

千葉市登録地域生活支援給付サービス事業者の登録申請に係る添付書類一覧

(以下の2点の問いに回答した後、印刷出力し、申請の際はこの書類も添付してください。)

事業所の名称		連絡担当者名	
--------	--	--------	--

[問い1] 申請事業はどれですか？ ⇒⇒

移動支援	1
訪問入浴サービス	2

日中一時支援	3
--------	---

[問い2] 下表の右項の事業について、指定（又は基準該当登録）を受けていますか？ ⇒⇒ (はい：1、いいえ：2)

申請事業	指定（登録）を受けている事業
移動支援	居宅介護
訪問入浴サービス	介護保険：訪問入浴介護
日中一時支援	短期入所

この欄を使用し確認してください



番号	申請書及び添付書類	様式	○：必要、－：不要 △：該当する場合のみ 【自動表示】	申請者 確認欄
1	千葉市登録地域生活支援給付サービス事業者の登録申請に係る添付書類一覧	本書	問いに回答してください	
2	千葉市登録地域生活支援給付サービス事業者登録（更新）申請書	様式第1号	問いに回答してください	
3	居宅介護の指定（基準該当登録）通知書（写し）	－	問いに回答してください	
4	介護保険制度における訪問入浴介護の指定通知書（写し）	－	問いに回答してください	
5	短期入所の指定通知書（写し）	－	問いに回答してください	
6	移動支援事業所の登録に係る記載事項	付表1	問いに回答してください	
7	移動支援事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項 <該当する事務所がある場合>	付表2	問いに回答してください	
8	訪問入浴サービス事業所の登録に係る記載事項	付表3	問いに回答してください	
9	日中一時支援事業所の登録に係る記載事項	付表4	問いに回答してください	
10	申請者（法人）の定款、寄附行為等、及びその登記事項証明書（登記簿謄本）又は条例等	－	問いに回答してください	
11	運営規程	－	問いに回答してください	
12	事業所の平面図	参考様式1	問いに回答してください	
13	事業所の外観及び内部の写真	－	問いに回答してください	
14	居室面積等一覧表	参考様式2	問いに回答してください	
15	設備・備品等一覧表	参考様式3	問いに回答してください	
16	管理者経歴書	参考様式4	問いに回答してください	
17	サービス提供責任者経歴書	参考様式5	問いに回答してください	
18	従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表	参考様式6	問いに回答してください	
19	組織体制図	参考様式7	問いに回答してください	
20	従業者全員の資格証等（写し）	－	問いに回答してください	
21	利用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8	問いに回答してください	
22	主たる対象者を特定する理由等 <特定する場合のみ>	参考様式9	問いに回答してください	
23	当該申請事業に係る資産状況（貸借対照表・損益計算書、資産（財産）目録、損害・火災保険証書、土地・建物の賃貸借契約書等の写し）	－	問いに回答してください	
24	千葉市登録地域生活支援給付サービス事業者の登録等に関する要綱第3条第3項に該当しない旨の誓約書	参考様式10	問いに回答してください	
25	建築確認済証・検査済証（写し）	－	問いに回答してください	
26	口座振替（送金）申請書 <千葉市において、障害福祉サービス又は地域生活支援給付の振込口座を登録していない場合のみ>	千葉市様式	問いに回答してください	

(備考1) 「申請者確認欄」の該当欄に「○」印を付し、添付書類等に漏れがないように確認してください。

(備考2) 10～25に掲げる書類について、既に提出している内容に変更がないときは、提出を省略することができます。

受付番号

千葉県登録地域生活支援給付サービス事業者登録（更新）申請書

平成 年 月 日

(あて先)

(申請者)

千葉市長

所 在 地

名 称

代表者職氏名

印

千葉県登録地域生活支援給付サービス事業者の登録等に関する要綱第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		〒	←郵便番号を半角数字 7 桁で記載してください			
	連絡先		電話番号			FAX 番号	
			電子メールアドレス			担当者氏名	
	法人の種類				法人所轄庁		
	代表者	役 職			生年月日		
		フリガナ					
		氏 名					
	住 所	〒	←郵便番号を半角数字 7 桁で記載してください				
登録 事業を受けようとする 施設とする	フリガナ						
	名 称						
	事業所（施設）の所在地		〒	事業所（施設）所在地市町村番号		地域区分	
	連絡先		電話番号			FAX 番号	
	事業等の種類		☐ 移動支援事業	☐ 訪問入浴サービス	☐ 日中一時支援事業		
登録申請をする事業等の事業開始予定年月日							
現に受けている登録の有効期間満了日							
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おいて既に指定（基準該当登録）を受けている場合		サービスの種類			事業所番号		
		事業所名称					

