

(様式第1-3号) ←※新規指定は(第1号)、更新申請は(第1-3号)

記載例

受付番号

指定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設
指定相談支援事業所

指定更新申請書

すべての書類が揃った日付

令和 ×年 ×月 ×日

徳島県知事 殿

所在地、名称等は登記簿記載とおりに記入。
〔漢数字・アラビア数字の別に注意。〕
※マンション名・部屋番号も正確に

申請者
(設置者)

所在地
名称
代表者

徳島県徳島市万代町一丁目1番地1号
〇〇会社徳島
代表取締役 徳島 太郎

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する指定障害福祉サービス事業所(指定障害者支援施設・指定相談支援事業所)に係る指定を更新したいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者 (設置者)	フリガナ	〇〇ガイシャトクシマ					
	名称	〇〇会社徳島					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 770-8570) 徳島県 徳島市 万代町一丁目1番地1号					
	法人である場合その種別	株式会社	法人所轄庁				
	連絡先	電話番号	088-621-2242	FAX番号	088-621-2241		
		メールアドレス	×××@×××				
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役	フリガナ氏名	トクシマ タロウ 徳島 太郎		
代表者の住所	(郵便番号 770-8570) 徳島県 徳島市 万代町一丁目1番地1号						
更新しようとする事業所・施設の種類	フリガナ	トクシマヘルパーステーション					
	名称	徳島ヘルパーステーション					
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 770-8570) 徳島県 徳島市 万代町一丁目1番地1号					
	連絡先	電話番号	088-621-2242	FAX番号	088-621-2241		
		メールアドレス	×××@×××				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	更新申請をする事業等の指定有効期間満了日	様式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	
	サービス事業所	指定障害福祉サービス事業所	〇	令和3年3月31日	付表1	〇	別紙のとおり
		指定障害福祉サービス事業所	〇	令和3年3月31日	付表1		
		指定障害福祉サービス事業所					
		指定障害福祉サービス事業所					
指定障害者支援施設							
指定一般相談事業所(地域定着支援)			付表14				
指定一般相談事業所(地域移行支援)			付表14				
〇〇事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

(備考)

- 「受付」及び「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「〇」を記載してください。
- 「〇〇事業所番号」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。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

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

記載例

受付番号

事業所	フリガナ	トクシマヘルパーステーション			
	名称	徳島ヘルパーステーション			
	所在地	(郵便番号 770-8570) 徳島県 徳島市 万代町一丁目1番地1号			
	連絡先	電話番号	088-621-2242	FAX番号	088-621-2241
管理者	フリガナ	アワ ハナコ		住所	(郵便番号 770-0005) 徳島県 徳島市 南矢三町二丁目1番地59
	氏名	阿波 花子			
	居宅介護従業者等との兼務の有無			有 ・ (無)	
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	管理者が同一敷地内にある、他の事業所やデイサービス等の兼務があれば記入。		
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等					第3条 第1項 第5号
サービス提供責任者	フリガナ	シンクラ ヤスコ		住所	(郵便番号 770-0855) 徳島市新蔵町三丁目80番地
	氏名	新蔵 保子			
従業者の職種・員数		居宅介護等従業者		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)	1	1		
	非常勤(人)	2			
常勤換算後の人数(人)		3.5			
基準上の必要人数(人)		2.5			
勤務形態一覧表〔別紙2〕を基に記入。常勤(週32時間以上)、非常勤等分ける。					
主な揭示事項					
営業日	月曜日～金曜日(但し12/31～1/3は休み) ←運営規程に記載されているとおりに記入。				
営業時間	午前8時30分～午後5時30分 ←運営規程に記載されているとおりに記入。				
サービス内容	居宅介護(身体介護、身体介護、通院介助)、家事援助等(家事援助、通院介助)、乗降介助、重度訪問介護、同行援護、行動援護				
主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等			
	重度訪問介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等・加算対象者以外			
	同行援護	特定無し・身体障害者・障害児・難病等			
	行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等			
利用料	報酬告示のとおり				
その他の費用	運営規程のとおり				
通常の事業の実施地域	徳島市、鳴門市、石井町 ←運営規程に記載されているとおりに記入。				
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している	していない		
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	621-2242	担当者	阿波 花子
	その他				
一体的に管理運営を行う他の事業所					
添付書類	別添のとおり(定款、寄付行為等及び利用者からの苦情を解決するために調査産目録等)				④営業日・時間、事業の実施地域等は運営規程に記載されているとおりに記入。〔サービス内容〕、〔主たる対象者〕を○囲み。ただし、〔主たる対象者〕が特定無し以外の場合は、特定する理由書〔参考様式7〕が必要です。

