広域地図及び住宅地図）
→ 連携施設と既存のGH、追加となるGHの位置関係が分かる広域地図
- ・ 平面図及び概況写真（参考様式5）※追加する住居のみ
- ・ 設備・備品等一覧表、建築物関連法令等に関する届出（参考様式6、7）
→（1）建築基準法に基づく確認済証、検査済証等、建築確認を行ったことが確認できる書類
（2）消防設備の設置届、検査証又は点検結果報告書の写し等、消防法で必要とされている設備の設置が確認できる書類
- ・ 運営規程
- ・ 事業所・施設の不動産登記簿謄本又は賃貸借契約の写し ※追加する住居のみ
- ・ 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書（様式第5号）
- ・ 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表（別紙1）
- ・ 共同生活援助に係る体制
- ・ 算定する加算に係る別紙
※ 夜間支援等体制加算など、住居（利用者＝加算対象者）の追加に伴い変更がある場合等
※ 新たに加算の算定を開始する場合
- ・ その他変更があった場合は該当する書類

【参考1：事業の変更届について】

上記変更に伴い、事業開始届で届け出た事項に変更が生じた場合は、「障害福祉サービス等事業変更届出書（様式第3号）」を県地域振興局健康福祉（環境）部に、変更の日から1月以内に提出する必要があります。

※ 障害者支援施設にあっては、社会福祉施設設置届出書で届け出た事項に変更が生じた場合は、「社会福祉施設変更届出書（様式例3）」を県地域振興局健康福祉（環境）部に、変更の日から1月以内に提出する必要があります。

【参考2：業務管理体制の整備に関する事項の届出について】

上記変更に伴い、業務管理体制整備の整備に関する事項で届け出た事項に変更が生じた場合は、「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に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）（第3号様式）」を厚生労働省、県障害福祉課又は市町村に提出する必要があります。

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所
 変更届出書

記入例

令和8 年 4 月 10 日

新潟県 知事 殿

所在地 新潟県新潟市中央区〇〇町△-△
 申請者 名称 社会福祉法人〇〇福祉会
 代表者氏名 新潟 太郎

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先(以下「指定権者」という。)と指定障害福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先(以下「監督権者」という。)が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「事業所(施設)の所在地」又は「申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」の場合であって、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出又は届出書への記載については、指定権者への変更の届出があったことをもって省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス(□)に✓を付してください。なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。

新潟県においては、変更事項が「事業所(施設)の所在地」又は「申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」の場合であっても本届出とは別に「業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出」が必要です。

事業所番号	1 5 1 〇 〇 〇 〇 〇 1 1
名称	〇〇〇工房
指定を受けた内容を変更した事業所又は施設	所在地 新潟県新潟市中央区□□町〇-〇
サービスの種類	生活介護・就労継続支援B型
変更年月日	令和8 年 4 月 1 日
変更があった事項(該当に○)	変更の内容
事業所(施設)の名称	(変更前)
事業所(施設)の所在地	・サービス管理責任者 越後 一郎 ・運営規程 第4条 従業者の員数 就労継続支援B型 職業指導員 3人
事業所(施設)の連絡先(電話番号)	
申請者の名称	
申請者の主たる事務所の所在地	
申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
法人等の種類	
登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	
共生型サービスの該当有無	(変更後) ・サービス管理責任者 新潟 花子 ・運営規程 第4条 従業者の員数 就労継続支援B型 職業指導員 4人
事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要	
利用者又は入所者の定員	
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
○ サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴	
○ 運営規程	
協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容	
提携就労支援機関の名称	
提供する障害福祉サービス等の種類	
第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等	
事業実施形態(事業所の種別等)	
従業者の勤務の体制及び勤務形態	
その他	

変更前後の内容が分かるように具体的に記載すること

(備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

変更届出書(別記様式第二号)の添付書類一覧

(必要に応じ、この他の書類の提出をお願いします。)

- 変更後10日以内に届け出る必要があります。(グループホームの住居追加、介護給付費等の請求に関する事項に関する届出を除く。)
- ※ 生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型、施設入所支援において、定員増を行おうとする場合は、あらかじめ指定の変更申請を行う必要がありますのでご注意ください。
- 変更届出書の「変更の内容」欄には、変更内容を具体的に記載してください。

建築基準法令等の検査(確認)済証、消防の検査済証又は点検結果報告書の写し等を添付(表紙のみで可)
※訪問系サービス、就労定着支援、自立生活援助、一般相談支援は不要

変更事由	必要書類	付表	定款・寄附行為・条例	事業者の登記事項証明書	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表	組織体系図	経歴書					資格免状の写し	サービス管理者責任者研修修了証明書	相談支援従事者研修修了証明書	就労選択支援員養成研修修了証明書	基礎的研修修了証明書	実務経験(見込)証明書	事業所・施設の位置図	平面図及び概況写真	設備・備品等一覧表/建築物関連法令等に関する届出	運営規程	主たる対象者を特定する理由等	協力医療機関との契約内容	不動産登記簿又は賃貸借契約の写し	施設等との連携体制及び支援の体制の概要
							管理者	サービス提供責任者	サービス管理責任者	相談支援専門員	同行援護・行動援護従事者														
1	事業所(施設)の名称	●																			●				
2	事業所の所在地(施設の設置の場所)	●																	●	●				●	
3	申請者(設置者)の名称【法人名変更】			●																	●				
4	主たる事務所の所在地【法人本部・市町村役所の移転】 * 電話・FAX番号が変わった場合は必ず電話・FAX番号も記載すること			●																					
5	代表者の氏名及び住所 * 変更届に代表者の氏名のフリガナを記載すること。			●																					
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該事業指定に係る事業に関するものに限る。)		●	●																					
7	事業所の種別(併設型・空床型・単独型)【短期入所事業所のみ】	●																			●				
8	事業所(施設)の建物の構造若しくは平面図又は設備の概要																		●	●					
9	併設型における利用者の推定数又は空床型における当該施設の入所者の定員【短期入所事業所のみ】	●			●														●	●					
10	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	●			●	●	●					▲													
11	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所	●			●	●		●				●											▲		
12	事業所(施設)のサービス管理責任者の氏名及び住所	●			●	●		●				▲	●	●									▲		
13	運営規程	▲																							
	上記以外の従業者の職種・員数の変更の場合(※1)	●			●	●																			
14	協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約の内容又は医療機関との協力体制の概要	●																						●	
15	関係機関(障害者支援施設等)との連携体制及び支援の体制概要【共同生活援助事業所のみ】	●																							●
16	提携する公共職業安定所その他の関係機関の名称【就労選択支援及び就労移行支援事業所のみ】	●																							
その他	同行援護・行動援護従事者の変更	●			●	●					●	●												●	
	相談支援専門員の変更	●			●						●	●												●	
	就労選択支援員の変更【就労選択支援事業所のみ】				●									●											
	就労支援員又は就労定着支援員の変更【就労移行支援又は就労定着支援事業所のみ】				●											●									

NPO法人等で代表者が登記事項証明書に記載されない場合は理事会議事録の写し等

定款・寄附行為に変更があった場合に届出が必要なのは就労継続支援A型のみ

管理者の資格要件がある場合に必要に応じ提出

サービス提供責任者等の人数が増減する場合に提出

付表の記載事項に変更がある場合に提出

必要に応じて提出(社会福祉主事任用資格等)

必要に応じて提出

※1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護(以下、訪問系事業)の居宅介護員等の変更については、年1回以上の届出(時期は任意)を行うこと。

※2 ヘルパー2級の場合は介護等の3年以上の実務経験がわかる実務経験証明書を添付すること。

管理者及びサービス管理者責任者以外の従業者については、加算に変更がないような人数の増減や人員交代があった際の届出は不要です。ただし、配置にあたり資格を要する職種の人員変更については、資格要件を満たしているか事業所において適切に確認してください。

