

7 新規指定申請について

(1) 新規指定申請手続きの流れ

図面確認（任意）

- 建築・賃貸予定の物件が基準を満たしているか不安な場合は、図面確認を行っています。御希望される場合は、電話もしくはメールで御相談ください。

申請

- 原則として書類の提出時は来庁していただく必要があります。ご希望される場合は、必ず相談日時の予約をしてから御来庁ください。
- **なるべく事業を開始しようとする前々月末日までに最初の提出を済ませてください。**
- **事業を開始しようとする前月15日までに申請書の受け付けが必要です。**
- **15日までに必要書類一式が整わない場合、申請書の受理はできかねます。**
- 審査の過程で内容に不備等がある場合には、担当者が電話等で確認の上、書類の補正や申請の取り下げを求める場合があります。
- 場合によっては現地確認を行う場合もあります。

指定

- 審査の結果、指定要件を満たしている場合には指定通知書を交付いたします。

(2) 新規指定に当たっての注意事項

- ・ 千葉市、船橋市及び柏市所在の指定障害福祉サービス事業所の新規指定は各市で行います。
- ・ 我孫子市に所在する指定短期入所事業所と指定共同生活援助事業所の新規指定は市で行います。

(3) 共生型サービスについて

共生型生活介護、共生型短期入所、共生型自立訓練（機能訓練）、共生型自立訓練（生活訓練）、の指定を受ける場合の申請書類は、それぞれ生活介護、短期入所、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）と同じものを御用意ください。

なお、介護保険の事業所の指定を受けていることが前提になるため、介護保険の事業所の指定通知の写しも申請書に添付してください。

また、人員と設備の基準は介護保険の事業所の基準を満たしていることが必要です。

(4) 新規指定に必要な書類のチェックリスト及び主な留意事項について

① 生活介護

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---------------------------------|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 生活介護事業所の指定に係る 記載事項 (付表3) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表3-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 医師は必要な数を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員は必要な数を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員は、生活介護の単位ごとに1人以上(1人以上は常勤)配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員、理学療法士・作業療法士、生活支援員の合計数は足りているか。 () : 1 → () 名以上必要 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 | |

| | | | |
|----|--------------------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 生活介護の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 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7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 | |

| | | | |
|----|------------------------------------|--|--|
| | (参考様式 8) | <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式 10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね 3 か月以内に取得したもののか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式 14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準（昭和 57 年以降）の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 生活介護事業所の従業者の配置数の算定について (別紙様式 4) | <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

② 短期入所

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|--|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 短期入所事業所の指定に係る 記載事項 (付表5) <u>(併設型、空床型の場合、本体 のサービスの付表も添付)</u> | <input type="checkbox"/> 管理者の氏名、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 併設型、空床型、併設・空床型、単独型のいずれかに○がついているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 併設型、空床型の場合、本体のサービスの付表を添付しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 短期入所で使用するスペースが分かるように識別されているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 単独型の場合、以下の基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 1の居室の定員は4人以下か。 <input type="checkbox"/> 地階に居室を設けていないか。 <input type="checkbox"/> 居室の利用者1人当たりの床面積は収納設備等を除き8㎡以上か。 <input type="checkbox"/> 居室に寝台又はこれに代わる設備を備えているか。 <input type="checkbox"/> 居室にブザー又はこれに代わる設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> 食堂は食事の提供に支障がない広さを有しているか。 <input type="checkbox"/> 食堂に必要な備品を備えているか。 <input type="checkbox"/> 浴室は利用者の特性に応じたものとなっているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所、便所は居室のある階ごとに設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所、便所は利用者の特性に応じたものとなっているか。 | |
| 6 | 居室面積等一覧表 (別紙様式1) | <input type="checkbox"/> 居室の面積が明記されているか。 | |
| 7 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |

| | | | |
|------|--|--|------------------------|
| 8 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業者(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 短期入所の種別 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 短期入所の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | 空床型の場合、「利用定員」に関する記載は不要 |
| 12 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 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7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23-1 | サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について (別紙様式3) | <input type="checkbox"/> 併設型、空床型であり、かつ、本体が共同生活援助事業所の場合、添付されているか。 <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |

| | | | |
|----------|-----------------------------------|--|--|
| 23- 2 | 生活介護事業所の従業者の配置数の算定について (別紙様式4) | <input type="checkbox"/> 併設型、空床型であり、かつ、本体が生活介護事業所の場合、添付されているか。 <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