(備考)

- 「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。
- 「法人の種類」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」等の別を選択してください。
- 「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。
- 「登録を受けようとする事業所・施設の種類の種類」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 「地域区分」欄には、厚生労働大臣が定める一単位の単価（厚生労働省告示第 539 号）に規定する地域区分を記載してください。
- 「現に受けている登録の有効期間満了日」欄には、登録の更新を受ける場合のみ記載してください。
- 「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おいて既に指定（基準該当登録）を受けている場合」欄には、事業所所在地の都道府県（市町村）において既に事業所としての指定（基準該当登録）を受け、番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。
※移動支援の場合は居宅介護、訪問入浴サービスの場合は介護保険制度における指定訪問入浴介護、日中一時支援の場合は短期入所の事業所番号を記載してください。

付表1 移動支援事業所の登録に係る記載事項

		受付番号								
事業所	フリガナ 名 称									
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください							
	連絡先	電話番号			FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等		第 条 第 項 第 号								
管理者	フリガナ 氏 名									
	住 所	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください							
	当該事業所における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								
		兼務する職種								
勤務時間										
サービス提供者	フリガナ 氏 名									
	住 所	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください							
従業者の職種・員数	(単位:人)	移動支援従業者		その他従業者						
		専従	兼務	専従	兼務		専従	兼務		
	従業者数	常勤								
		非常勤								
	常勤換算後の人数									
	基準上の必要人数									
主な揭示事項	営業日	□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日 □ 祝日								
	営業時間	平日		～		土曜		～		備考
		日曜		～		祝日		～		
	主たる対象者	□ 特定なし □ 身体障害者 □ 知的障害者 □ 精神障害者 □ 障害児 □ 難病等対象者								
	利用料	運営規程に定めるとおり								
	その他の費用	運営規程に定めるとおり								
	通常の事業の実施地域									
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		□ 有 □ 無						
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)							
担当者										
その他										

(備考)

- 「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。
- 「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。
- 出張所がある場合は、付表2を別に作成してください。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。

付表2 移動支援事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

		受付番号			
事業所	フリガナ				
	名 称				
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください		
連絡先	電話番号		FAX番号		
主な 掲 示 事 項	営業日	□ 月 □ 火 □ 水 □ 木 □ 金 □ 土 □ 日 □ 祝日			
	営業時間	平日	～	土曜	～
		日曜	～	祝日	～
	主たる対象者	□ 特定なし □ 身体障害者 □ 知的障害者 □ 精神障害者 □ 障害児 □ 難病等対象者			
	利用料	運営規程に定めるとおり			
	その他の費用	運営規程に定めるとおり			
	通常の事業の実施地域				
	その他参考 となる事項	第三者評価の実施状況	□ 有 □ 無		
苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)			
		担当者			
その他					

(備考)

- 「受付番号」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業に記載した書類を添付してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「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。

付表3 訪問入浴サービス事業所の登録に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ													
	名 称													
	所在地		〒								←郵便番号を半角数字7桁で記載してください			
連絡先		電話番号						FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等												第 条 第 項 第 号		
管理者	フリガナ													
	氏 名													
	住 所		〒								←郵便番号を半角数字7桁で記載してください			
	当該事業所における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						
兼務する職種														
							勤務時間							
従業者の職種・員数	(単位:人)		看護職員		介護職員		その他従業者							
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務						
	従業者数	常勤												
		非常勤												
	常勤換算後の人数													
	基準上の必要人数													
主な揭示事項	営業日		☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日											
	営業時間		平日		～		土曜		～		備考			
			日曜		～		祝日		～					
	利用料		運営規程に定めるとおり											
	その他の費用		運営規程に定めるとおり											
	通常の事業の実施地域													
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			☐ 有 ☐ 無								
			苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)								
担当者														
その他														

(備考)

- 「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業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。
 - 「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。