変更項目と必要な届出

	障害者総合支援法			児童福祉法		
	事業所指定	事業	業務管理体制	事業所指定	事業	業務管理体制
提出様式	変更届出書 (別記様式第二号)	障害福祉サービス事業等 開始(変更)届出書 (様式第3号)	業務管理体制の整備に関する事 項の届出書(届出事項の変更) (第3号様式)	変更届 (別記様式第二号)	障害児通所支援事業等 開始(変更)届出書 (書式例第4号)	業務管理体制の整備に関する事 項の届出書(届出事項の変更) (第4号様式)
提出先	障害福祉課 ※特定相談支援:市町村	地域振興局 健康福祉(環境)部	障害福祉課 ※特定相談支援のみ実施(事業 所が2以上の市町村に所在する 場合を除く):市町村	障害福祉課 ※障害児相談支援:市町村	児童相談所	障害福祉課 ※障害児相談支援(事業所が2 以上の市町村に所在する場合を 除く):市町村
変更 項目	事業所(施設)の名称・所在地	○	○	○(※) (届出区分変更時のみ)	○	○(※) (届出区分変更時のみ)
	法人の名称・主たる事務所の所在地	○	○	○	○	○
	代表者の氏名・生年月日・住所・職名	○	○	○(※)	○	○(※)
	基本約款(条例、定款、寄付行為等)	○ (指定事業に関するものに限る)	○		○ (指定事業に関するものに限る)	○
	事業者の登記事項証明書	○ (指定事業に関するものに限る)			○ (指定事業に関するものに限る)	
	事業所(施設)の建物の構造・平面図・設備の概要	○			○	
	管理者・サービス提供責任者・サービス管理責任者・児童発 達支援管理責任者・相談支援専門員の氏名・生年月日・住 所・経歴	○	○		○	○
	運営規程	○			○	○
	事業を行おうとする区域	○(運営規程)	○			
	利用定員	○(運営規程)	○			
	職員の定数及び職務の内容	○(運営規程)	○		○(運営規程)	○
	協力医療機関の名称・診療科名、協力医療機関との契約内 容、医療機関との協力体制の概要	○				
	報酬の請求に関する事項(定員規模・人員配置・加算)	○			○	
	法令遵守責任者の氏名・生年月日			○		○
	法令遵守規程の概要 ※軽微なものを除く			○		○
	業務執行状況の監査の方法の概要			○		○
	【短期入所のみ】事業所の種別(併設型・空床型・単独型)	○				
	【短期入所のみ】利用者の推定数(併設型)・施設の入所者 の定員(空床型)	○				
	【短期入所のみ】事業の用に供する施設の種類		○			
	【共同生活援助のみ】関係機関(障害者支援施設等)との連 携体制及び支援の体制の概要	○				
【就労選択支援及び就労移行支援のみ】提携する公共職業 安定所その他の関係機関の名称	○					
【医療型障害児入所施設のみ】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				○		

定款・寄付行為に変更があった場合に届出
が必要なのは就労継続支援A型のみ

「介護給付費等算定に係る体制等に
関する届出書」(様式第5号)により届
出をすること。

「障害児通所・入所給付費算定に係
る体制等に関する届出書」(様式第5
号)より届出をすること。

※ 提出を省略可能(変更届出書(別記様式第二号)の所定欄にチェックをつけること)

5 再開届・廃止届・休止届

(1) 廃止・休止しようとする場合

事業を廃止、休止しようとする日の1月前までに、「再開・廃止・休止届出書（様式第1号）」を提出する必要があります。

また、廃止又は休止の場合は、現に当該指定障害福祉サービス（指定地域相談支援）を受けている者の氏名等を記載した書類を添付してください。

※ 一部の事業の廃止、休止の場合は、サービスの種類を明記してください。

(2) 再開した場合

事業を再開した日から10日以内に「再開・廃止・休止届出書（様式第1号）」を提出する必要があります。当該事業に係る人員配置が休止前と異なる場合には、「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）」を添付してください。また、その他変更事項がある場合は、変更届（別記様式第二号）を併せて提出してください。

(3) 指定の辞退をしようとする場合（障害者支援施設）

指定を辞退する日の3月前までに「指定辞退届（様式第2号）」を提出する必要があります。

また、現に当該施設障害福祉サービスを受けている者の氏名等を記載した書類を添付してください。

【参考：事業の廃止（休止）届について】

① 事業を廃止・休止する場合は、事業の廃止（休止）前に「障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書（様式第4号）」を県地域振興局へ提出する必要があります。

② 障害者支援施設の指定を辞退する場合は、1月前までに「社会福祉施設廃止届出書（様式例2）」を県地域振興局へ提出する必要があります。

記載例

新潟県知事

様

再開・廃止・休止届出書

令和8年2月28日

届出を行う内容に応じて、該当しないものに線をひくこと

郵便番号 950-0000

住所 〇〇市△△町×-×

届出者 法人の名称 社会福祉法人〇〇福祉会

代表者の氏名 理事長 新潟 太郎

電話番号 025-280-0000

下記のとおり指定に係る事業を再開(廃止・休止)したので、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46条第1項(第46条第2項・第51条の25第1項・第51条の25第2項)の規定により、届け出ます。

一部の事業の廃止(休止・再開)の場合には、サービスの種類を明記

事業所番号		1	5	1
届出に係る事業所	名称	〇〇〇工房(就労移行支援)										
	所在地	〇〇市□□町△△-△										
再開(廃止・休止)した年月日		令和8年3月31日										
廃止し、又は休止した理由		(例) 利用者がいないため										
現に指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)を受けていた者に対する措置												
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員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合は、その旨を記載すること。

2 事業の廃止(休止)の場合、当該指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)を受けていた者(指定地域相談支援)に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無(有の場合は、引き続き当該指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス(地域相談支援)を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者(指定一般相談支援事業者)の名称)を記載した書類を添付すること。

廃止又は休止の場合は、引き続きサービスの提供を希望する者に対しては、必要なサービスが継続的に提供されるよう他の障害福祉サービス事業者その他関係者との連絡調整等を行わなければならない。
また、現に当該指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)を受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無(有の場合は、引き続き当該指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス(地域相談支援)を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者(指定一般相談支援事業者)の名称)を記載した書類を添付すること。

6 指定の更新申請

障害福祉サービス事業者等の指定については、6年ごとに更新を受けなければ、その期間の経過によって、効力を失うものとされています。

指定の有効期間が満了となる事業所については、更新申請が必要となりますので、満了の日の3月前までに指定更新申請書及び添付書類を提出してください。

○ 多機能型事業所等で更新時期が異なる場合

なお、多機能型事業所又は居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護を一体的に実施している事業所で、有効期間満了日が異なる場合は、有効期間満了となるサービスの更新申請と併せて、その他のサービスを廃止して新規指定申請することにより、更新時期を合わせてください。

○ 事業を廃止する場合

指定の更新を行わず、事業を廃止する場合には、廃止しようとする日の1月前までに、廃止届を提出してください。

○ 休止している事業の指定更新について

再開届を提出し、基準上必要な人員配置を行わない限り、指定更新はできません。

基準上必要な人員を配置しない場合は、廃止届を提出し、再度、当該事業を行う場合は、指定申請を行うこととなります。

指定更新申請時提出書類一覧

1 必須書類

提出様式等		備考
1	指定更新申請書(別記様式第一号)	
2	付表	
3	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)	障害者支援施設の場合は、施設ごとの勤務表等を添付
4	組織体系図(参考様式2)	
5	誓約書(参考様式10)	役員等名簿は不要

2 指定申請時に変更が生じる場合に提出が必要な書類 (既に県へ届出済みの内容から変更がない場合は提出不要)

提出様式等		備考
1	定款、寄附行為	就労継続支援A型のみ
2	申請者の登記事項証明書又は条例等	
3	管理者・サービス提供責任者・サービス管理責任者の経歴書(参考様式3)	
4	管理者、サービス管理責任者の実務経験(見込)証明書(参考様式4)	資格要件として実務経験が必要な場合
5	事業所の位置図	
6	平面図(参考様式5)	
7	概要写真	
8	設備・備品等一覧表(参考様式6)、建築物関連法令等に関する届出(参考様式7)	
9	運営規程	
10	主たる対象者特定の原因書(参考様式8)	
11	利用者(入所者)及び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(参考様式9)	
12	協力医療機関との契約の内容(参考様式11)	居宅介護等、療養介護、就労定着支援、自立生活援助、一般相談支援を除く
13	施設等との連携体制及び支援の体制の概要(参考様式12)	共同生活援助のみ
14	事業所の不動産登記簿謄本又は賃貸借契約書の写し等	
15	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書(様式第5号)	
16	介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表(新潟県・別紙1)	
17	算定する加算がある場合は各加算に係る別紙及び添付書類	
18	共同生活援助に係る体制(新潟県・別紙2)	共同生活援助のみ
19	基本報酬の算定区分に関する書類(新潟県・別紙3～7)	就労系サービスは必ず添付すること
20	利用予定者名簿	居宅介護等、重度障害者等包括支援、一般相談支援を除く

※ 多機能型事業所について、共通する書類は1部提出で可。

一体的に実施している事業の更新時期を合わせる場合

多機能型事業所、又は居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護を一体的に実施している事業所で、有効期間満了日が異なる場合は、有効期間満了となるサービスの更新申請と併せて、その他のサービスを廃止して新規指定申請することにより、更新時期を合わせることが可能です。

(※【就労定着支援】については、多機能型事業所には含まれず、更新時の要件（一体的に運営するサービスの就職者数など）があることから、他サービスと更新時期を合わせることはできません。)

提出書類

1	<p>廃止届出書（様式第1号）</p> <p>※ 廃止した理由 「更新時期を合わせるため」と記入</p> <p>※ 現に指定障害福祉サービスを受けていた者に対する措置 「再度、指定を受け、継続してサービスを提供する」旨を記入</p>
2	<p>指定（指定更新）申請書</p> <p>※ 「指定を受けようとする事業所・施設の種類」欄</p> <p>○ 指定更新申請を行う（指定の有効期間が満了となる）事業、廃止して新規指定申請を行う（更新時期を合わせる）事業のどちらも、「既に指定を受けている事業」に「○」を付け、「事業の開始予定年月日」欄には、現に受けている指定の有効期間満了日を記載</p>
3	<p>各事業の必須書類（指定更新申請書を除く）及び変更があった場合に提出が必要な書類</p>