③ 自立訓練（機能訓練）

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|------------------------------|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書（第1号） | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 自立訓練（機能訓練）事業所の指定に係る記載事項（付表9） | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式（付表13）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式（付表9-2）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか（次の全てを満たすか）。 → <input type="checkbox"/> 看護職員は1人以上（1人以上は常勤）配置しているか。 <input type="checkbox"/> 理学療法士又は作業療法士は1人以上配置しているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員は1人以上（1人以上は常勤）配置しているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員、理学療法士・作業療法士、生活支援員の合計数は常勤換算で、利用者数を6で除した数以上あるか。 <input type="checkbox"/> 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人以上配置しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本（履歴事項全部証明書） | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表（参考様式2） | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書（参考様式3） | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業（※）に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか | |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 機能訓練の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 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7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |

| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

④ 自立訓練（生活訓練）

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|-------------------------------|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書（第1号） | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項（付表10） | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式（付表13）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式（付表10-2）が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか（次の全てを満たすか）。 → <input type="checkbox"/> 生活支援員は、常勤換算で、①に掲げる利用者を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）を配置しているか。 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 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練を行う場合は、1人以上の地域移行支援員を配置しているか。 <input type="checkbox"/> 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人以上配置しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本（履歴事項全部証明書） | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したもののか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 指定宿泊型自立訓練を行う場合は、以下の設備基準を遵守しているか。 <input type="checkbox"/> 居室を有しているか。 <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人であるか。 | |

| | | | |
|----|-------------------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 居室面積が収納設備等を除き7.43㎡以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 浴室を有しているか。 <input type="checkbox"/> 浴室は利用者の特性に応じたものとなっているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 生活訓練の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 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7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したのか。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑤ 就労移行支援

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|-------------------------------|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労移行支援事業所の指定に係る記載事項 (付表11) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表11-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は、常勤換算で、利用者数を6で除した数以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 <input type="checkbox"/> 就労支援員は、常勤換算で、利用者数を15で除した数以上となっているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤・専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労移行支援の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 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7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 19 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |

| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 22 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 23 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑥ 就労継続支援A型

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|-------------------------------|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項 (付表12) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表12-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は足りているか。(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を10で除した数以上 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を7.5で除した数以上 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 <input type="checkbox"/> 専ら社会福祉事業を行う法人であるか。 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 <input type="checkbox"/> 専ら社会福祉事業を行う法人であるか。 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 | |

| | | | |
|----|-------------------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 社会福祉事業（※）に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか <input type="checkbox"/> 企業を経営した経験を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか（次のいずれか）。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。（資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。） <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。（参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照） <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか（業務に支障がない場合は他の職種との兼務可）。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員（法人役員除く）との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか（次の項目）。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型の内容 <input type="checkbox"/> 生産活動の内容 <input type="checkbox"/> 賃金及び工賃 <input type="checkbox"/> 労働時間及び作業時間 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 (福祉会計、就労会計) | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 <input type="checkbox"/> 福祉会計と就労会計が混ざっていないか。 <input type="checkbox"/> 生産活動収入の根拠に資する書類が添付されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 指定障害福祉サービスの主た | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | る対象者を特定する理由等 (参考様式 7) | | |
| 19 | 障害者総合支援法第 36 条第 3 号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式 8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式 10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 工賃(賃金)向上計画 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 22 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね 3 か月以内に取得したもののか。 | |
| 23 | 建物の安全性等の状況について (参考様式 14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和 57 年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑦ 就労継続支援B型

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|-------------------------------|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項 (付表12) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型の様式(付表13)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 従たる事業所がある場合、従たる事業所の様式(付表12-2)が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(次の全てを満たすか)。 → <input type="checkbox"/> 職業指導員及び生活支援員の合計は足りているか。(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を10で除した数以上 <input type="checkbox"/> 常勤換算で、利用者数を7.5で除した数以上 <input type="checkbox"/> 職業指導員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 生活支援員の数は1人以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 職業指導員と生活支援員のうち1人以上は常勤であるか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 6 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 管理者の資格要件を満たしているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業(※)に2年以上従事した者 → <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の原本が添付されているか | |

| | | | |
|----|--------------------------------------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 企業を経営した経験を有する者 <input type="checkbox"/> 社会福祉施設長資格認定講習会修了者 | |
| 8 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 10 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 11 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 工賃の支払等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 12 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 13 | 組織体制図 | | |
| 14 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 15 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 16 | 収支予算書 (福祉会計、就労会計) | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 <input type="checkbox"/> 福祉会計と就労会計が混ざっていないか。 <input type="checkbox"/> 生産活動収入の根拠に資する書類が添付されているか。 | |
| 17 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 18 | 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7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 19 | 障害者総合支援法第 36 条第 3 号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式 8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 20 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式 10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 21 | 工賃(賃金)向上計画 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 22 | 事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね 3 か月以内に取得したものか。 | |
| 23 | 建物の安全性等の状況について (参考様式 14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和 57 年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 24 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑧ 就労定着支援