付表4 日中一時支援事業所の登録に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ																						
	名 称																						
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください																				
連絡先	電話番号							FAX番号															
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等																第	条	第	項	第	号		
管理者	フリガナ																						
	氏 名																						
	住 所	〒	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください																				
	当該事業所における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												
兼務する職種																							
										勤務時間													
当該事業所		利用定員数				人																	
併設(本体)施設		名 称																					
		施設種別																					
		併設(本体)施設の入所者の定員				人																	
		併設(本体)施設の指定短期入所の定員				人																	
従業者の職種・員数	(単位:人)		管理者		医師		看護職員								心理判定員								
			専従 兼務		専従 兼務		合計		保健師		看護師		准看護師		専従 兼務								
	従業者数		常勤																				
	非常勤																						
	常勤換算後の人数																						
	基準上の必要人数																						
	従業者数		職能判定員		理学療法士等								あん摩マッサージ指圧師		生活支援員								
			専従 兼務		専従 兼務		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		専従 兼務		専従 兼務						
	常勤																						
	非常勤																						
	常勤換算後の人数																						
	基準上の必要人数																						
	従業者数		職業指導員		就労支援員		介護職員		児童指導員		保育士		精神保健福祉士		その他従業者								
			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																						
	非常勤																						
	常勤換算後の人数																						
	基準上の必要人数																						
	主な揭示事項	営業日	☐ 月 ☐ 火 ☐ 水 ☐ 木 ☐ 金 ☐ 土 ☐ 日 ☐ 祝日																				
		営業時間	平日					～					土曜					～					備考
			日曜					～					祝日					～					
		主たる対象者	☐ 特定無し ☐ 身体障害者 ☐ 知的障害者 ☐ 障害児 ☐ 精神障害者 ☐ 難病等対象者																				
		利用料	運営規程に定めるとおり																				
		その他の費用	運営規程に定めるとおり																				
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況				☒ 有 ☐ 無																	
	苦情解決の措置概要				窓口(連絡先)																		
					担当者																		
	その他																						
協力医療機関	名 称																						
	主な診療科名																						

(備考)

- 「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。
- 「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。

(参考様式1)

事業所の平面図

事業所の名称	
サービスの種類	

(備考)

- 各室の用途及び面積を記載してください。
- 当該事業所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わかりやすく表示してください。

(参考様式2)

居室面積等一覧表

事業所の名称	
サービスの種類	

(居室等)	1室の定員	()階 号室			()階 号室			()階 号室		
		室数	面積	備考	室数	面積	備考	室数	面積	備考
			(m ²)			(m ²)			(m ²)	
			(m ²)			(m ²)			(m ²)	
			(m ²)			(m ²)			(m ²)	
			(m ²)			(m ²)			(m ²)	
			(m ²)			(m ²)			(m ²)	
			(m ²)			(m ²)			(m ²)	
			(m ²)			(m ²)			(m ²)	
(居室以外)										
			m ²			m ²			m ²	
			m ²			m ²			m ²	
			m ²			m ²			m ²	
			m ²			m ²			m ²	
			m ²			m ²			m ²	
			m ²			m ²			m ²	
			m ²			m ²			m ²	
			m ²			m ²			m ²	
			m ²			m ²			m ²	
片廊下の幅			m			m			m	
中廊下の幅			m			m			m	
共用する施設・事業所名 ()										

(備考)

- 設備基準で定められた部屋について、設置階ごとに記載してください。
- 居室・療養室等については、「1室の定員」ごとに分けて記載してください。また、同じ定員でも、面積の異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記載してください。
- 「1人あたり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記載してください。(算出にあたっては、小数点第3位以下を切り捨ててください)
- 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数・面積を記載してください。
- 他の施設又は事業所と共用している場合は、「備考」欄に「共用」、「共用する施設・事業所名」欄に正式名称を記載し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。
- 同一の施設又は事業所の他の部屋と兼用している場合は、「備考」欄に「〇〇室と兼用」と記載してください。
- 設置階数が様式の欄を超える場合は、複数枚に分けて記載し、まとめて提出してください。

(参考様式3)

設備・備品等一覧表

事業所の名称	
サービスの種類	

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上 配慮すべき 設備の概要		
非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

(備考)

- 1 申請するサービスの種類に関して、「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。

(参考様式4)

管理者 経歴書

事業所の名称			
サービスの種類			
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名			
住所	(〒 -)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月 日	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

(備考)

- 1 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
- 2 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5)

サービス提供責任者 経歴書

事業所の名称			
サービスの種類			
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名			
住所	(〒 -)		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月 ~ 年 月	勤 務 先 等	職 務 内 容	
職 務 に 関 連 す る 資 格			
資 格 の 種 類		資 格 取 得 年 月 日	
備 考 (研修等の受講の状況等)			