記入例：指定有効期間満了日が異なり、更新時期を合わせる場合

別紙様式第一号

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所

更新申請を行う事業に応じて、
 該当しないものに線を引くこと

指定更新 申請書

令和8年4月30日

新潟県 知事 殿

所在地 新潟県新潟市中央区〇〇町△-△
 名称 社会福祉法人〇〇福祉会
 代表者 新潟 太郎

ブルダウンで「指定更新」を選択すること

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		
申請者(設置者)	フリガナ	シャカイフクシホウジン〇〇フクシカイ				
	名称	社会福祉法人〇〇福祉会				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区〇〇町△-△				
	連絡先	電話番号	025-280-〇〇〇〇		(内線)〇〇〇〇	
		E-mailアドレス	〇〇〇@△△△.com			
法人等の種類	社会福祉法人(社協以外)					
代表者の職名・氏名・生年月日	職名	理事長	フリガナ	ニイガタ タロウ	生年月日	19〇〇年〇月〇日
			氏名	新潟 太郎		
代表者の住所	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区〇〇町□-□					
フリガナ	〇〇〇コウボウ					
名称	〇〇〇工房					
事業所(施設)の所在地	(郵便番号 950 - 〇〇〇〇) 新潟県新潟市中央区□□町〇-〇					
多機能型事業所に係る指定の申請の場合は		〇				
同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービスの指定を申請するものに〇	今回の指定(更新・変更)申請をす対象事業等に〇	既に指定を受けている事業に〇	事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(付表)
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	居宅介護					付表1
	重度訪問介護					付表1
	同行援護					付表1
	行動援護					付表1
	療養介護					付表2
	生活介護		〇	〇	令和8年7月31日	付表3
	短期入所					付表4
	重度障害者等包括支援					付表5
	自立訓練(機能訓練)					付表6
	自立訓練(生活訓練)					付表6
	就労選択支援					付表7
	就労移行支援					付表8
	就労継続支援A型					付表9
	就労継続支援B型					付表10
	就労定着支援		〇	〇	令和10年7月31日	付表10
自立生活援助					付表11	
共同生活援助					付表12	
指定障害者支援施設(施設入所支援)					付表13	
指定一般相談支援事業所	地域移行支援				付表14	
	地域定着支援				付表14	
指定特定相談支援事業所					付表15	
指定障害児通所支援事業所	児童発達支援				付表16	
	放課後等デイサービス				付表16	
	居宅訪問型児童発達支援				付表17	
指定障害児入所施設	保育所等訪問支援				付表18	
					付表19/20	
指定障害児相談支援事業所					付表15	
【既に指定を受けている場合】事業所番号		1 5 1		〇〇〇〇〇〇〇 1 1		

運営規程で定める事業所の名称と一致させること

現に受けている指定の有効期間満了日を記載すること
 ※更新時期を合わせるため、廃止して新規指定申請とする事業についても同様

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をす事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「〇」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

第 6 その他

1 障害福祉サービス事業開始届等

障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業等を実施する場合は、障害者総合支援法第79条の規定により、県（新潟市内の事業所にあつては新潟市）への届出が義務付けられています。

（参考）届出が必要な事業

- ・ 障害福祉サービス事業
- ・ 一般相談支援事業及び特定相談支援事業
- ・ 移動支援事業
- ・ 地域活動支援センターを運営する事業
- ・ 福祉ホームを運営する事業

（1）事業を開始する場合

障害福祉サービス等事業開始（変更）届出書（様式第3号）により、あらかじめ届け出る必要があります。

（2）届出項目に変更があった場合

障害福祉サービス等事業開始（変更）届出書（様式第3号）を変更の日から1月以内に提出する必要があります。

（3）事業を廃止又は休止しようとする場合

障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書（様式第4号）により、あらかじめ届け出る必要があります。

【提出先】

事業所所在市町村	提出先
村上市、関川村、粟島浦村、新発田市、胎内市、阿賀野市、聖籠町	新発田地域振興局健康福祉環境部地域福祉課
五泉市、阿賀町	新潟地域振興局健康福祉部総務福祉課
三条市、加茂市、燕市、田上町、弥彦村	三条地域振興局健康福祉環境部地域福祉課
長岡市、小千谷市、見附市、出雲崎町、柏崎市、刈羽村	長岡地域振興局健康福祉環境部地域福祉課
魚沼市、南魚沼市、湯沢町、十日町市、津南町	南魚沼地域振興局健康福祉環境部地域福祉課
上越市、妙高市、糸魚川市	上越地域振興局健康福祉環境部総務福祉課
佐渡市	佐渡地域振興局健康福祉環境部総務福祉課

※新潟市内の事業所・・・新潟市福祉部障がい福祉課

記載例

様式第3号

障害福祉サービス事業等開始(変更)届出書

開始し、又は変更しようとする事業	種類	障害福祉サービス（就労継続支援B型）	
	提供する便宜等の内容	就労・生産活動の機会の提供、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。	
経営者	氏名又は名称	社会福祉法人〇〇福祉会	
	住所	〇〇市△△町×-×	
基本約款	別紙1のとおり		
職員の種類	職務の内容		職員の定数
管理者	(例) 従業者及び業務の管理		1 人
サービス管理責任者	(例) 個別支援計画の作成		1 人
生活支援員	(例) 日常生活上の支援、相談、介護		1 人
職業指導員	(例) 作業能力の習得・向上に関する指導		2 人
			合計
			5 人
主な職員の氏名	管理者 新潟 次郎 サービス管理責任者 越後 一子		
主な職員の経歴	別紙2のとおり		
事業を行おうとする区域	〇〇市		
事業の用に供する施設	名称	〇〇〇工房	
	種類	(※ 短期入所の場合のみ記入)	
	所在地	〇〇市□□町△△-△	
	利用定員	20人	
事業開始の予定年月日	令和8年7月1日		

上記のとおり事業を開始(変更)するので、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79条第2項(第3項)の規定により、届け出ます。

令和8年 4月 1日

住所 〇〇市△△町×-×

届出者 社会福祉法人〇〇福祉会

氏名 理事長 新潟 太郎

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

新潟県知事 様

障害福祉サービス事業開始（変更）届に係る記入上の注意

- 1 原則として、事業所ごと、サービスの種類ごとに作成すること。
ただし、多機能型事業所又は居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護を1事業所において実施している場合は、サービスの種類が複数であることに関わらず、事業所ごとに作成して差し支えない。
- 2 不要な字句は削除又は二重線で抹消すること。
- 3 「開始し、又は変更しようとする事業」の「種類」欄には、届け出る事業名を記入すること。
- 4 「開始し、又は変更しようとする事業」の「提供する便宜等の内容」欄には、事業内容を具体的に記入すること。
- 5 変更届の場合は、変更した部分のみを記入し、それ以外の部分は斜線を引くこと。
ただし、「事業の用に供する施設」欄に変更がない場合についても、名称、所在地をそれぞれ記入すること。
- 6 基本約款は、当該事業を営営するものが市町村である場合には条例を、法人である場合には当該事業が記載されている定款を添付すること。
- 7 「経営者」欄は、当該事業を営営するものが法人である場合には、その名称及び主たる事務所(法人事務局等)の所在地をそれぞれ記入すること。
(例) 社会福祉法人〇〇福祉会
新潟県〇〇市△△町×-×
- 8 「主な職員の氏名」欄には、管理者及びサービス管理責任者（居宅介護、重度訪問介護同行援護、行動援護については、サービス提供責任者）の氏名を記入すること。
主な職員の経歴については、経歴書（指定申請の様式を準用するなど、任意の様式）を添付すること。
- 9 従たる事業所又は複数の共同生活住居がある場合には、「事業の用に供する施設」欄の「名称」欄、「所在地」欄、「利用定員」欄に、それぞれ記入すること。
- 10 「事業開始の予定年月日」欄には、当該事業を開始する日付又は変更した日付を記入すること。開始の日付が届出年月日より遡っている場合や、変更等から1か月以上経過している場合については、届出が遅れた理由等を、任意様式で提出すること。
- 11 開始届には、当該事業に係る収支予算書及び事業計画書を添付すること。
なお、事業計画書は、指定申請書又は変更届出書に添付する付表に代えて差し支えない。

記載例

様式第4号

障害福祉サービス事業等廃止~~(休止)~~届出書

廃止し、又は休止しようとする事業	障害福祉サービス（就労移行支援）
廃止又は休止の予定年月日	令和8年3月31日
廃止又は休止の理由	（例）利用者がいないため
現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置	
休止の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで

上記のとおり事業を廃止~~(休止)~~したいので、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79条第4項の規定により、届け出ます。

