

○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事業者、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者の指定等に関する規則（平成十八年千葉県規則第五十三号）に関する資料

改正後

改正前

(趣旨)

第一条 この規則は、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（平成十七年法律第二百二十三号。以下「法」という。）、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令（平成十八年政令第十号。以下「政令」という。）及び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（平成十八年厚生労働省令第十九号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(用語の意義)

第二条 この規則における用語の意義は、法、政令及び施行規則の例による。

(削る。)

(再開の届出等)

第三条 (削る。)

法第四十六条第一項及び第五十一条の二十五第一項の規定による事業の再開の届出は、再開届出書（別記第一号様式）により行うものとする。
2 法第四十六条第二項及び第五十一条の二十五第二項の規定による事業の廃止又は休止の届出は、廃止・休止届出書（別記第二号様式）により行うものとする。

(指定の辞退の届出)

第四条 法第四十七条の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書（別記第三号様式）により行うものとする。

(市町村等への情報提供)

第五条 知事は、市町村その他の機関に対して、指定障害福祉サービス事業者、

(趣旨)

第一条 この規則は、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（平成十七年法律第二百二十三号。以下「法」という。）、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令（平成十八年政令第十号。以下「政令」という。）及び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（平成十八年厚生労働省令第十九号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

(用語の意義)

第二条 この規則における用語の意義は、法、政令及び施行規則の例による。

(指定の申請)

第三条 法第三十六条第一項、第三十八条第一項及び第五十一条の十九第一項の規定による指定の申請は、指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所指定申請書（別記第一号様式）により行うものとする。

(変更の届出等)

第四条 法第四十六条第一項及び第三項並びに第五十一条の二十五第一項の規定による変更の届出は、変更届出書（別記第二号様式）により行うものとする。

2 法第四十六条第一項及び第五十一条の二十五第一項の規定による事業の再開の届出は、再開届出書（別記第三号様式）により行うものとする。
3 法第四十六条第二項及び第五十一条の二十五第二項の規定による事業の廃止又は休止の届出は、廃止・休止届出書（別記第四号様式）により行うものとする。

(指定の辞退の届出)

第五条 法第四十七条の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書（別記第五号様式）により行うものとする。

(市町村等への情報提供)

第六条 知事は、市町村その他の機関に対して、指定障害福祉サービス事業者、

<p>指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者に関する情報のうち、次の各号に掲げる事項を提供することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の設置者又は指定一般相談支援事業者の名称及び主たる事務所の所在地 二 指定に係る事業所又は施設の名称及び所在地 三 指定、指定の変更等の届出の受理又は指定の取消し若しくは指定の全部若しくは一部の効力の停止を行った年月日 四 指定障害福祉サービス事業者又は指定障害者支援施設にあつては、障害福祉サービスの種類 五 運営規程 六 指定に係る事業所又は施設の事業所番号 七 その他知事が必要と認める事項 <p>2 知事は、前項の情報の提供に関する業務の全部又は一部を他の機関に委託することができる。</p> <p>(委任)</p> <p>第六条 この規則に定めるもののほか、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。</p>	<p>指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者に関する情報のうち、次の各号に掲げる事項を提供することができる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 一 指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の設置者又は指定一般相談支援事業者の名称及び主たる事務所の所在地 二 指定に係る事業所又は施設の名称及び所在地 三 指定、指定の変更等の届出の受理又は指定の取消し若しくは指定の全部若しくは一部の効力の停止を行った年月日 四 指定障害福祉サービス事業者又は指定障害者支援施設にあつては、障害福祉サービスの種類 五 運営規程 六 指定に係る事業所又は施設の事業所番号 七 その他知事が必要と認める事項 <p>2 知事は、前項の情報の提供に関する業務の全部又は一部を他の機関に委託することができる。</p> <p>(委任)</p> <p>第七条 この規則に定めるもののほか、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定一般相談支援事業者の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。</p>
---	---

(改正後)

(削る。)

(改正前)