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス名を記載し、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることとなりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。ただし、重度訪問介護の指定を希望しない場合は「重度訪問介護」に×をつけてください。
- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

(別紙2)

記載例

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

※更新月の曜日に合わせて記入。(例:令和2年4月1日更新の場合は水曜日から。)

②管理者は常勤換算に含めません。

サービス種類			居宅介護・重度訪問介護														事業所・施設名				徳島ヘルパーステーション																	
定員			前年度の平均実利用者数														基準上の必要職員数				2.5																	
管理者がサービス提供責任者(又は従業者)を兼務する場合、それぞれに従事する時間を分けて記入。(②常勤・兼務とする)			該当する体制等																																			
職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数					
			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								
			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			
管理者	②常勤・兼務	阿波 花子	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			60	15.0	
従業者	②常勤・兼務	阿波 花子	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			100	25.0	0.625
サービス提供責任者	①常勤・専従	新蔵 保子	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
従業者	①常勤・専従	万代 福美	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
従業者	③非常勤・専従	南部 健			5	3	2	5	5				5	3	2	5	5				5	3	2	5	5			5	3	2	5	5			80	20.0	0.5	
従業者	③非常勤・専従	西部 康代	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			3	3	3	3	3			60	15.0	0.375
合計			27	27	32	3	2	32	32	27	27	32	3	2	32	32	27	27	32	3	2	32	32	27	27	32	3	2	32	32	27	27	32	3	2	560	140(a)	3.5
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数			1日8時間勤務の場合																												40(b)							
サービス提供時間			16	16	18	3	2	18	18	16	16	18	3	2	18	18	16	16	18	3	2	18	18	16	16	18	3	2	18	18	16	16	18	3	2	328		

4週の合計160時間以内で記入。(なお、常勤は週32時間以上40時間以内)

管理者は合計に含めない。

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。

※勤務時間の内、待機や移動時間を除き、実際に利用者
にサービスを提供する時間数を記入する。

常勤換算算出は週平均勤務時間数の合計(a)を1週間に
勤務すべき常勤職員の勤務時間数(b)で割る。
*小数点以下第2位を切り捨て、必ず2.5人以上であること。

注2 *欄は、当該月の曜日を記入してください。

注3 「人員配置区分」欄は、報酬算定上の区分を記載し、「該当する体制等」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等」内容を記載してください(この際、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の記載内容と同様に記載してください。)

注4 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注5 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

注6 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注7 各事業所・施設において私用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(参考様式3)

サービス提供責任者経歴書

事業所の名称	徳島ヘルパステーション		
フリガナ	シンクラ ヤスコ		
氏名	新蔵 保子	生年月日	昭和55年5月1日
住所	(郵便番号770-0005) 徳島市新蔵町3丁目80番地		
電話番号	088-000-0000		
主な職歴等			
年月～年月	勤務先等	職務内容	
平成15年4月～平成20年3月	社会福祉法人〇〇〇 〇〇園	知的障害者更生施設の介護職員	
平成21年4月～平成25年3月	訪問介護〇〇	訪問介護従業者	
平成25年4月～	徳島ヘルパステーション	訪問介護サービス提供責任者	
職務に関連する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
介護福祉士	平成11年3月30日		
備考（研修等の受講の状況等）			

- 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)

実務経験証明書

徳島県知事

様

番 号
令和×年×月×日

施設又は事業所所在地及び名称

徳島県徳島市〇〇町〇〇番地〇
社会福祉法人〇〇〇

代表者氏名 理事長 〇〇 〇〇

電話番号 088-0000-0000

代表印

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	新蔵 保子 (生年月日 昭和55年5月1日)
現住所	徳島市新蔵町3丁目80番地
施設又は事業所名	〇〇園 施設・事業所の種別 (知的障害者更生施設)
業務期間	平成15年4月1日～平成20年3月31日 (5年0月間)
うち業務に従事した日数	1,126日
業務内容	職名 (生活支援員) 知的障がい者の介護、生活等に関する相談及び助言等生活支援、 その他日常生活上の支援

- (注) 1. 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。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害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。1年当たり180日以上 限や長期研修期間等は業務期間となりません。
現在、 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、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生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。