令和8年 3月 1日

住所 ○○市△△町×-×
 届出者 社会福祉法人○○福祉会
 氏名 新潟 太郎
 〔法人にあつては、名称〕
 及び代表者の氏名〕

新潟県知事 様

引き続きサービスの提供を希望する者に対しては、必要なサービスが継続的に提供されるよう他の障害福祉サービス事業者その他関係者との連絡調整等を行わなければならない

2 建物使用に係る建築基準法令等の遵守について

法令等	概要	備考
建築基準法令	<p>児童福祉施設等を新築し、又は、既存の建築物の用途を変更して児童福祉施設等とする場合には、建築基準法令に適合しているかどうかの確認を受ける必要があります。</p> <p>適合状況は専門的な知識が必要となるので、必ず当該建築地を所管する特定行政庁（建築主事を置く市町村長又は都道府県知事）に御相談ください。</p>	<p>グループホーム（共同生活住居）は建築基準法上、用途が規定されていないため、施設の規模、配置等から判断し、用途の取扱いを決めることとなります（通常は「寄宿舍」、「共同住宅」あるいは「児童福祉施設等」として取り扱われます）。</p> <p>したがって、グループホームを新築する場合や既存建築物をグループホームとして使用する場合は、建築確認を受けることが必要な場合があるため、必ず当該建築地を所管する特定行政庁（建築主事を置く市町村長又は都道府県知事）の建築担当課等に御相談ください。</p>
消防法令	<p>社会福祉施設等において、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けることが義務付けられ、消防法令に適合しているか確認を受ける必要があります。</p> <p>適合状況については、施設の内容によって設置基準が異なりますので、管轄する消防本部へ御相談ください。</p>	<p>※新潟県防災局消防課の関連パンフレットを御確認ください。</p>
新潟県福祉のまちづくり条例	<p>高齢者、障害者等の自立と社会参加を促進するために、生活環境の整備を図る施策を推進し、もって、豊かな福祉社会の実現に寄与することを目的とし、公共的施設における多数の利用に供する出入口、廊下、階段等について、高齢者、障害者等が安全かつ快適に利用できる構造及び設備についての整備基準を定めた条例です。</p> <p>社会福祉施設等については本条例を遵守する必要があります。事前協議に関するお問い合わせは、市町村担当課にお願いします。</p>	<p>新潟県福祉のまちづくり条例に関する情報は、下記 URL から御確認ください。</p> <p>新潟県ホームページ＞分野別＞健康・福祉＞高齢者・障害者・福祉＞障害者の福祉＞事業者向け情報（各種申請・届出など）＞福祉のまちづくり＞福祉のまちづくり条例</p> <p>https://www.pref.niigata.lg.jp/sec/shougai-fukushi/fukumachi.html</p>

3 非常災害対策について

新潟県基準条例においては、当該施設・事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、火災、地震、風水害、津波その他の非常災害に関する具体的計画（以下、「非常災害対策計画」という。）を策定すること及び定期的に避難訓練を実施することを義務付けています（訪問系サービス、就労定着支援事業所、自立生活援助、相談支援事業所、居宅訪問型児童発達支援事業者及び保育所等訪問支援事業者を除く。）。施設・事業所は、所在する地域の環境を確認の上、事業所の所在する地域の環境と利用者の特性に応じた計画を必ず作成してください。

なお、浸水想定区域、土砂災害警戒区域、津波浸水想定内に所在し市町村が作成する地域防災計画に記載のある施設・事業所は、水防法等において避難確保計画を作成し市町村に提出すること及び避難訓練を実施することが義務付けられています。避難確保計画は、非常災害対策計画に必要な項目を加えることで作成したとみなすことができます（次頁参照）。

また、原子力災害重点区域内の施設・事業所は原子力災害避難計画を策定するよう努める必要があります（新潟県地域防災計画（原子力災害対策編））。

非常災害対策計画に関する情報は、県ホームページに掲載しています。

○新潟県トップページ>分野別>健康・福祉>高齢者・障害者・福祉>障害者の福祉>事業者向け情報（各種申請・届出など）>指定障害福祉サービス事業所等の基準条例・規則について

【非常災害対策計画と避難確保計画の比較】

計画	非常災害対策計画 (災害時対応マニュアル)	避難確保計画
根拠法令等	・ 基準条例	・ 水防法 ・ 土砂災害防止法 ・ 津波防災地域づくり法
対象	①障害者支援施設 ②指定障害福祉サービス事業者 (居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、 重度障害者等包括支援、就労定着支援又は自立生活 援助に係る指定障害福祉サービスの事業のみ を行う者を除く。) ③共生型障害福祉サービス事業者 (居宅介護又は重度訪問介護に係る共生型障害福 祉サービスの事業のみを行う者を除く。) ④基準該当障害福祉サービス事業者 (就労継続支援 B 型に係る基準該当障害福祉サー ビスの事業を行う者に限る。) ⑤特定基準該当障害福祉サービス事業者 ⑥障害児入所施設 ⑦障害児通所支援事業者等 (居宅訪問型児童発達支援事業者及び保育所等訪 問支援事業者を除く。) ⑧共生型障害児通所支援事業者 ⑨基準該当通所支援事業者	以下の①から⑫の施設・事業所のうち、 浸水想定区域、土砂災害警戒区域、津波 浸水想定内に所在し、市町村が作成する 地域防災計画に記載のある要配慮者利用 施設 ①障害者支援施設 ②療養介護事業所 ③生活介護事業所 ④短期入所事業所 ⑤自立訓練事業所 ⑥就労移行支援事業所 ⑦就労継続支援事業所 ⑧共同生活援助事業所 ⑨障害児入所施設 ⑩児童発達支援センター ⑪児童発達支援事業所 ⑫放課後等デイサービス事業所
義務	・ 非常災害対策計画の作成 ・ 避難訓練の実施	・ 避難確保計画の作成及び市町村への提出 ・ 避難訓練の実施
計画で 定める項目 *避難確保 計画は根拠 法令により 計画に定め なければな らない事項 を規定	・ 障害者支援施設等の立地条件 ・ 災害に関する情報の入手方法 ・ 災害時の連絡先及び通信手段の確認 ・ 避難を開始する時期、判断基準 ・ 避難場所 ・ 避難経路 ・ 避難方法 ・ 災害時の人員体制、指揮系統 ・ 関係機関との連絡体制	・ 計画の目的 ・ 計画の適用範囲 ・ 防災体制 ・ 情報の収集および伝達 ・ 避難の誘導 ・ <u>避難確保を図るための施設の整備</u> ・ <u>防災教育及び訓練の実施</u> ・ 自衛水防組織の業務（自衛水防組織を設 置する場合に限る。）

※「計画で定めるべき項目」の下線部分は避難確保計画にのみ記載が求められる項目です。国土交通省作成の手引き等を参考に非常災害対策計画に下線の項目を加えることで、避難確保計画を作成したとみなすことができます。

4 介護給付費等の請求・支払いについて

障害福祉サービス事業者等が利用者に対してサービスを提供した後、介護給付費等の支払を受けるためには、各都道府県の国民健康保険団体連合会（国保連）へ請求する必要があります。

具体的には、請求書類（介護給付費・訓練等給付費等請求書・明細書、サービス提供実績記録票など）を、サービス提供月の翌月の10日までに国保連に提出（インターネットより送信）します。これを受けて、国保連において請求内容を審査した後、サービス提供月の翌々月15日（土・日・祝日の場合は翌平日）に事業者へ支払いが行われます。

詳細については、新潟県国民健康保険団体連合会へお問い合わせください。

新潟県国民健康保険団体連合会 〒950-8560 新潟市中央区新光町7番地1 新潟県自治会館別館 電話 025-285-3059 FAX 025-285-3550

第 7 様式

1 標準様式

(1) 申請書・届出書

- ・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
指定・指定更新・指定変更申請書（別記様式第一号）

別紙様式第一号

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所
申請書

年 月 日

知事(市区村長) 殿

所在地
申請者 名称
代表者

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)					
申請者(設置者)	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号	(内線)				
		E-mailアドレス					
	法人等の種類						
代表者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日		
	代表者の住所	(郵便番号 -)					
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ 名称						
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 -)					
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○						
	同一所在地において行う事業等の種類		共生型サービスの指定を申請するものに○	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に○	既に指定を受けている事業に○	事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(付表)
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護					付表1
		重度訪問介護					付表1
		同行援護					付表1
		行動援護					付表1
		療養介護					付表2
		生活介護					付表3
		短期入所					付表4
		重度障害者等包括支援					付表5
		自立訓練(機能訓練)					付表6
		自立訓練(生活訓練)					付表6
		就労選択支援					付表7
就労移行支援						付表8	
就労継続支援A型						付表9	
就労継続支援B型					付表10		
就労定着支援					付表10		
自立生活援助					付表11		
共同生活援助					付表12		
指定障害者支援施設(施設入所支援)						付表13	
指定一般相談支援事業所	地域移行支援					付表14	
	地域定着支援					付表14	
指定特定相談支援事業所						付表15	
指定障害児通所支援事業所	児童発達支援					付表16	
	放課後等デイサービス					付表16	
	居宅訪問型児童発達支援					付表17	
	保育所等訪問支援					付表18	
指定障害児入所施設						付表19/20	
指定障害児相談支援事業所						付表15	
【既に指定を受けている場合】事業所番号							

(備考)

- 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 【既に指定を受けている場合】事業所番号欄には、申請を行う都道府県等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。
- 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

・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
 変更届出書（別記様式第二号）

別紙様式第二号

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設
 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設
 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所
 変更届出書

年 月 日

知事(市区村長) 殿

所在地
 申請者 名称
 代表者氏名

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

- 指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先(以下「指定権者」という。)と指定障害福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先(以下「監督権者」という。)が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「事業所(施設)の所在地」又は「申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」の場合であって、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出又は届出書への記載については、指定権者への変更の届出があったことをもって省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス(□)に✓を付してください。なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。

