## 障害福祉サービス・障害者支援施設 指定内容の変更に係る提出書類一覧

| 専務(設置者)の名称   O <t< th=""><th></th><th>添付ファイルの附番</th><th>01</th><th>02</th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th>03</th><th></th><th></th><th></th><th></th><th></th><th>0</th><th>4</th><th></th><th></th><th>05</th><th></th><th></th><th>1</th></t<>   |    | 添付ファイルの附番              | 01         | 02                           |    |                  |             |                   |              | 03                             |   |                                    |                    |       |                                       | 0                                  | 4               |          |   | 05 |                       |                  | 1   |
|---|----|------------------------|------------|------------------------------|----|------------------|-------------|-------------------|--------------|--------------------------------|---|------------------------------------|--------------------|-------|---------------------------------------|------------------------------------|-----------------|----------|---|----|-----------------------|------------------|---|
| 2 事業所(推設)の所在地(設置の 内   | 1  |                        | 更届出書(様式第2号 | 付表)<br>付表)<br>はス事業所の指定に係る記載事 | 1) | 業者免許・資格等一覧表(参考様式 | 理者経歴書(参考様式3 | ー ビス管理責任者経歴書(参考様式 | 業所の平面図(参考様式4 | 就労定着支援・自立生活援助を除備・備品等一覧表(参考様式5) | 短期入所・共同生活援助・障害者支援施設に限置設備及び面積等一覧表〔参考様式6〕 | ずる措置の概要(参考様式7)用者又はその家族からの苦情を解決するため | カ医療機関との契約の内容(参考様式8 | 様式10) | 当しない旨の誓約書(参考様式11)害者総合支援法第36条の第3項各号の規定 | する際には写し可 )<br>員基準・加算等に関する資格証等(紙媒体で | .務経験証明書(参考様式3別紙 | 機体制図(任意様 | 面 | 営規 | ) 記事項証明書(紙媒体で提出する際には写 | 築基準法及び消防法等に関する誓約 | 備考  |
| 2 場所) (1.0版 U) (1.0 年 ) (1. | 1  | 事業所(施設)の名称             | 0          | 0                            |    |                  |             |                   |              |                                |   | 0                                  |                    |       |                                       |                                    |                 | 0        |   | 0  |                       |                  |   |
| 4 主たる事務所(法人)の所在地   O     5 代表帝の氏名、生年月日、住所又 C は現名   O     6 最起事項話明書等(無数指定に G K G 素)に関するものに限る。)   O     7 事業所(協致)の平面回又は設備 O の概要 所(協致)の平面回又は設備 O の概要 所(協致)の平面回又は設備 O の O O O O O O O O O O O O O O O O O   | 2  | 事業所(施設)の所在地(設置の<br>場所) | 0          | 0                            |    |                  |             |                   | 0            | 0                              | 0                                       |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          | 0 | 0  |                       | 0                | 所在地が土砂災害警戒区域外であることをご確   |
| 5 代表者の氏名、生年月日、住所又 O I III   O O O O O O O O O O O O O O O O O O O   | 3  | 申請者(設置者)の名称            | 0          |                              |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   | 0  | 0                     |                  |   |
| 6 性態度   0 </td <td>4</td> <td>主たる事務所(法人)の所在地</td> <td>0</td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td>   | 4  | 主たる事務所(法人)の所在地         | 0          |                              |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   |    | 0                     |                  |   |
| 0 伝名事業に関するものに限る。)   ○   | 5  |                        | 0          |                              |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       | 0                                     |                                    |                 |          |   |    | 0                     |                  |   |
|   | 6  |                        | 0          |                              |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   |    | 0                     |                  |   |
| 0   生年月日、住所又は経歴     9   事業所のサービス管理責任者の<br>氏名、生年月日、住所又は経歴   O   O   O   A   A   A   4*1 O   A   **1サビ管の資格確認には、サービスの報告を指定した。相談支援を基別に  | 7  |                        | 0          |                              |    |                  |             |                   | 0            | 0                              | 0                                       |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          | 0 |    |                       | Δ                | 建築基準法及び消防法等に関する誓約書が必要になる場合があります。また必要に応じて、所<br>在地が土砂災害警戒区域外であることをご確認 |
| 10   事業所の従業者の員数や勤務体   O   O   O   A   e2 条職種の要件を満たす証明書類(資) L. 業務経験証明書など)が必要な場合する場合は、参考が必要です。     11   主たる対象者   O   D   立たる対象者を特定する場合は、参考が必要です。     12   営業日及び営業時間   O   O   O   O     13   通常の事業の実施地域   O   O   O   O     14   提供する障害福祉サービスの種類   O   O   Image: A   O   Image: A   Image: A   O   Image: A   I  | 8  |                        | 0          | 0                            | 0  | 0                | 0           |                   |              |                                |   | Δ                                  |                    |       | 0                                     |                                    |                 | 0        |   | Δ  |                       |                  |   |