第一号様式（第三条）

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申請書
指定一般相談支援事業所

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者

印

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。）に規定する指定障害福祉サービス事業所（指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所）に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		事業所（施設）所在地市町村番号		
申請者（設置者）	フリガナ名称	-----		
	主たる事務所の所在地	（郵便番号 -----） ----- 県 ----- 郡・市		
	法人である場合その種別	法人所轄庁		
	連絡先電話番号	FAX番号		
	代表者の職・氏名・生年月日	職名 ----- 生年月日 ----- 年 月 日 （郵便番号 -----）	フリガナ氏名 -----	
代表者の住所	----- 県 ----- 郡・市			
指定を受けようとする事業所・施設	フリガナ名称	-----		
	事業所（施設）の所在地	（郵便番号 -----） ----- 県 ----- 郡・市		
	同一所在地において行う事業等	サービスの種類	事業開始（予定）年月日	
		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				
同一所在地で、他の法律において既に指定を受けている事業等				
障害者総合支援法において既に指定を受けている場合	事業所番号	サービスの種類		

備考

- 「受付番号」「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」「株式会社」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。
- 「障害者総合支援法において既に指定を受けている場合」欄には、同一所在地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。

(改正後)

(改正前)

(削る。)

第二号様式（第四条第一項）

変 更 届 出 書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地
事業所名称
(施設の設置者)代表者

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。

㊟

事業所番号											
名称											
所在地											
サービスの種類											
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容									
1	事業所（施設）の名称	(変更前)									
2	事業所（施設）の所在地（設置の場所）										
3	申請者（設置者）の名称										
4	申請者（設置者）の主たる事務所の所在地										
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名										
6	役員 <small>の氏名、生年月日及び住所</small>										
7	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）										
8	事業所（施設）の平面図及び設備の概要										
9	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
10	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
11	事業所のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
12	主たる対象者	(変更後)									
13	運営規程										
14	介護給付費等の請求に関する事項										
15	事業所の種別（併設型・空床型の別）										
16	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員										
17	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容										
18	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要										
19	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要										
20	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要										
変 更 年 月 日		年 月 日									

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

(改正後)

第一号様式 (第三条第一項)

再 開 届 出 書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地
事業者 名 称
代表者

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

	事業所番号												
再開した事業所	名 称	-----											
	所 在 地	-----											
	サービスの種類	-----											
再開した年月日	年 月 日												

備考

- 1 再開した事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 再開の日から10日以内に届け出てください。

(改正前)

第三号様式 (第四条第二項)

再 開 届 出 書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地
事業者 名 称
代表者



次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

	事業所番号												
再開した事業所	名 称	-----											
	所 在 地	-----											
	サービスの種類	-----											
再開した年月日	年 月 日												

備考

- 1 再開した事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 再開の日から10日以内に届け出てください。

(改正後)

第二号様式 (第三条第二項)

廃止・休止届出書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地
事業者 名称
代表者

次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

	事業所番号													
廃止・休止する事業所	名 称													
	所 在 地													
	サービスの種類													
廃止・休止する年月日	年 月 日													
廃止・休止する理由														
現に指定障害福祉サービス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													

備考 廃止し、又は休止する日の1月前までに届け出てください。

(改正前)

第四号様式 (第四条第三項)

廃止・休止届出書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地
事業者 名称
代表者



次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

	事業所番号													
廃止・休止する事業所	名 称													
	所 在 地													
	サービスの種類													
廃止・休止する年月日	年 月 日													
廃止・休止する理由														
現に指定障害福祉サービス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													

備考 廃止し、又は休止する日の1月前までに届け出てください。

(改正後)

第三号様式 (第四条)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地
設置者 名 称
代表者

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	事業所番号																			
指定を辞退する施設	名 称																			
	所在地																			
指定を受けた年月日	年 月 日																			
指定を辞退する年月日	年 月 日																			
指定を辞退する理由																				
現に施設に入所している者に対する措置																				

注 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

(改正後)

第五号様式 (第五条)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

千葉県知事 様

所在地
設置者 名 称
代表者



次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	事業所番号																			
指定を辞退する施設	名 称																			
	所在地																			
指定を受けた年月日	年 月 日																			
指定を辞退する年月日	年 月 日																			
指定を辞退する理由																				
現に施設に入所している者に対する措置																				

注 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。