参考様式

該当シート番号	書類名
1	平面図
1-1	写真台帳
2	設備・備品等一覧表
3	経歴書
4	実務経験証明書
5	実務経験見込証明書
5-1	従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表（別ファイルで掲載）
5-2	従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表（訪問系サービス）
6	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
7	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
8	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項各号の規定に該当しない旨の誓約書
9	指定一般相談支援事業者の指定に係る誓約書
10	協力医療機関との契約の内容
11	施設等との連携体制及び支援の体制の概要
12	サービス提供時間外及び緊急時等における利用者からの連絡対応体制
13	収支予算書
13-1	収支予算書（就労会計）
14	建物の安全性等の状況について
14-1	＜FAX照会様式＞
15	事業計画書
15-1	事業計画書（日中サービス支援型指定共同生活援助）

（参考様式１）

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。

法人名：

事業所名：

No. 1

説明	
（写真）	

No. 2

説明	
（写真）	

No. 3

説明	
（写真）	

No. 4

説明	
（写真）	

No. 5

説明	
（写真）	

No. 6

説明	
（写真）	

法人名：

事業所名：

No. 7

説明	
（写真）	

No. 8

説明	
（写真）	

No. 9

説明	
（写真）	

No. 10

説明	
（写真）	

No. 11

説明	
（写真）	

No. 12

説明	
（写真）	

法人名：

事業所名：

No. 13

説明	
（写真）	

No. 14

説明	
（写真）	

No. 15

説明	
（写真）	

No. 16

説明	
（写真）	

No. 17

説明	
（写真）	

No. 18

説明	
（写真）	

（参考様式２）

設備･備品等一覧表

サービス種類（　　）
事業所名（　　）

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　申請するサービス種類に関して、基準条例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。

（参考様式３）

○○○経歴書

事業所の名称			
フリガナ		生年月日	年　月　日
氏　名			
住　所	（郵便番号　　－　　）		
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　「○○○」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

番　　号

千葉県知事　　様　　年　　月　　日

法人所在地及び名称

代表者職氏名　　印

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）
業務日数	日
業　務　内　容	職名（　　）

（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、受験申込者が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、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。

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。

（参考様式５）

実 務 経 験 見 込 証 明 書

番　　号

千葉県知事　　様　　年　　月　　日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名　　印

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）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、受験申込者が要援護者に対する直接的な援助を行うと見込まれる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）

３．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。

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。

（参考様式　５－２）

サービスの種類（ 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護 ）←該当事業に○をつけること

従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表（　　年　　月分　）

事業所・施設名（　　）

※一覧表には、指定事業を開始する月の勤務体制を記入してください。

※一覧表で黒塗りされている部分には、自動計算の数式等が設定されていますので、記入しないでください。

↓こちらにも記入をお願いします。

当該事業所において常勤の職員が週に勤務すべき時間数（就業規則上に定める時間数）	

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	資格の有無及び種類
			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				
			＊																															
管理者																															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	0.0	######	
																															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	######	
																															0.0	0.0	######	
																															0.0	0.0	######	
合　計																															0.0	0.0	######	

備考1　＊欄には，当該月の曜日を記載してください。

備考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。なお、介護保険の訪問介護事業を兼務している場合は、その時間数も含めて計算してください。

備考3　職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載してください。なお、介護保険の訪問介護事業にも従事される職員については、勤務形態は「兼務」になります。

「勤務形態」の区分　　A：常勤で専従　B：常勤で兼務　C：常勤以外で専従　D：常勤以外で兼務

備考4　「常勤換算後の人数」は、「週平均の勤務時間」を、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数（例：40時間）で割って算出しています。算出にあたっては、小数点第2位以下を切り捨てになります。なお、管理者の勤務時間は、常勤換算に含まれません。

備考5　管理者がサービス提供責任者又はヘルパーを兼務する場合は、管理者とその他の職種の従事時間を2段に分けて記載してください。なお、サービス提供責任者はヘルパーの中から選ばれるため、サービス提供責任者の責任者としての従事時間とヘルパーとしての従事時間を分ける必要はありません。

備考6　サービスごとで勤務形態が異なる場合は、サービスごとに勤務形態一覧表を作成してください。

（参考様式６）

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

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

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

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。

（参考様式７）

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

事　　業　　所　　名	
指定障害福祉サービスの種類	

1　申請に係る指定障害福祉サービスの主たる対象者　※該当するものを〇で囲むこと。

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のとおり限定する理由

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８）

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項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年　　月　　日