(備考)

- 1 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
- 2 当該サービス提供責任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6)

従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表

[illegible]

(備考)

- 1 該当する日から4週間の状況を記載してください。
- 2 申請する事業に係る従業者全員（管理者含む）について、4週間分の勤務すべき時間数を記載してください。
- 3 職種ごとに「常勤・専従」、「常勤・兼務」、「非常勤・専従」、「非常勤・兼務」の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとに集計してください。
- 4 常勤換算が必要な職種は、職種ごとに「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で除して、「常勤換算後の人数」を算出してください。
- 5 算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 6 勤務時間数には、休憩時間を除いて記載してください。
- 7 「資格の種類等」には、「介護福祉士」「理学療法士」等の資格、または養成研修等を受講している場合は「ホームヘルパー〇級」等を記載してください。

(参考様式7)

組 織 体 制 図

事業所の名称	
サービスの種類	

(備考)

- 1 既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。
- 2 「従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表」「管理者経歴書」「サービス提供責任者経歴書」等の記載内容と必ず一致させてください。

(参考様式8)

利用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

事業所の名称	
サービスの種類	

措置の概要	
1	利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設窓口(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

(備考)

- 1 上記は例示であるので、これに関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。

(参考様式9)

主たる対象者を特定する理由等

事業所の名称	
サービスの種類	

1 申請に係るサービスの主たる対象者

※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者(肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害)
 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者 ・ 難病等対象者

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

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

(参考様式 10)

千葉県登録地域生活支援給付サービス事業者の登録等に関する要綱第 3 条第 3 項に該当しない旨の誓約書

(あて先) 千葉市長

申請者	所在地	
	名 称	
代表者	住 所	
	氏 名	印

千葉県登録地域生活支援給付サービス事業者の登録等に関する要綱（以下「要綱」という。）第 3 条第 1 項に基づく登録地域生活支援給付サービス事業者としての登録について、下記に掲げる要綱第 3 条第 3 項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

千葉県登録地域生活支援給付サービス事業者の登録等に関する要綱第 3 条第 3 項各号の規定

- (1) 法人 当該法人の役員又はその地域生活支援給付サービス事業所を管理する者（以下「管理者」という。）その他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 18 年政令第 10 号。以下「政令」という。）第 23 条で定める使用人（以下「役員等」という。）のうちに暴力団員（暴力団員等による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 6 号に規定する暴力団員をいう。次号において同じ。）に該当する者がいないこと。
- (2) (1) 以外の者 管理者その他政令第 23 条で定める使用人のうちに暴力団員に該当する者がいないこと。

口座振替(送金)申請書

千葉市長

千葉市からの公金の支払について、下記のとおり口座振替(送金)を申請します。

申 請 者

平成 年 月 日

住 所

法 人 名

代表者 職氏名

印

- * 法人の場合は市との契約や請求等に使用するものと同じ印鑑を押印してください。
- * 個人、個人事業者、法人格のない団体の場合は市への請求等に印鑑を使用する場合は同じ印鑑を押印してください。印鑑を使用せず署名のみをする場合は署名のみで押印は不要です。
- * 権限の委任がある際は、委任状を添付してください。支配人登記がある場合はその旨明示してください。
- * 訂正箇所には申請者欄にしたものと同じ押印又は署名をしてください。

データ区分
6 0 1

申請区分

債権者コード

01	02
03	04

債権者名	法人名	カナ	
	または 個人名	漢字	
	代表者の 職・氏名	カナ	
		漢字	

05	06	07
08	09	10

住 所	住所コード			
	都道府県名 市町村名 町丁名			
	番地			
	方書(ビル名等)			
振込先口座	金融機関・支店コード			
	金融機関名	銀行	預金種目	1. 普通預金
	支店名	支店	口座番号	
	口座名義(カナ)			

09	10
----	----

公共 前払用 振込先	金融機関コード			
	金融機関名	銀行	預金種目	1. 普通預金
	支店名	支店	口座番号	
	口座名義(カナ)			
連絡先電話番号				
	メールアドレス	@		

課名 _____ TEL _____ 担当者 _____

様式第4号

変 更 届 出 書

平成 年 月 日

(あて先)

千葉市長

(申請者)