事業所番号	
指定を受けた内容を変更した事業所又は施設	名称
	所在地
サービスの種類	
変更年月日	
年 月 日	
変更があった事項(該当に○)	
事業所(施設)の名称	(変更前)
事業所(施設)の所在地	
事業所(施設)の連絡先(電話番号)	
申請者の名称	
申請者の主たる事務所の所在地	
申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
法人等の種類	
登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	
共生型サービスの該当有無	
事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要	
利用者又は入所者の定員	(変更後)
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴	
運営規程	
協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容	
提携就労支援機関の名称	
提供する障害福祉サービス等の種類	
第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等	
事業実施形態(事業所の種別等)	
従業者の勤務の体制及び勤務形態	
その他	

- (備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

(2) 付表

- ・居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定等に係る記載事項（付表1）

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等に係る記載事項										
事業所	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	電話番号									
	E-Mail									
事業所以外の事務所	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	電話番号									
	E-Mail									
管理者	フリガナ			生年月日						
	氏 名				年	月	日			
	住 所	(郵便番号 -)								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)									
	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							
		兼務する職種及び勤務時間等								
サービス提供者	フリガナ									
	氏 名			生年月日						
	住 所	(郵便番号 -)								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項										
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	その他(年末年始等)									
営業時間	平日	: ~ :								
	土曜	: ~ :								
	日・祝	: ~ :								
サービス内容	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									
利用料										
その他の費用										
通常の事業の実施地域										
(備考)										
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。										
2. 「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も記載してください。										

・療養介護事業所の指定等に係る記載事項（付表2）

付表2 療養介護事業所の指定等に係る記載事項										
事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	連絡先	電話番号								
	E-Mail									
管理者	フリガナ				生年月日					
	氏名					年	月	日		
	住所	(郵便番号 -)								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)									
	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								
	兼務する職種及び勤務時間等									
サービス管理者	フリガナ				生年月日					
	氏名					年	月	日		
	住所	(郵便番号 -)								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項										
利用定員(人)					利用者の推定数(人)					
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	その他(年末年始等)									
営業時間	平日	:		~		:				
	土曜	:		~		:				
	日・祝	:		~		:				
利用料										
その他の費用										
通常の事業の実施地域										
設備	多目的室(デイルーム)の有無(いずれかに○)					有	無			
(備考)										
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。										
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。										
3. 「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も記載してください。										

・生活介護事業所の指定等に係る記載事項（付表3）

付表3 生活介護事業所の指定等に係る記載事項										
事業所	フリガナ 名 称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	電話番号									
	E-Mail									
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)									
	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		兼務する職種及び勤務時間等						
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)								
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号									
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項										
利用定員(人)										
利用者の推定数 (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									
	サービス単位2									
	サービス単位3									
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	その他(年末年始等)									
営業時間	平日	:	~		:					
	土曜	:	~		:					
	日・祝	:	~		:					
利用料										
その他の費用										
通常の事業の実施地域										
協力医療機関	名称					診療科名				
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項										
事業所	フリガナ 名 称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	電話番号									
	E-Mail									
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)								
	実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号									
利用定員(人)										
利用者の推定数 (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									
	サービス単位2									
	サービス単位3									
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	その他(年末年始等)									
営業時間	平日	:	~		:					
	土曜	:	~		:					
	日・祝	:	~		:					
利用料										
その他の費用										
通常の事業の実施地域										
協力医療機関	名称					診療科名				
(備考)										
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。										
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。										
3. 「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も記載してください。										
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。										

・短期入所事業所の指定等に係る記載事項（付表4）

付表4 短期入所事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	住 所	(郵便番号 -)						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	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						
	兼務する職種及び勤務時間等							
事業所の種別(いずれかに○)及び定員(人)	種別	定員						
	空床型	本体施設の空床の範囲内						
	併設型							
	単独型							
本体施設の種別・名称・定員・入所者数	名称				定員			
	種別				前年度平均入所者数			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号			
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用者の推定数(人)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
協力医療機関	名称				診療科名			
(備考)								
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。								
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。								
3. 「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も記載してください。								
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。								

・ 重度障害者等包括支援事業所の指定等に係る記載事項（付表5）

付表5 重度障害者等包括支援事業所の指定等に係る記載事項										
事業所	フリガナ 名 称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	電話番号									
	E-Mail									
事業所以外の 事務所	フリガナ 名 称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	電話番号									
	E-Mail									
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)									
	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								
		兼務する職種及び勤 務時間等								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項										
事業所 の 体 制	提供する障害福祉 サービス	種類	事業所名							
		種類	事業所名			所在地				
	第三者委託により提 供する障害福祉サー ビス									
利用者からの連絡対 応体制の概要										
利用者の推定数(人)										
主たる対象者 (いずれかに○)	特定しない	I 類型			II 類型		III 類型			
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	その他(年末年始等)									
営業時間	平日	:			~		:			
	土曜	:			~		:			
	日・祝	:			~		:			
利用料										
その他の費用										
通常の事業の実 施地域										
協力医療機関	名称				診療科名					
(備考)										
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。										
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。										
3. 「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も記載してください。										
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。										

・ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業所の指定等に係る記載事項（付表6）

付表6 自立訓練(機能訓練・生活訓練)事業所の指定等に係る記載事項												
サービス種別(申請するものに○)			機能訓練			生活訓練			宿泊型自立訓練を実施する場合は○			
事業所	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 -)										
	電話番号											
管理者	E-Mail											
	フリガナ			生年月日	年 月 日							
	氏 名	(郵便番号 -)										
	住 所											
サービス管理者	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)											
	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		兼務する職種及び勤務時間等								
	フリガナ			生年月日	年 月 日							
サービス管理	氏 名	(郵便番号 -)										
	住 所											
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号												
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項												
訪問事業の実施	有		無									
利用定員(人)												
利用者の推定数(人)												
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝				
	その他(年末年始等)											
営業時間	平日	:		~		:						
	土曜	:		~		:						
	日・祝	:		~		:						
利用料												
その他の費用												
通常の事業の実施地域												
協力医療機関	名称							診療科名				
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項												
事業所	フリガナ											
	名 称											
	所在地	(郵便番号 -)										
	電話番号											
サービス管理	E-Mail											
	フリガナ			生年月日	年 月 日							
	氏 名	(郵便番号 -)										
	住 所											
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号												
訪問事業の実施	有		無									
利用定員(人)												
利用者の推定数(人)												
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝				
	その他(年末年始等)											
営業時間	平日	:		~		:						
	土曜	:		~		:						
	日・祝	:		~		:						
利用料												
その他の費用												
通常の事業の実施地域												
協力医療機関	名称							診療科名				
(備考)												
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。												
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。												
3. 「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も記載してください。												
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。												

・就労選択支援事業所の指定等に係る記載事項（付表7）

付表7 就労選択支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ			
	名称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	E-Mail			
管理者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	(郵便番号 -)		
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			
	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		
	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、当該事業の実施について定めてある条例等			第 条 第 項 第 号	
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項				
利用定員(人)				
利用者の推定数(人)				
利用料				
その他の費用				
通常の事業の実施地域				
協力医療機関	名称		診療科名	
提携就労支援機関				

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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も記載してください。
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

・就労移行支援事業所の指定等に係る記載事項（付表8）

付表8 就労移行支援事業所の指定等に係る記載事項					
サービス種別(申請するものに○)		一般型		資格取得型	
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -)			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	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			
	兼務する職種及び勤務時間等				
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -)			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関	名称		診療科名		
提携就労支援機関					
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項					
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -)			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関	名称		診療科名		
提携就労支援機関					
(備考)					
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。					
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。					
3. 「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も記載してください。					
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。					

・ 就労継続支援事業所の指定等に係る記載事項（付表9）

付表9 就労継続支援事業所の指定等に係る記載事項					
サービス種別(申請するものに○)		就労継続支援A型		就労継続支援B型	
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -)			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	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	兼務する職種及び勤務時間等		
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -)			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関	名称		診療科名		
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項					
事業所	フリガナ 名 称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日
	住 所	(郵便番号 -)			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
協力医療機関	名称		診療科名		
(備考)					
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。					
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。					
3. 「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も記載してください。					
4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。					

・就労定着支援事業所の指定等に係る記載事項（付表10）

付表10 就労定着支援事業所の指定等に係る記載事項										
事業所	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	電話番号									
	E-Mail									
管理者	フリガナ				生年月日					
	氏名					年	月	日		
	住所	(郵便番号 -)								
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)									
	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								
	兼務する職種及び勤務時間等									
サービス管理者	フリガナ				生年月日					
	氏名					年	月	日		
	住所	(郵便番号 -)								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等					第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項										
利用者の推定数(人)										
一体的に運営する事業所の前年度の平均利用者数(人)										
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	その他(年末年始等)									
営業時間	平日	:			~			:		
	土曜	:			~			:		
	日・祝	:			~			:		
利用料										
その他の費用										
通常の事業の実施地域										
(備考)										
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。										
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。										
3. 「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も記載してください。										

・ 自立生活援助事業所の指定等に係る記載事項（付表 11）

付表11 自立生活援助事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ			生年月日				年 月 日
	氏 名							
	住 所	(郵便番号 -)						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	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						
	兼務する職種及び勤務時間等							
サービス管理者	フリガナ			生年月日				年 月 日
	氏 名							
	住 所	(郵便番号 -)						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等				第 条 第 項 第 号				
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用者の推定数(人)								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
(備考)								
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。								
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。								
3. 「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も記載してください。								