千葉県知事　様

所在地
申請者　　名　称
氏　名　　㊞

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる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

【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項各号の規定】

１　申請者が法人でないとき。

２　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４３条第１項の千葉県の条例で定める基準を満たしていないとき。

３　申請者が、第４３条第２項の千葉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。

４　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。

５　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。

（※）児童福祉法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法

5の2　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。

（＊）労働基準法、労働者派遣法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律

６　申請者が、第５０条第１項（同条第３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。）又は第５１条の２９第１項若しくは第２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５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５年法律第８８号）第１５条の規定による通知があった日前６０日以内に当該法人の役員又はそのサービス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５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６０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５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厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

７　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厚生労働省令で定めるもの（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厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第５０条第１項又は第５１条の２９第１項若しくは第２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５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厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

８　申請者が、第５０条第１項又は第５１条の２９第１項若しくは第２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１５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４６条第２項又は第５１条の２５第２項若しくは第４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５年を経過しないものであるとき。

９　申請者が、第４８条第１項（同条第３項において準用する場合を含む。）又は第５１条の２７第１項若しくは第２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５０条第１項又は第５１条の２９第１項若しくは第２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厚生労働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１０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４６条第２項又は第５１条の２５第２項若しくは第４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５年を経過しないものであるとき。

10　第８号に規定する期間内に第４６条第２項又は第５１条の２５第２項若しくは第４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６０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５年を経過しないものであるとき。

11　申請者が、指定の申請前５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。

12　申請者が、法人で、その役員等のうちに第４号から第６号まで又は第８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。

13　申請者が、法人でない者で、その管理者が第４号から第６号まで又は第８号から第１１号までのいずれかに該当する者であるとき。

（別紙）

役 員 等 名 簿

申請者（法人）名　（　　）

（ふりがな） 氏　　名	生年月日 役職名・呼称	住　　所 TEL	FAX	押印

注　当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入・押印してください。

（参考様式９）

指定一般相談支援事業者の指定に係る誓約書

年　　月　　日

千葉県知事　様

申請者　　所在地
　　名　称
代表者　　住　所
　　氏　名　　印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる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（第４号、第１０号及び第１３号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【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（第４号、第１０号及び第１３号を除く。）の読替後の規定】

1　申請者が法人でないとき。

2　当該申請に係る特定相談支援事業所（第五十一条の二十第一項に規定する特定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、第五十一条の二十四第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。

3　申請者が、第五十一条の二十三第二項の厚生労働省令で定める指定地域相談支援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。

5　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。

6　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。）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厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

7　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厚生労働省令で定めるもの（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厚生労働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厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働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厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

8　申請者が、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。

9　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厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事又は市町村長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。

11　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。

12　申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号、第六号、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。

（別紙）

役 員 等 名 簿

申請者（法人）名　（　　）

（ふりがな） 氏　　名	生年月日 役職名・呼称	住（ふり）所（がな） TEL	 FAX	押印

（参考様式１０）

協力医療機関との契約の内容

協力医療機関の名称	
所在地	
診療科名	
事業者・施設からの距離	km（徒歩　　分，車　　分）
契約の内容	

※１　協力医療機関と契約書を取り交わしている場合は，契約書の写しを添付してください。
２　協力医療機関が複数箇所ある場合は，別葉で記入してください。
３　契約の内容は，申請する事業に関連した協力内容を記入して下さい。

（参考様式１１）

施設等との連携体制及び支援の体制の概要

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

※１　「連携・支援体制の内容」については、具体的に記入して下さい。
　２　バックアップ施設が無い事業所（グループホーム）については、事業者との連携体制及び支援の体制を記入して下さい。

（参考様式12）

サービス提供時間外及び緊急時等における利用者からの連絡対応体制

サービス提供時間外における連絡体制	
緊急時における連絡体制	

※１　具体的に記入して下さい。

（参考様式13）

収支予算書

事業所名　：
サービス名：

年　　（単位：千円）

		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	合計
収入見込み	利用者見込実人数（人）													0
	利用者見込延人数（人）													0
	営業日数（日）													0
	サービス報酬受入額	0	0											0
	諸収入													0
														0
	合計（A）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
支出見込み	人件費													0
	旅費、交通費													0
	事務所賃借料													0
	通信費													0
	諸経費													0
														0
	合計（B）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	収支（A-B）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※　本書式はあくまで参考であり、下記の要件を満たしていれば各事業所で作成している書式でかまいません。
・収支は指定を受けようとする障害サービス毎に立ててください。（他のサービスと合算しない）
・収支は事業開始月から月毎に1年分を記載してください。
・本書式記載の収入・支出の内訳項目を記載してください。