所 在 地 _____

名 称 _____

代表者職氏名 _____ 印

次のとおり、千葉市登録地域生活支援給付サービス事業者に係る登録を受けた内容を変更しましたので、届け出ます。

登録内容を変更した事業所	事業所番号	
	名 称	
	事業所（施設） の所在地	_____
	事業等の種類	
変更があった事項		変 更 内 容
1	事業所の名称	(変更前)
2	事業所の所在地（設置の場所）	
3	申請者（設置者）の名称	
4	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	申請者（法人）の定款、 寄附行為等、及びその登 記事項証明書（登記簿謄 本）又は条例等	(変更後)
7	事業所の平面図及び設備の概要	
8	管理者の氏名、生年月日、住所及び職名	
9	サービス提供責任者の氏 名、生年月日、住所及び 職名	
10	運営規程	
11	その他	
変更年月日		平成 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。

廃止・休止・再開届出書

平成 年 月 日

(あて先)

千葉市長

(申請者)

所 在 地 _____

名 称 _____

代表者職氏名 _____ 印

次のとおり、登録地域生活支援給付サービスの事業を廃止します（休止します・再開しました）ので、届け出ます。

廃止（休止・再開）の事業所	事業所番号	
	名 称	
	事業所（施設） の所在地	_____
	事業等の種類	
廃止（休止・再開）年月日	平成 年 月 日	
廃止・休止の理由		
現にサービスを受けている者 に対する措置 （廃止・休止の場合のみ）		
休止予定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	

(備考)

- 1 事業の再開に係る届け出については、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、「従業員等の勤務体制及び勤務形態一覧表」を添付してください。
- 2 廃止又は休止の場合は、廃止又は休止しようとする事業を廃止又は休止しようとする日の 1 月前までに届け出てください。
- 3 再開の場合は、休止した事業を再開したときから 10 日以内に届け出てください。

運営規程（移動支援）

運営規程の作成例	作成に当たっての留意事項
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 に基づく〇〇〇運営規程（移動支援事業） （事業の目的） 第1条 ＊＊法人＊＊が設置する〇〇〇（以下「事業所」という。）において実施する地域生活支援事業の移動支援事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業の円滑な運営管理を図るとともに、障害者及び障害児（以下「利用者」という。）並びに障害児の保護者（以下「利用者等」という。）の意思及び人格を尊重し、利用者等の立場に立った適切な移動支援の提供を確保することを目的とする。 （運営の方針） 第2条 事業所は、利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、移動の支援を適切かつ効果的に行うものとする。 2 事業の実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な移動支援の提供ができるよう努めるものとする。 3 事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。 4 前三項のほか、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17年法律第123号。以下「法」という。）に定める内容のほか関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。 （虐待防止に関する事項） 第3条 〇〇〇は＊＊法人＊＊の計画に従い、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとする。 （事業所の名称等） 第4条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。 （1）名称 〇〇〇 （2）所在地 千葉県千葉市××区××町×丁目×番×号	「〇〇〇」は、事業所の正式名称を記載してください。 「＊＊法人＊＊」は、開設者（法人名）を、「〇〇〇」は、事業所の正式名称を記載してください。 「〇〇〇」は、事業所の正式名称を、「＊＊法人＊＊」は、開設者（法人名）を記載してください。 「〇〇〇」は、事業所の正式名称を記載してください。 所在地は、住居表示、ビル名等を正確に記載してください。

(職員の職種、員数及び職務の内容)

第5条 事業所における職員の職種、員数及び職務の内容は、次のとおりとする。ただし、員数については、千葉市が定める基準を下回らない範囲で変動することがある。

(1) 管理者 1人 (常勤職員)

管理者は、従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の職員に対し、法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

(2) サービス提供責任者 ○人 (常勤職員)

サービス提供責任者は、移動支援計画を作成し、利用者等及びその同居の家族にその内容を説明のうえ交付するほか、移動支援の利用申込みに係る調整、従業者に対する技術指導等の管理を行う。

(3) 従業者 ○人 (常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

従業者は、移動支援計画に基づき、移動支援の提供に当たる。

(4) 事務職員 ○人 (常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

必要な事務を行う。

(営業日及び営業時間)

第6条 事業所の営業日及び営業時間は、次のとおりとする。

(1) 営業日 ○曜日から○曜日までとする。

ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く。

(2) 営業時間 午前○時から午後○時までとする。

(3) サービス提供日 ○曜日から○曜日までとする。

ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く。

(4) サービス提供時間 午前○時から午後○時までとする。

(5) 上記の営業日、営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

(サービスを提供する主たる対象者)