・ 共同生活援助事業所の指定等に係る記載事項（付表 12）

付表 12 共同生活援助事業所の指定等に係る記載事項					
主たる事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 -)			
	電話番号				
	E-Mail				
管理者	フリガナ		生年月日		
	氏名			年	月 日
	住所	(郵便番号 -)			
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)				
	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			
	兼務する職種及び勤務時間等				
サービス責任者	フリガナ		生年月日		
	氏名			年	月 日
	住所	(郵便番号 -)			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項					
サービスの提供形態(該当部分に○)	介護サービス包括型	生活支援員の業務の外部委託の予定	有	無	
	日中サービス支援型		有の場合の月間時間数		
	外部サービス利用型	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称及び所在地並びに当該事業者の名称及び所在地	別紙のとおり		
利用定員(人)					
利用者の推定数(人)					
指定生活介護事業所等との連携体制	連携する施設の種別		施設名		
	支援体制の概要				
協力医療機関	名称		診療科名		
協力歯科医療機関	名称				

○ 共同生活住居の情報				
共同生活住居① (主たる事業所)	フリガナ 名 称	(前頁に記載)		
	所在地	(前頁に記載)		
	連絡先	(前頁に記載)		
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室数	室(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)			
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)			
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		
共同生活住居②	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室数	室(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)			
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)			
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		
共同生活住居③	フリガナ 名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室数	室(うち個室 室)
	入居者1人当たりの居室の最小床面積(m ²)			
	一体的に運営するサテライト型住居数(箇所)			
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		

○サテライト型住居の情報

サテライト型住居①	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(m ²)	
	本体住居の名称			
本体住居との距離(km)				
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		

サテライト型住居②	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(m ²)	
	本体住居の名称			
本体住居との距離(km)				
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		

サテライト型住居③	フリガナ			
	名 称			
	所在地	(郵便番号 -)		
	電話番号			
	住居区分 (該当するものに○)	一戸建て	アパート	
		マンション	その他	
	建物所有者名			
	賃貸借契約の内容	家賃月額(円)		
		契約期間	~	
	住居の利用定員(人)		居室の最小床面積(m ²)	
	本体住居の名称			
本体住居との距離(km)				
主たる対象者 (対象とするものに○)	身体障害	知的障害		
	精神障害	難病等対象者		

- (備考)
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
 2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
 3. 「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も記載してください。
 4. 「診療科名」欄には、主な診療科名1つを記載してください。

・ 障害者支援施設の指定等に係る記載事項（付表 13）

付表 13 障害者支援施設の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)						
	当該施設で兼務する他の職種(兼務の場合記入)							
	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	兼務する職種及び勤務時間等					
サービス 責任者 管理	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日					
	住 所	(郵便番号 -)						
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
居室	1室の最大定員(人)							
	入所者1人あたりの最小床面積(m ²)							
廊下	廊下の幅(m)							
	中廊下の幅(m)							
既存施設からの 移行の場合	既存施設名							
	施設種別							
	経過措置	有	無					
	特定旧法受給者数(人)							
協力医療機関	名称					診療科名		
協力歯科医療機関	名称							
(就労移行支援を行う場合のみ)提携就労支援機関 名称								
○屋間実施サービス及び施設入所支援に係る記載事項								
屋間 実施サ ービス の種 類	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 (一般型)	就労移行支援 (資格取得型)	就労継続支援 (A型)	就労移行支援 (B型)	
	実施有無							
	利用者の推 定数							
屋間多機能の実施		有	無	屋間の総定員数(人)				
施設が申告する障害支援区分の平均値								
(生活介護を行う 場合のみ) 利用者の推定数 (人)	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							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
屋間実施サ ービスの 定員(人)	介護給付対象者	訓練等給付対象者	特定旧法受給者	合計				
	定員緩和措置の有無			有	無			
施設入所支援の定員(人)				他の社会福祉施設との併設		有	無	
併設施設の定員(人)				併設施設の種別				
施設入所支援の 利用者の推定数	サービス単位1							
	サービス単位2							
	サービス単位3							
短期入所の実施	併設型	空床型	無					
	短期入所の利用者の推定数(人)							
営業日(該当する 日に○)	日	月	火	水	木	金	土 祝	
	その他(年末年始等)							
営業時間	平日	:						
	土曜	:						
	日・祝	:						
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実 施地域								

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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も記載してください。

・指定一般相談支援事業所の指定等に係る記載事項（付表 14）

付表14 指定一般相談支援事業所の指定等に係る記載事項										
サービス種別(申請するものに○)			地域移行支援			地域定着支援				
事業所	フリガナ									
	名 称									
	所在地	(郵便番号 -)								
	電話番号									
	E-Mail									
管理者	フリガナ			生年月日						
	氏 名				年	月	日			
	住 所	(郵便番号 -)								
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無						有	無		
	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									
指定地域相談支援の提供に当たる者	フリガナ			生年月日						
	氏 名				年	月	日			
	住 所	(郵便番号 -)								
	フリガナ			生年月日						
	氏 名				年	月	日			
	住 所	(郵便番号 -)								
	フリガナ			生年月日						
	氏 名				年	月	日			
	住 所	(郵便番号 -)								
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等						第 条 第 項 第 号				
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項										
常時の連絡体制の確保の具体的方法(地域定着支援のみ)										
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝		
	その他(年末年始等)									
営業時間	平日	:		~		:				
	土曜	:		~		:				
	日・祝	:		~		:				
その他の費用										
通常の事業の実施地域										
(備考)										
1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。										
2. 「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も記載してください。										

2 参考様式

・従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（参考様式1）

(参考様式1)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

2026 年 4 月

サービス種別
事業所名
(1) 記載する期間
(2) 予定/実績の別

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数 時間/週 時間/月

No.	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)																														(9) 勤務時間数合計	(10) 週平均の勤務時間数	(11) 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	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30						
					水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	0	0.0	
1																																				0	0.0			
2																																				0	0.0			
3																																				0	0.0			
4																																				0	0.0			
5																																				0	0.0			
6																																				0	0.0			
7																																				0	0.0			
8																																				0	0.0			
9																																				0	0.0			
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					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0				
サービス提供時間																																								

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

(1) 「4週」・「暦月」のいずれかを選択してください。

(2) 「予定」・「実績」のいずれかを選択してください。

(3) 事業所における常勤の従業員が勤務すべき時間数を入力してください。

(4) 従業員の職種を入力してください。
記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

(5) 従業員の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号を入力してください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

(注) 常勤・非常勤の区分について
当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業員が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。
(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業員は常勤扱いとなります。)

(6) 従業員の保有する資格を入力してください。
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
※選択した資格及び研修に関して、**必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。**

(7) 従業員の氏名を記入してください。

(8) 申請する事業に係る従業員（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。

(9) 常勤の職員の休暇等については、その期間が暦年で1月を超えるものでない限り、常勤換算の計算上は勤務したものとみなすことができます。
その場合、勤務時間欄には「休」と記入し、勤務時間の合計に含めてください（非常勤職員の休暇等は常勤換算の計算に含めることはできません）。
※指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。

(10) 従業員ごとに、合計勤務時間数を入力してください。
※入力することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業員が勤務すべき勤務時間数を上限とします。