※　サービスの報酬は、国保連に請求した月の翌月末に振り込まれます。（サービス提供の2ヵ月後）

（参考様式13－1）

収支予算書（就労会計）

事業所名　：
サービス名：　就労継続支援（　A型　・　B型　）

年

（単位：千円）

		月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	合計
工賃（賃金）支払対象者の実人数（人）														0
工賃（賃金）支払対象者の延人数（人）														0
営業日数（日）														0
事業収入 生産活動に係る	生産活動①（○○）売上													0
	生産活動②（△△）売上													0
	生産活動③（□□）売上													0
														0
	合計（A）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
生産活動に必要な経費	生産活動①（○○）材料費													0
	生産活動①（○○）光熱水費													0
	生産活動②（△△）材料費													0
	生産活動②（△△）光熱水費													0
	生産活動②（□□）材料費													0
	生産活動②（□□）光熱水費													0
	諸経費													0
														0
	合計（B）	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
工賃（賃金）（A-B）		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

※本書式はあくまで参考であり、下記の要件を満たしていれば各事業所で作成している書式でかまいません。
・収支は指定を受けようとする障害サービス毎に立ててください。（他のサービスと合算しない）
・収支は事業開始月から月毎に1年分を記載してください。
・本書式記載の収入・支出の内訳項目はあくまでも一例です。項目の追加や削除をしていただいてもかまいません。

（参考様式14）　　年　月　日提出

建物の安全性等の状況について

事業所情報	サービス種別		
	事業所所在地		
	運営法人名		
	法人代表者氏名		
建物情報	建築年月日	年　月　日　／　不明	
	構造	造り　／　不明	
	階数（延べ床面積）	階建（　㎡　／　不明　）	
	スプリンクラー設置状況	設置済　・　未設置（設置予定：あり　・　なし）	
	所有・賃借の別	自己所有　・　賃貸借	
	使用形態等	建物全部使用　・　建物一部使用	
		一部使用の場合：階数（　階部分）、面積（　㎡）	
土砂災害確認等情報	確認状況	確認済み　・　未確認	
	確認土木事務所名		
	確認結果		
建物の耐震化情報	耐震診断の要否	要　・　不明	昭和56年以前の建物、耐震診断の要否不明
		否	昭和57年以降の建物（以降の回答は不要です）
	上欄で要・不明の場合 耐震診断の状況・結果	耐震診断	実施済み　・　未実施　・　不明
		診断実施日	年　月　日
		診断結果	
	耐震診断・耐震改修未実施の場合 耐震化の確保に係る今後の予定等	（診断）　年　月実施予定　・　未定	
		（改修）　年　月実施予定　・　未定	
		【耐震診断又は改修ができない理由】	

（注1）本票は、使用する建物の安全性を確認しようとするものです。建物の状況についてわかる範囲で記載してください。

（注2）土砂災害確認等情報は、建物の立地場所の安全性を確認しようとするものです。建物の所在地区管轄土木事務所に土砂災害の危険性の有無等について確認し、その結果を記載してください。

（注3）「耐震化情報」について、本票では便宜的に昭和56年以前の建物を対象としてその安全性を確認しようとするものです。なお、昭和57年以降の建物については、その安全性が保証されているものではありませんので、場合によっては耐震診断の要否等について確認させていただく場合があります。

（裏面）消防点検の状況について

確認年月日	担当消防局・所属名	指導状況・指導内容等

（注１）本票は、使用する建物の防火設備等の状況を記載するものです。管轄消防に確認した結果を記載してください。

（参考様式14－1）　　＜ＦＡＸ照会様式＞

照会者使用欄				
照会年月日		年　　月　　日	別紙の有無	無・有（本紙含め　　枚）
あて先		【　　】土木事務所　ご担当者　様		
件名		土砂災害危険個所等の指定状況等の確認について		
照会者	法人（部署）名			
	職氏名（かな）			
	連絡先	電話（　　）　FAX（　　）		
施設種別・名称				
照会住所				
回答期限（希望）		年　　月　　日		