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|---|---|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス 事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 就労定着支援事業所の指定に係る記載事項 (別添02) <u>(本体のサービスの付表も添付)</u> | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 就労定着支援員は、常勤換算で、利用者を40で除した数以上となっているか。 | |
| 3 | 一般就労移行実績報告書 (別添03) | <input type="checkbox"/> 過去3年間において平均1人以上、通常の事業所に新たに障害者を雇用させているか。 <input type="checkbox"/> 雇用させた事業所は通常の事業所か。 <input type="checkbox"/> 雇用契約書など、雇用されていることを証明する書類は添付されているか。 | |
| 4 | 利用者の推定数と従業者(就労定着支援員)の員数 (別添04) | <input type="checkbox"/> 常勤換算数は正しく計算されているか。 | |
| 5 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 6 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したもののか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 7 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 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ているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 8 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 9 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | | |
| 10 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければならない業務に従事していたか。) | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しは添付されているか。 <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として専従で配置されているか(業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 11 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) <u>(本体のサービスのものも添付)</u> | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しは添付されているか。 | |
| 12 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 13 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 就労定着支援の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 | |
| 14 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 15 | 組織体制図 | | |
| 16 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 17 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 18 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 19 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 20 | 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7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 21 | 障害者総合支援法第36条第3号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 22 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 23 | 事業所の賃貸借契約書又は登 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 | |

| | | | |
|----|----------------------------|---|--|
| | 記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したものが。 | |
| 24 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 25 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |

⑨ 共同生活援助

| No. | 書類 | 留意事項 | 備考 |
|-----|--------------------------------------|--|----|
| 1 | 指定障害福祉サービス事業所指定申請書 (第1号) | <input type="checkbox"/> 法人の代表者印を押印しているか。 <input type="checkbox"/> 法人の名称や所在地等が履歴事項全部証明書と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の所在地が、事業所の建物の登記簿謄本や賃貸借契約書の写し等と一致しているか。 | |
| 2 | 共同生活援助事業所の指定に係る記載事項 (付表7 その1・2・3) | <input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、営業日、主たる対象者、協力医療機関などの記載は、添付している資料の内容と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 人員配置は基準を遵守しているか(別紙様式3「サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について」で算出された数以上配置しているか。) <input type="checkbox"/> 「付表7その2」に全ての共同生活住居について記載しているか。 <input type="checkbox"/> サテライト型住居がある場合は、「付表7その3」に記載しているか。 | |
| 3 | 法人の定款 | <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 4 | 法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) | <input type="checkbox"/> 原本を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 概ね3か月以内に取得したものか。 <input type="checkbox"/> 目的に以下の記載があるか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人の場合 → 第二種社会福祉事業 障害福祉サービス事業の経営 <input type="checkbox"/> 社会福祉法人以外の場合 → 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 | |
| 5 | 事業所及び共同生活援助の位置図 | <input type="checkbox"/> 本体住居と各住居・各サテライトの位置関係が示されているか。 <input type="checkbox"/> 同一敷地内に病院や入所・通所施設等が存在しないことが示されているか。 | |
| 6 | 事業所及び共同生活援助の平面図 | <input type="checkbox"/> 事業所の定員は4人以上か。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居の定員は2人以上10人以下か。 <input type="checkbox"/> 共同生活住居は、1以上のユニットを有しているか。 <input type="checkbox"/> ユニットの定員は、2人以上10人以下か。 <input type="checkbox"/> ユニットごとに、浴室(浴槽のあるもの)、トイレ、洗面所、台所等日常生活を送る上で必要な設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> ユニットには、居室のほか、居間、食堂等の利用者が相互交流を図ることができる設備を設けているか。 <input type="checkbox"/> 相互交流を図ることができる設備は、利用者及び従業員が一堂に会するのに十分な広さを確保しているか。 <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人か。 <input type="checkbox"/> 居室の面積は、収納設備等を除き、7.43㎡(和室の場合は4.5畳)以上か。 | |