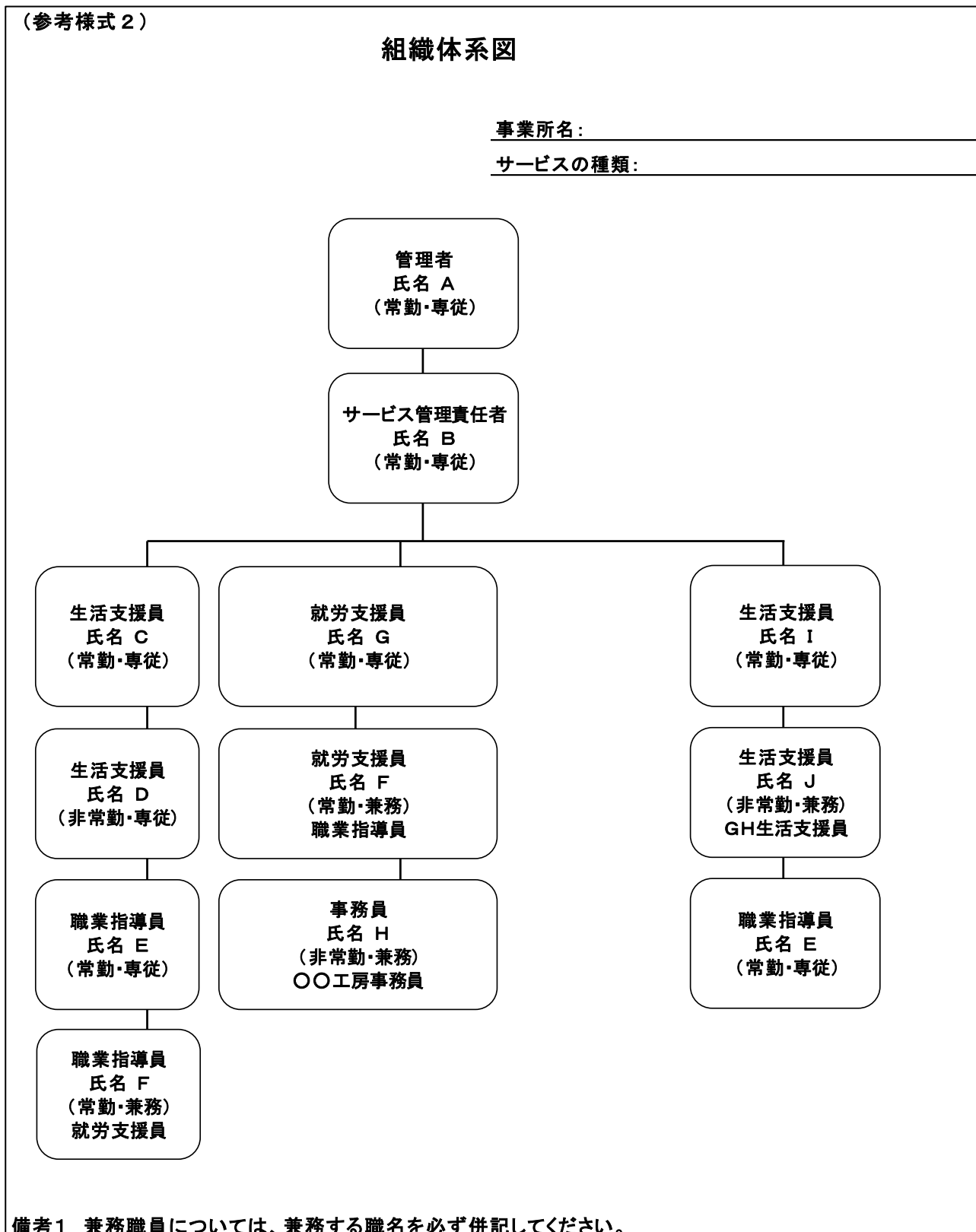
(11) 従業員ごとに、週平均の勤務時間数を入力してください。

(12) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称、兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご活用ください。

(13) 本表には計算式を設定していますが、結果に誤りがないかご確認ください。

(14) 必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

・組織体系図（参考様式 2）



・実務経験（見込）証明書（参考様式4）

（参考様式4）

実務経験（見込）証明書

新潟県知事 様 令和 年 月 日

法人所在地及び名称

代表者氏名

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)
業務内容	職名 ()

- (注)
- 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。
 - 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・育児・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。
 - 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、受験申込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。
 - 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。
 - 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)の直接処遇〇〇〇日」

・ 平面図（参考様式 5）

（参考様式 5）

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。

・建築物関連法令等に関する届出書（参考様式7）

(参考様式7)

建築物関連法令等に関する届出書

年 月 日

新潟県知事 様

法人所在地:
名 称:
代表者職・氏名:

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)

(2) 事業所等(グループホームの住居を含む)の所在地

(3) 障害福祉サービス等の種類

2 建築基準法の確認記録

建築基準法上の用途	(用途面積 m ²)
建築確認状況	<input type="checkbox"/> 確認済 → 確認済証(完了検査が実施される場合は検査済証)の写しを添付してください。
	<input type="checkbox"/> 確認申請不要→以下に建築基準法の適合性の確認状況を記載してください。
	建築確認申請が不要であることの確認結果
	確 認 日
	確認の相手方
	相手方の担当者名
	確認申請が不要な理由
	<input type="checkbox"/> 類似用途のため用途変更の手続き不要
	<input type="checkbox"/> 上記用途で使用する総面積が規定面積に達していない
	<input type="checkbox"/> その他(下欄に理由を記入)
建築基準法上の用途分類として適合していることの確認結果	
建築基準法上の用途	児童福祉施設等・寄宿舎・その他()
確 認 日	
確認した建築士事務所名	
建築士登録番号	
建築士名	
確認結果	
(確認した結果、改修等が必要な場合) 改修後の再度の確認結果	

3 消防法令の確認記録

消防法施行令別表1 の適用項	<input type="checkbox"/> (5)項口	<input type="checkbox"/> (6)項ロ
	<input type="checkbox"/> (6)項ハ	<input type="checkbox"/> その他()
確認状況	<input type="checkbox"/> 管轄する消防本部に消防法令に適合していることを確認した。	
	確 認 日	
	確認した消防本部	
	消防本部の担当者名	
	以下の書面がある場合、写しを添付してください。	
	<input type="checkbox"/> 消防用設備等・特殊消防用設備等検査済証 <input type="checkbox"/> 防火対象物使用開始届(受付印・検査済印(必要な場合)の押印のあるもの) <input type="checkbox"/> 消防用設備等点検結果報告書(受付印の押印のあるもの) <input type="checkbox"/> 書面なし(下欄に書面のない理由を記入)	

・主たる対象者を特定する理由等（参考様式 8）

（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

事 業 所 名	
指 定 障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等 の 種 類	

1 申請に係る指定障害福祉サービス等の主たる対象者

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

(有 り ・ 無 し)

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

・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（参考様式9）

（参考様式9）	
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	
指定障害福祉サービス等の種類	
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	

・誓約書（参考様式 10）

（参考様式10）

誓 約 書

年 月 日

知事 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

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。
- 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、その取消し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っ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者(以下「役員等」という。)であっ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、当該通知があった日前六十日以内に当該者の管理者であっ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に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(以下この号において「申請者の親会社等」という。))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、その取消し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に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に通知し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った場合において、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。)の管理者であった者で、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第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っては、第七号を除く。

(別紙②: 障害者支援施設向け)

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38条第3項において準用する
同法第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 当該申請に係る障害者支援施設の従業者の知識及び技能並びに人員が、第四十四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、第四十四条第二項の都道府県の条例で定める指定障害者支援施設等の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害者支援施設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。
- 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った日前六十日以内に当該法人の役員又はその障害者支援施設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。)であっ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、当該通知があった日前六十日以内に当該者の管理者であっ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、指定障害者支援施設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者支援施設の設置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者支援施設の設置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に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四十七条の規定による指定の辞退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(当該指定の辞退又は事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該辞退又は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知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第四十七条の規定による指定の辞退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(当該指定の辞退又は事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)で、当該辞退又は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四十七条の規定による指定の辞退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った場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該辞退若しくは届出に係る法人(当該指定の辞退又は事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該辞退若しくは届出に係る法人でない者(当該指定の辞退又は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、当該辞退又は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第十一号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙③： 一般相談支援事業者向け)

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51条の19第2項において準用する同法第36条第3項

- 一 申請者が法人でないとき。
- 二 当該申請に係る一般相談支援事業所(第五十一条の十九第一項に規定する一般相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。)の従業者の知識及び技能並びに人員が、第五十一条の二十三第一項の主務省令で定める基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第五十一条の二十三第二項の主務省令で定める指定地域相談相談の事業の運営に関する基準に従って適正な一般相談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。
- 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。
- 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、その取消し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った日前六十日以内に当該法人の役員又はその一般相談支援事業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。)であっ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六十日以内に当該者の管理者であっ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、指定一般相談支援事業者(第五十一条の十四第一項に規定する指定一般相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。)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一般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主務省令で定めるものに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、その取消し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、指定一般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一般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主務省令で定めるものに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。
- 十一 申請者が、指定の申請前五年以内に相談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。
- 十二 申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号から第六号まで、第八号、第九号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

・ 協力医療機関との契約の内容（参考様式 11）

（参考様式11）					
協力医療機関との契約の内容					
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">事業所（施設）名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>サービスの種類</td> <td></td> </tr> </table>	事業所（施設）名		サービスの種類	
事業所（施設）名					
サービスの種類					
協力医療機関の名称					
所在地					
診療科名					
事業所・施設からの距離	km （徒歩 分、車 分）				
契約の内容					
<p>※ 契約の内容は、契約書の写し等の添付でも可。</p>					

・施設との連携体制及び支援の体制の概要（参考様式 12）

（参考様式12）

施設等との連携体制及び支援の体制の概要

事業所（施設）名	
サービスの種類	

施設等の名称	
所在地	
事業所・施設からの距離	km （徒歩 分、車 分）
連携・支援体制の内容	

※ 「連携・支援体制の内容」については具体的に記入してください。

・協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要（参考様式 13）

（参考様式13）

協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要

事業所名	
------	--

措置の概要

- 1 協議会等への報告・協議会からの評価等に対応する担当者（連絡先）

- 2 報告する又は評価を受ける協議会等の名称

- 3 定期報告・評価の時期（年1回以上）

- 4 協議会等からの要望、助言、評価等の具体的な内容

- 5 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。

・ 指定事業所等から受けている技術的支援の状況（参考様式 14）

（参考様式14）

指定事業所等から受けている技術的支援の内容

事業所名	
実施するサービスの種類	

技術的支援を行う指定事業所等の
名称

技術的支援を行う指定事業所等の
サービスの種類

受けている技術的支援の内容

3 細則様式

※ 「新潟県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施行細則」
により定める様式

・再開・廃止・休止届出書（様式第1号）※第3条関係

様式第1号

再開・廃止・休止届出書

年 月 日

新潟県知事 様

郵便番号
住 所
届出者 法人の名称
代表者の氏名
電 話 番 号

下記のとおり指定に係る事業を再開(廃止・休止)したので、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46条第1項(第46条第2項・第51条の25第1項・第51条の25第2項)の規定により、届け出ます。