| 10 計   10 計   A*2 A*2 O   A   し、実務経験証明書など)が必要な場合する場合は、参考する必要です。     11 主たる対象者   O   O   立たる対象者を特定する場合は、参考すが必要です。     12 営業日及び営業時間   O   O   O     13 通常の事業の実施地域   O   O   O     14 提供する障害福祉サービスの種類   O   O   O     15 事業所の定員   O   O   A   O     16 その他の運営規程に係る事項   O   O   O   O     17 指名又は当該協力医療機関との契約の内容   O   O   O   O  | 9  |                        | 0          | 0                            | 0  | 0                |             | 0                 |              |                                |   | Δ                                  |                    |       |                                       | Δ*1                                | Δ*1             | 0        |   | Δ  |                       |                  | *1サビ管の資格確認には、サービス管理責任<br>者研修修了証、相談支援従事者初任者研修修<br>了証、実務経験証明書が必要です。   |
| 12   営業日及び営業時間  | 10 |                        | 0          | 0                            | 0  | 0                |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       | △*2                                | △*2             | 0        |   | Δ  |                       |                  | *2各職種の要件を満たす証明書類(資格証の写<br>し、実務経験証明書など)が必要な場合がありま<br>す。              |
| 13 通常の事業の実施地域   | 11 | 主たる対象者                 | 0          | 0                            |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    | Δ     |                                       |                                    |                 |          |   | 0  |                       |                  | 主たる対象者を特定する場合は、参考様式10<br>が必要です。                                     |
| 14 提供する障害福祉サービスの種 類   | 12 | 営業日及び営業時間              | 0          | 0                            |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   | 0  |                       |                  |   |
| 15 事業所の定員 O O O O O O O O O O O O O O O O O O O   | 13 | 通常の事業の実施地域             | 0          | 0                            |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   | 0  |                       |                  |   |
| 15 事業所の定員 O O O   | 14 |                        | 0          | 0                            |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   | 0  |                       |                  |   |
| 協力医療機関の名称若しくは診療<br>17 科名又は当該協力医療機関との<br>契約の内容 O   | 15 | 事業所の定員                 | 0          | 0                            | 0  |                  |             |                   | 0            |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 | Δ        | 0 | 0  |                       |                  | 変更内容を相談してください。<br>生活介護・拡労継続支援A型・拡労継続支援B<br>型の定員増加については、事前に変更申請が必    |
| 17   科名又は当該協力医療機関との   O   O   O   O   O   O   O   O   O   | 16 | その他の運営規程に係る事項          | 0          | 0                            |    |                  |             |                   |              |                                |   | Δ                                  |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   | 0  |                       |                  |   |
| [[富前に草知能]   | 17 | 科名又は当該協力医療機関との         | 0          | 0                            |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    | 0                  |       |                                       |                                    |                 |          |   |    |                       |                  |   |
| 18   共同生活住居の追加   O   O   O   A   O   O   O   ●   <  | 18 | 共同生活住居の追加              | 0          | 0                            | 0  | 0                | Δ           | Δ                 | 0            |                                |   |                                    |                    |       |                                       | Δ                                  | Δ               | 0        | 0 | 0  |                       | 0                | 【事前に要相談】<br>事前に当課に相談の上、変更の前々月の末までに書類を提出してください。                      |
|   | 19 | 基本報酬・加算に係る事項           |            |                              |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   |    |                       |                  | 「添付書類一覧表」により必要書類を確認してく  |
| 20 その他の事項の変更  | 20 |                        |            |                              |    |                  |             |                   |              |                                |   |                                    |                    |       |                                       |                                    |                 |          |   |    |                       |                  | 必要書類が不明な場合は、障害自立支援課に<br>お問い合わせください。                                 |

※「○」は必須。「△」は、変更内容により必要な場合に提出要。

- 指定内容に変更があったときは、10日以内に変更届出書と必要な書類を提出してください。
- 基本報酬や加算に変更があるときは、「変更届出書」ではなく、「<u>介護給付費等算定に係る体制等に関する</u>

プ 参予報酬で加昇に変更が必るととは、「変更用出書」とはない、「<u>力 政報」では、サチャにといって明知でに関する</u> 届出書」等を一式提出してください。 加算は、届出が毎月15日以前になされた場合には翌月から、16日以降になされた場合には翌々月から、 算定を開始することができます。また、算定されなくなる状況が生じた場合は、その事実発生日から算定でき

事業所の勤務体制等の変更に伴い加算も変更となる場合は、「変更届出書」と「体制等に関する届出書」をそれぞれ提出してください。

○ 事業所を廃止又は休止する場合は、廃止又は休止の2ヶ月前までにご相談ください。