| | | | |
|----|--------------------------------------|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> 事業所と共同生活住居の外観、各部屋の写真は添付されているか。 | |
| 7 | 設備・備品等一覧表 (参考様式2) | <input type="checkbox"/> 支援に必要な備品等が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 備品等の写真は添付されているか。 | |
| 8 | 管理者の経歴書 (参考様式3) | <input type="checkbox"/> 常勤で、かつ、原則として管理業務に従事しているか(管理業務に支障がない場合は他の職種との兼務可)。 | |
| 9 | サービス管理責任者 (参考様式3・4) | <input type="checkbox"/> 実務経験証明書は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事日数は足りているか(次のいずれか)。 <input type="checkbox"/> 資格+3年の経験に該当する。(資格を所持してから当該資格者でなければできない業務に従事していたか。) <input type="checkbox"/> 資格+5年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 8年の経験に該当する。 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従事業務の内容は、実務経験として認められる施設等での相談支援又は直接支援となっているか。(参考資料1「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」を参照) <input type="checkbox"/> 資格を有している場合、資格証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修修了証の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修修了証の写しが添付されているか。 | |
| 10 | 従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表 (参考様式5-1) | <input type="checkbox"/> 常勤換算の計算に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 常勤・非常勤、専従・兼務の区分に誤りはないか。 <input type="checkbox"/> 資格を有する者の資格証の写しが添付されているか。 | |
| 11 | 雇用関係を証明する書類 (雇用契約書、在職証明書等) | <input type="checkbox"/> 全ての従業員(法人役員除く)との雇用関係を証明する書類が添付されているか。 | |
| 12 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 必要な項目が記載されているか(次の項目)。 → <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 入居定員 <input type="checkbox"/> 主たる対象者 <input type="checkbox"/> 共同生活援助の内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 入居に当たっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応方法 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待防止に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束の適正化 <input type="checkbox"/> 感染症や災害への対応力の強化 <input type="checkbox"/> ハラスメント対策 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型の場合は、以下の項目も記載されているか。 → <input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業所の名称及び所在地 | |
| 13 | 利用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6) | <input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 | |
| 14 | 組織体制図 | | |
| 15 | 財務諸表 | <input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 | |
| 16 | 事業計画書 | <input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨を踏まえた内容となっているか。 | |
| 17 | 収支予算書 | <input type="checkbox"/> 指定月から1年間分の収支計画が策定されているか。 | |
| 18 | 損害賠償保険証書 | <input type="checkbox"/> 保険の内容が当該サービスを補償対象としているか。 | |
| 19 | 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7) | <input type="checkbox"/> 対象を特定する場合、その理由が記載されているか。 | |
| 20 | 障害者総合支援法第36条第3 | <input type="checkbox"/> 誓約書に法人の代表者印が押印されているか。 | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| | 号各号の規定に該当しない旨の誓約書 (参考様式8) | <input type="checkbox"/> 役員等名簿は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に役員等の私印は押印されているか。 <input type="checkbox"/> 役員等名簿に事業所の管理者が記載されているか。 | |
| 21 | 協力医療機関との契約内容 (参考様式10) | <input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 22 | 障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の内容 (参考様式11) | <input type="checkbox"/> 支援の体制の内容が具体的に記載されているか。 | |
| 23 | 事業所・共同生活住居の賃貸借契約書又は登記簿謄本 | <input type="checkbox"/> 賃貸の場合、賃貸借契約書の写しが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 自己所有の場合、建物の登記簿謄本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は原本が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 建物の登記簿謄本は概ね3か月以内に取得したもののか。 | |
| 24 | 利用者に係る家賃設定の根拠 | <input type="checkbox"/> 家賃設定の根拠に合理性はあるか(基本的に実費以下となっているか)。 <input type="checkbox"/> 家賃設定の根拠に資する書類(物件購入費用等が確認できるもの)を添付しているか。 | |
| 25 | 建物の安全性等の状況について (参考様式14) | <input type="checkbox"/> 所在地を管轄する土木事務所に照会しているか。 <input type="checkbox"/> 新耐震基準(昭和57年以降)の物件か。 <input type="checkbox"/> 消防法や建築基準法等の検査は完了しているか。 | |
| 26 | サービス管理責任者、世話人、生活支援員の配置数の算定について (別紙様式3) | <input type="checkbox"/> 正しく入力しているか。 | |
| 27 | 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書一式 | <input type="checkbox"/> 必要な書類が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 加算を算定する場合、要件を満たしているか。 | |
| 28 | その他 | <input type="checkbox"/> 開設予定地の自治会や近隣住民に対して説明や挨拶を行うなど、関係づくりに努めているか。 <input type="checkbox"/> 事業計画等について市町村及びグループホーム等支援ワーカーに事前相談をするよう努めているか。 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型の場合、地方公共団体が設置する協議会等から年1回以上評価を受ける必要があること等を理解しているか。 | |