記

	事業所番号	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>										
届出に係る事業所	名 称											
	所 在 地											
再開(廃止・休止)した年月日	年 月 日											
廃止し、又は休止した理由												
現に指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)を受けている者に対する措置												
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員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

2 事業の廃止又は休止に係る届出にあつては、現に当該指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)を受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)に相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無(有の場合は、引き続き当該指定障害福祉サービス(指定地域相談支援)に相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な障害福祉サービス(地域相談支援)を継続的に提供する他の指定障害福祉サービス事業者(指定一般相談支援事業者)の名称)を記載した書類を添付してください。

・ 障害者支援施設の指定辞退届出書（様式第2号）※第3条の2関係

様式第2号

指定辞退届出書

年 月 日

新潟県知事 様

郵便番号
住 所
届出者 法人の名称
代表者の氏名
電話番号

下記のとおり指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、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47条の規定により、届け出ます。

記

		事業所番号																		
届出に係る施設	名 称																			
	所 在 地																			
指 定	年	月	日	年 月 日																
指 定 辞 退	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 1 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。
- 2 現に当該施設障害福祉サービスを受けている者の氏名、連絡先、受給者証番号及び引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する旨の申出の有無(有の場合は、引き続き当該施設障害福祉サービスに相当するサービスの提供を希望する者に対し、必要な施設障害福祉サービスを継続的に提供する他の指定障害者支援施設等の名称)を記載した書類を添付してください。

・ 障害福祉サービス事業等開始（変更）届出書（様式第3号）※第10条関係

様式第3号		
障害福祉サービス事業等開始(変更)届出書		
開始し、又は変更しようとする事業	種 類	
	提供する便宜等の内容	
経 営 者	氏 名 又 は 名 称	
	住 所	
基 本 約 款	別紙1のとおり	
職 員 の 種 類	職務の内容	職員の定数
		人
		人
		人
		合 計
		人
主な職員の氏名		
主な職員の経歴	別紙2のとおり	
事業を行おうとする区域		
事業の用に供する施設	名 称	
	種 類	
	所 在 地	
	利用定員	
事業開始の予定年月日		
<p>上記のとおり事業を開始(変更)するので、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79条第2項(第3項)の規定により、届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住 所 届出者 氏 名 〔法人にあつては、名称〕 及び代表者の氏名〕</p> <p>新潟県知事 様</p>		

障害福祉サービス事業開始（変更）届に係る記入上の注意

- 1 原則として、事業所ごと、サービスの種類ごとに作成すること。
ただし、多機能型事業所又は居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護を1事業所において実施している場合は、サービスの種類が複数であることに関わらず、事業所ごとに作成して差し支えない。
- 2 不要な字句は削除又は二重線で抹消すること。
- 3 「開始し、又は変更しようとする事業」の「種類」欄には、届け出る事業名を記入すること。
- 4 「開始し、又は変更しようとする事業」の「提供する便宜等の内容」欄には、事業内容を具体的に記入すること。
- 5 変更届の場合は、変更した部分のみを記入し、それ以外の部分は斜線を引くこと。
ただし、「事業の用に供する施設」欄に変更がない場合についても、名称、所在地をそれぞれ記入すること。
- 6 基本約款は、当該事業を営営するものが市町村である場合には条例を、法人である場合には当該事業が記載されている定款を添付すること。
- 7 「経営者」欄は、当該事業を営営するものが法人である場合には、その名称及び主たる事務所(法人事務局等)の所在地をそれぞれ記入すること。
(例) 社会福祉法人〇〇福祉会
新潟県〇〇市△△町×-×
- 8 「主な職員の氏名」欄には、管理者及びサービス管理責任者(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護については、サービス提供責任者)の氏名を記入すること。
主な職員の経歴については、経歴書(指定申請の様式を準用するなど、任意の様式)を添付すること。
- 9 従たる事業所又は複数の共同生活住居がある場合には、「事業の用に供する施設」欄の「名称」欄、「所在地」欄、「利用定員」欄に、それぞれ記入すること。
- 10 「事業開始の予定年月日」欄には、当該事業を開始する日付又は変更した日付を記入すること。開始の日付が届出年月日より遡っている場合や、変更等から1か月以上経過している場合については、届出が遅れた理由等を、任意様式で提出すること。
- 11 開始届には、当該事業に係る収支予算書及び事業計画書を添付すること。
なお、事業計画書は、指定申請書又は変更届出書に添付する付表に代えて差し支えない。

・ 障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書（様式第4号）※第10条関係

様式第4号

障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書

廃止し、又は休止しようとする事業	
廃止又は休止の予定年月日	年 月 日
廃止又は休止の理由	
現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置	
休止の予定期間	年 月 日から 年 月 日まで

上記のとおり事業を廃止（休止）したいので、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79条第4項の規定により、届け出ます。

年 月 日

住 所
届出者
氏 名
〔法人にあつては、名称〕
及び代表者の氏名

新潟県知事 様

4 業務管理体制の整備に関する事項の届出書

※ 障害者総合支援法に基づくサービスに係る様式のみ

・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基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書（第1号・第3号様式）

第1号様式										
受付番号										
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 に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書										
令和 年 月 日										
新潟県知事 様		事業者 名 称 代表者氏名								
このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。										
事業者（法人）番号										
1 届出の内容										
(1) 法第51条の2第2項、第51条の31第2項関係（整備）										
(2) 法第51条の2第4項、第51条の31第4項関係（区分の変更）										
2 事 業 者	フリガナ									
	名称又は氏名									
	住所 (主たる事務所の所在地)		(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)							
	連絡先		電話番号			FAX番号				
	法人の種別									
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ 氏名		生年月日		年 月 日		
	代表者の住所		(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)							
3 事業所名称等及び所在地		事業所名称	指定年月日	事業所番号	所在地					
		計	カ所							
4 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上の該当する条文（事業者の区分）		(1) 法第51条の2 (指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者) (2) 法第51条の31（指定相談支援事業者）								
5 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施行規則第34条の28及び第34条の62第1項第2号から第4号に基づく届出事項	第2号	法令遵守責任者の氏名（フリガナ）			生年月日					
	第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要								
	第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要								
6 区 分 変 更	区分変更前行政機関名称、担当部（局）課									
	事業者（法人）番号									
	区分変更の理由									
	区分変更後行政機関名称、担当部（局）課									
区分変更日		年 月 日								

第3号様式

受付番号

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に基づく
業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）

令和 年 月 日

新潟県知事 様

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号

変 更 が あ っ た 事 項

- 1、法人の種別、名称（フリガナ）
- 2、主たる事務所の所在地、電話、FAX 番号
- 3、代表者氏名（フリガナ）、生年月日
- 4、代表者の住所、職名
- 5、事業所名称等及び所在地
- 6、法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日
- 7、業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
- 8、業務執行の状況の監査の方法の概要

変 更 の 内 容

（変更前）

（変更後）

5 その他様式

・社会福祉施設設置届出書（様式例1）

社会福祉施設設置届出書 平成 年 月 日 新潟県知事 様 届出者 郵便番号 法人の名称 住所 代表者の氏名 電話番号 印 社会福祉法第2条第2項に規定する障害者支援施設を設置したいので、同法第62条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。 記			
施設の名称		種類	
所在地			
設置者の氏名又は名称		住所	
設置者の経歴及び資産状況	別紙のとおり		
建物その他の設備の規模及び構造	別紙平面図のとおり		
施設の管理者及び実務を担当する幹部職員の氏名及び経歴	別紙のとおり		
事業開始の予定年月日	平成 年 月 日		
入所者等に対する処遇の方法			
添付書類	条例，定款その他の基本約款		
【備考】 ・設置者の経歴・・・任意様式 ・資産状況・・・収支予算書及び財産目録 ・建物その他の設備の規模及び構造・・・建物平面図 ・管理者及び幹部職員（サービス管理責任者）の経歴・・・任意様式			

・社会福祉施設廃止届出書（様式例2）

社会福祉施設廃止届出書	
年 月 日	
新潟県知事 様	
届出者	
郵便番号	住所
法人の名称	代表者の氏名
電話番号	㊦
下記のとおり社会福祉事業を廃止したいので、社会福祉法第64条の規定により届け出ます。	
記	
届出に係る施設	名 称
	施 設 種 別
廃 止 年 月 日	平成 年 月 日
廃 止 す る 理 由	
現に施設に入所している者に対する措置	
注 事業を廃止する日の1月前までに届け出てください。	

・社会福祉施設変更届出書（様式例3）

届出事項変更届出書			
平成 年 月 日			
新潟県知事 様		郵便番号 住所 届出者 法人の名称 代表者の氏名 電話番号	
印			
年 月 日 付けで届け出た事項について下記のとおり変更したので、社会福祉法第63条第1項の規定により届け出ます。			
記			
施設の名称		所在地	
変更した事項	変 更 前	変 更 後	
変更した年月日	平成 年 月 日		
変更した理由			
※変更の日から1月以内に届け出てください。			