第7条 事業所においてサービスを提供する主たる対象者は、次のとおりとする。

(1) 身体障害者

(2) 知的障害者

(3) 精神障害者

(4) 障害児

(5) 難病等対象者

(事業の内容)

第8条 事業所で行う事業の内容は、次のとおりとする。

(1) 移動支援計画の作成

管理者がサービス提供責任者を兼務する場合は、「(常勤職員。サービス提供責任者兼務)」と記載してください。

職員の職種等の記載に際しては、
①「付表1_移動支援事業所の登録に係る記載事項」
②「参考様式6_従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表」の記載内容(人数、常勤/非常勤、専従/兼務等)と一致しているか必ず確認してください。

「営業日」「営業時間」は、利用者からの相談や利用受付等が可能な日及び時間を、「サービス提供日」「サービス提供時間」は、利用者に対する移動支援のサービス提供が可能な日及び時間をそれぞれ記載してください。

日曜日、祝日、年末年始等、特定の日の除き営業又はサービス提供を行う場合は、「日曜日、国民の祝日、○月○日から○月○日を除く」等と記載してください。

主たる対象者を特定しない場合は、本条は不要です。その場合は、以下の条数を繰り上げてください。
例) 第8条→第7条 …

(2) 外出時における移動の介護

(3) 前各号に掲げる便宜に附帯する便宜

(1) から (2) に附帯するその他必要な介護、相談、助言。

(支給決定障害者等から受領する費用の額等)

第9条 移動支援を提供した際には、支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給決定障害者等」という。）から、千葉市が定める額の範囲内において利用者負担額の支払を受けるものとする。

2 次条に定める通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、公共交通機関等を利用した場合は、その実費を支給決定障害者等から徴収するものとする。なお、事業者の自動車を使用したときは、次の額を徴収するものとする。

(1) 事業所から片道〇〇キロメートル未満 〇〇円

(2) 事業所から片道〇〇キロメートル以上 〇〇円

3 第二項の費用の額に係る移動支援の提供に当たっては、あらかじめ、支給決定障害者等に対し、当該移動支援の内容及び費用について説明を行い、支給決定障害者等の同意を得るものとする。

4 第一項及び第二項の費用の支払を受けた場合は、当該費用に係る領収証を、当該費用を支払った支給決定障害者等に対し交付するものとする。

(通常の事業の実施地域)

第10条 通常の事業の実施地域は、〇〇市の全域とする。

(緊急時等における対応方法)

第11条 現に移動支援の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。

2 主治医への連絡等が困難な場合には、医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとする。

(苦情解決)

第12条 提供した移動支援に関する利用者等並びにその家族等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置するものとする。

2 提供した移動支援に関し、千葉市が行う報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示の命令、又は当該職員からの質問若しくは事業所の設備若しくは帳簿書類その他の物件の検査に応じ、及び利用者等並びにその家族からの苦情に関して千葉市が行う調査に協力するとともに、千葉市から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。

事業者は、支給決定障害者等の選定により、第10条に定める通常の事業の実施地域以外の地域において移動支援を提供する場合、交通費（移動に要する実費）の支払を支給決定障害者等から受けることができます。その場合は左記の項目を記載することとします。

通常の事業の実施地域については、原則市区町村単位で記載します。なお、市区町村内の一部地域のみを対象とする場合は「〇〇市〇〇町」など客観的に区域が分かるような記載をしてください。

3 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第83条に規定する運営適正化委員会が同法第85条の規定により行う調査又はあつせんにできる限り協力するものとする。

（その他運営に関する重要事項）

第13条 事業所は、職員の資質の向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備するものとする。

（1）採用時研修 採用後○か月以内

（2）継続研修 年○回

2 職員は、その業務上知り得た利用者等並びにその家族の秘密を保持するものとする。

3 職員であった者に、業務上知り得た利用者等並びにその家族の秘密を保持するため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約に盛り込むものとする。

4 事業所は他の事業者等に対して、利用者等並びにその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者等並びにその家族の同意を得るものとする。

5 事業所は、職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備するものとする。

6 事業所は、利用者等に対する移動支援の提供に関する諸記録を整備し、当該移動支援を提供した日から5年間保存するものとする。

7 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は**法人**と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