回答者使用欄				
回答年月日		年　　月　　日	別紙の有無	無・有（本紙含め　　枚）
回答者	部署名			
	職氏名（かな）			
	連絡先	電話（　　）　FAX（　　）		
結果		指定等の有無	□無　□有（具体的には以下を参照）	
		□土砂災害警戒区域（急傾斜地の崩壊）	□土砂災害特別警戒区域（急傾斜地の崩壊）	
		□土砂災害警戒区域（土石流）	□土砂災害特別害警戒区域（土石流）	
		□土砂災害警戒区域（地すべり）	□基礎調査予定箇所	
		□土砂災害警戒区域（指定手続き中）	□土砂災害特別警戒区域（指定手続き中）	
			□その他（　　）	
注意・連絡事項				

（参考様式１５）

事業計画書

１　法人運営の基本方針（法人全体の基本理念、方針）

２　事業所運営の基本方針（指定を受ける障害福祉サービス事業所の目指す姿）

３　サービスの内容（主にどういった利用者を対象にどのようなサービスを提供するのか。また、１日の流れなど。）

４－１　生産活動の内容（就労継続支援A型・B型は必須。それ以外のサービス種類は任意。）

４－２　就職や職場定着に向けた具体的な内容（就労移行支援、就労継続支援A型・B型及び就労定着支援は必須。それ以外のサービス種類は任意。）

５　従業者の採用状況　（参考様式５－１従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表に記載の新規職員の採用予定日、既存職員の配置予定等）

６　従業者の研修計画

７　関係機関等との連携状況　（市町村、相談支援事業所、特別支援学校、障害者就業・生活支援センター、グループホーム支援ワーカー、地域との連携状況）

８　利用者確保の取り組み策と利用者見込み数の根拠　（収支予算書に記載の利用者人数と紐づいた記載）

９　資金計画（運転資金）　（財務諸表及び収支予算書に記載した内容と紐づいた内容）

１０　すでに指定を受けているサービス

１１　事業運営に必要となる許認可等の状況

事業計画書（日中サービス支援型指定共同生活援助）

基本情報	1	法人名称	
	2	事業所名称	
	3	事業所所在地	
	4	各ユニット名称・所在地	①〇〇　（　　市＊＊＊町＊＊番地＊） ②××　（　　市＊＊＊町＊丁目＊番＊号）
	5	主たる対象者	知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 身体障害者 ・ 難病等対象者
	6	定員	合計〇人 ①〇〇　　〇名 ②××　　〇名
	7	短期入所	合計〇室 ユニット名　××（△室） ユニット名　××（△室）
人員配置について	8	人員配置	人員配置区分　〇型（〇:1） 管理者　〇人（常勤換算〇人） サービス管理責任者　〇人（常勤換算〇人） 世話人　〇人（常勤換算〇人） 生活支援員　〇人（常勤換算〇人）
	9	介護業務に係る資格取得従業者	介護福祉士　　〇人 実務者研修修了者　〇人 ヘルパー2級　　〇人 その他:　　〇人
	10	夜間支援体制	夜間支援員　　〇人 ユニット内訳　①　人　②　人　③　人　④　人
	11	看護師の配置 （配置人数、週勤務時間数等）	有　・　無 配置状況詳細（　　）
運営・支援について	12	事業の目的・理由 （日中サービス支援型の実施に至った経緯等）	
	13	支援の基本方針	
	14	日中の支援方法 （日中をGHで過ごす利用者に対して、どのような支援を行うのか）	

運営・支援について	15	地域との交流方法 （日中をGHで過ごす利用者が、地域との交流が希薄にならない工夫等）	
	16	健康管理について （医療機関との連携、医師や看護師の訪問の有無、日々の健康チェック方法等）	
	17	食事について （栄養士の有無、食事の提供方法等）	
	18	設備と運営の特色や工夫	
利用者について	19	平均支援区分	現利用者:
			利用予定者:
	20	利用者の障害特性等 （医療的ケアの必要性の有無、強度行動障害のある利用者の有無等）	現利用者:
			利用予定者:
	21	利用者の通所状況	現利用者: 通所する利用者　〇人 GHで日中を過ごす利用者　〇人
			利用予定者: 通所する利用者　〇人 GHで日中を過ごす利用者　〇人
	22	（新規開設又はユニット増の場合のみ）利用者の入居の申込み状況・新規利用者の募集方法	
その他	23	その他	