「**法人**」は、開設者（法人名）を記載してください。

附 則

1 この規程は、平成○○年○月○日から施行する。

運営規程（日中一時支援）

運営規程の作成例	作成に当たっての留意事項
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 に基づく〇〇〇運営規程（日中一時支援事業） （事業の目的） 第1条 ＊＊法人＊＊が設置する〇〇〇（以下「事業所」という。）において実施する地域生活支援事業の日中一時支援事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業の円滑な運営管理を図るとともに、障害者及び障害児（以下「利用者」という。）並びに障害児の保護者（以下「利用者等」という。）の意思及び人格を尊重し、利用者等の立場に立った適切な日中一時支援の提供を確保することを目的とする。 （運営の方針） 第2条 事業所は、利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、排せつ及び食事の介護その他の必要な保護を適切かつ効果的に行うものとする。 2 事業の実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な日中一時支援の提供ができるよう努めるものとする。 3 事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。 4 前三項のほか、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17年法律第123号。以下「法」という。）に定める内容のほか関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。 （虐待防止に関する事項） 第3条 〇〇〇は＊＊法人＊＊の計画に従い、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとする。 （事業所の名称等） 第4条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。 （1）名称 〇〇〇 （2）所在地 千葉県千葉市××区××町×丁目×番×号	「〇〇〇」は、事業所の正式名称を記載してください。 「＊＊法人＊＊」は、開設者（法人名）を、「〇〇〇」は、事業所の正式名称を記載してください。 「〇〇〇」は、事業所の正式名称を、「＊＊法人＊＊」は、開設者（法人名）を記載してください。 「〇〇〇」は、事業所の正式名称を記載してください。 所在地は、住居表示、ビル名等を正確に記載してください。

(職員の職種、員数及び職務の内容)

第5条 事業所における職員の職種、員数及び職務の内容は、次のとおりとする。ただし、員数については、千葉市が定める基準を下回らない範囲で変動することがある。

(1) 管理者 1人(常勤職員)

管理者は、従業者の管理、日中一時支援の利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、事業所の職員に対し、法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

(2) 医師 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

医師は、・・・を行う。

(3) 看護師 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

看護師は、・・・を行う。

(4) 職業指導員 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

職業指導員は、・・・を行う。

(5) 生活支援員 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

生活支援員は、・・・を行う。

(6) 栄養士 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

栄養士は、・・・を行う。

(7) 心理判定員 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

心理判定員は、・・・を行う。

(8) 職能判定員 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

職能判定員は、・・・を行う。

(9) 作業療法士 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

作業療法士は、・・・を行う。

(10) あん摩マッサージ指圧師 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

あん摩マッサージ指圧師は、・・・を行う。

(11) 事務職員 ○人(常勤職員 ○人、非常勤職員 ○人)

事務職員は、必要な事務を行う。

(利用定員)

第6条 事業所の利用定員は、○○人とする。

(サービスを提供する主たる対象者)

第7条 事業所においてサービスを提供する主たる対象者は、次のとおりとする。

(1) 身体障害者

(2) 知的障害者

(3) 精神障害者

(4) 障害児

(5) 難病等対象者

各職種の職務の内容を簡潔に記載してください。

職員の職種等の記載に際しては、
①「付表4_日中一時支援事業所の登録に係る記載事項」
②「参考様式6_従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表」
の記載内容(人数、常勤/非常勤、専従/兼務等)と一致しているか必ず確認してください。

定員の設定については、「日中一時支援の利用者」、「指定短期入所の利用者」及び「当該施設の入所者」の総数を当該実施施設の入所者数とみなした場合における、当該施設が置くべき従業者を確保できる数とします。

主たる対象者を特定しない場合は、本条は不要です。その場合は、以下の条数を繰り上げてください。
例) 第8条→第7条 …

(事業の内容)

第8条 事業所で行う事業の内容は、次のとおりとする。

- (1) 食事の提供
- (2) 身体等の介護
- (3) 健康管理
- (4) 利用者又は家族に対する相談及び援助
- (5) その他利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するために必要な保護又は支援

(支給決定障害者等から受領する費用の額等)

第9条 日中一時支援を提供した際には、支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「支給決定障害者等」という。）から、千葉市が定める額の範囲内において利用者負担額の支払を受けるものとする。

2 次に定める費用については、支給決定障害者等から徴収するものとする。

(1) 食事の提供に係る費用

(ア) 1日につき〇〇円（うち食材料費〇〇円）

(イ) 朝食 1食につき〇〇円（うち食材料費〇〇円）

(ウ) 昼食 1食につき〇〇円（うち食材料費〇〇円）

(エ) 夕食 1食につき〇〇円（うち食材料費〇〇円）

(2) 日用品費の実費

(3) その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、支給決定障害者等に負担させることが適当と認められるものの実費

3 第二項の費用の額に係る日中一時支援の提供に当たっては、あらかじめ、支給決定障害者等に対し、当該日中一時支援の内容及び費用について説明を行い、支給決定障害者等の同意を得るものとする。

4 第一項及び第二項の費用の支払を受けた場合は、当該費用に係る領収証を、当該費用を支払った支給決定障害者等に対し交付するものとする。

(サービス利用に当たっての留意事項)

第10条 利用者は、日中一時支援を利用する際に、次に規定する内容について留意するものとする。

- (1) 〇〇〇こと。
- (2) 〇〇〇こと。
- (3) 〇〇〇こと。

(緊急時等における対応方法)

第11条 現に日中一時支援の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への

連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。

- 2 主治医への連絡等が困難な場合には、医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとする。

(非常災害対策)

第12条 事業所は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業員に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

(苦情解決)

第13条 提供した日中一時支援に関する利用者等並びにその家族等からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置するものとする。

- 2 提供した日中一時支援に関し、千葉市が行う報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示の命令、又は当該職員からの質問若しくは事業所の設備若しくは帳簿書類その他の物件の検査に応じ、及び利用者等並びにその家族からの苦情に関して千葉市が行う調査に協力するとともに、千葉市から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行うものとする。
- 3 社会福祉法（昭和26年法律第45号）第83条に規定する運営適正化委員会が同法第85条の規定により行う調査又はあつせんにできる限り協力するものとする。

(その他運営に関する重要事項)

第14条 事業所は、職員の資質の向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備するものとする。

(1) 採用時研修 採用後○か月以内

(2) 継続研修 年○回

- 2 職員は、その業務上知り得た利用者等並びにその家族の秘密を保持するものとする。
- 3 職員であった者に、業務上知り得た利用者等並びにその家族の秘密を保持するため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約に盛り込むものとする。
- 4 事業所は他の事業者等に対して、利用者等並びにその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者等並びにその家族の同意を得るものとする。
- 5 事業所は、職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備するものとする。
- 6 事業所は、利用者等に対する日中一時支援の提供に関する諸記録を整備し、当該日中一時支援を提供した日から5年間保存する

ものとする。 7 この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は**法人**と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。 附 則 1 この規程は、平成〇〇年〇月〇日から施行する。	「**法人**」は、開設者（法人名）を記載してください。
---	-------------------------------------

(千葉市様式)

障害福祉サービス事業等開始(変更)届出書

年 月 日

(あて先) 千葉市長

住所(事務所の所在地)

名称

印

(代表者職氏名)

連絡先電話番号

FAX 番号

連絡先電子メールアドレス

@

担当者氏名

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79条第3項)に規定する障害福祉サービス事業等の開始(変更)について、下記のとおり届け出ます。

届出に係る事業	種類 内 容		
経営者(法人)	住所(事務所の所在地)		
	氏 名 (名 称)		
基 本 約 款	別紙のとおり		
職 員 の 種 類	職 務 の 内 容	職員の定数	
		人	
		人	
		人	
		人	
		人	
	合 計	人	
主な職員の氏名			
主な職員の経歴			
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(変更) 予定年月日			

※ 開始届出の場合は、事業計画書及び収支予算書(様式任意)を添付すること。

※ 変更届出の場合は、「届出に係る事業」及び変更事項を記載すること。

※ 「事業の用に供する施設」は、障害福祉サービス事業(療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援(施設を必要とする障害福祉サービスに係るものに限る。))、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援に限る。)、地域活動支援センターを運営する事業又は福祉ホームを運営する事業を行う場合に記載すること。

(様式第 7 号)

障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書

平成 年 月 日

(あて先) 千葉市長

住 所（事務所の所在地）

名 称



(代表者職氏名)

連絡先電話番号

FAX 番号

連絡先電子メールアドレス @

担当者氏名

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 項に規定する障害福祉サービス事業（一般相談支援事業・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）の廃止（休止）について、次のとおり届け出ます。

廃止又は休止しよう と する 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 場 合 の 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで