

## 8 指定更新申請について

### (1) 指定更新制度

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の規定により、指定事業者は6年ごとに更新を受けなければ、有効期間の満了により指定の効力を失うことになり、報酬を請求することができなくなります。

指定の更新を受けるためには、指定更新申請をしていただく必要がありますが、人員・設備及び運営などの指定基準を満たしていない場合や、申請法人やその役員等が過去に指定取消処分を受けた場合等、法律上の欠格事由に該当する場合には、指定更新を受けることはできません。

### (2) 指定の有効期間

指定の有効期間は、原則、指定日から6年となります。

指定通知書を確認の上、指定の有効期間内に指定の更新を受けてください。

### (4) 指定更新申請の手続き

#### ①受付期間

**指定有効期限が切れる月の前月末までに必要な書類を提出してください。**

※多機能型事業所や短期入所（併設型・空床型）、就労定着支援など、複数のサービスを一体的に運営している場合は、更新期日が早いサービスに合わせて複数のサービスを同時に更新することもできます。

例：令和元年7月に生活介護を開設し、令和2年9月に就労移行支援を開設  
→令和7年7月に生活介護と就労移行支援の同時更新が可能  
その場合、就労移行支援を令和8年9月に更新する必要がなくなり、書類提出の回数を減らすことができます。

#### ②提出方法

必要書類一式を郵送にて御提出ください。

#### ③提出先

〒260-8667

千葉市中央区市場町1-1

千葉県健康福祉部障害福祉事業課障害者福祉サービス事業指定班

### (5) 指定更新に当たっての注意事項

- ・ 千葉市、船橋市又は柏市所在の指定障害福祉サービス事業所の指定更新は各市で行います。
- ・ 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指定更新は市で行います。
- ・ 指定更新手続きを完了した事業者には、指定更新通知書を交付いたします。
- ・ 更新申請の受付期間を過ぎると、原則として、更新はできません。
- ・ 更新ができなかった場合、新たに新規で指定を受ける必要があります。指定を受けていない期間については、サービスを提供しても介護給付費等を請求できなくなります。また、遡及して請求することもできません。
- ・ 指定更新を行わない場合は、廃止届出書（第四号様式）を提出してください。
- ・ 県に届け出ている内容から変更がある場合、変更届出書（第二号様式）を添付してください。

(6) 指定更新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更新申請書（第1号の2）	<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"/> 事業所の定員は以下のいずれかを満たしているか。 <input type="checkbox"/> 定員は20名以上であり、主たる事業所、従たる事業所ごとに6名以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型事業所の合計定員は20名以上であり、生活介護の定員は6名以上となっているか。 <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"/> 多機能型の場合、多機能型の付表（付表13）及びその他のサービスの付表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"/> 未配置の場合、看護師等が実施する業務を示した文書が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 看護職員は、生活介護の単位ごとに1人以上配置しているか。 <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・言語聴覚士、生活支援員の合計数は足りているか。 人員配置（     ）:1 →（     ）名以上必要 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者は定員に応じた数が配置されており、1名以上が常勤となっているか。	
3	法人の定款 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 目的に以下いずれかの記載があるか。 <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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 目的に以下いずれかの記載があるか。 <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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <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、談話の漏えいを防ぐための間仕切り等が設けられているか。 <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"/> 同一敷地内に共同生活援助事業所が存在しないことを確認しているか。	
6	設備・備品等一覧表 （参考様式2） <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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年以上（資格取得以降）の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 資格＋5年以上の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 8年以上の直接支援 <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。 <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実践研修修了証又は更新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。	
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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
13	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
23	生活介護事業所の従業員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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	
----	--	--	--

## 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更新申請書（第1号の2）	<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）	<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、本体サービスの付表を添付しているか。	
3	法人の定款 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
13	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

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更新申請書 (第1号の2)	<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"/> 事業所の定員は以下のいずれかを満たしているか。 <input type="checkbox"/> 定員は20名以上であり、主たる事業所、従たる事業所ごとに6名以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型事業所の合計定員は20名以上であり、自立訓練（機能訓練）の定員は6名以上となっているか。 <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"/> 多機能型の場合、多機能型の付表（付表13）及びその他のサービスの付表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、作業療法士又は言語聴覚士は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・言語聴覚士、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"/> サービス管理責任者は定員に応じた数が配置されており、1名以上が常勤となっているか。 <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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <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、談話の漏えいを防ぐための間仕切り等が設けられているか。 <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"/> 同一敷地内に共同生活援助事業所が存在しないことを確認しているか。	
6	設備・備品等一覧表 （参考様式2） <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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年以上（資格取得以降）の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 資格＋5年以上の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 8年以上の直接支援 <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。 <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実践研修修了証又は更新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。	
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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
13	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

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更新申請書（第1号の2）	<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"/> 事業所の定員は以下のいずれかを満たしているか。 <input type="checkbox"/> 定員は20名以上であり、主たる事業所、従たる事業所ごとに6名以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型事業所の合計定員は20名以上であり、自立訓練（生活訓練）の定員は6名以上となっているか。 <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"/> 多機能型の場合、多機能型の付表（付表13）及びその他のサービスの付表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"/> サービス管理責任者は定員に応じた数が配置されており、1名以上が常勤となっているか。 <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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <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、談話の漏えいを防ぐための間仕切り等が設けられているか。 <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"/> 同一敷地内に共同生活援助事業所が存在しないことを確認しているか。 <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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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年以上（資格取得以降）の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 資格＋5年以上の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 8年以上の直接支援 <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。 <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実践研修修了証又は更新研修修了証の写しが添付されているか。 → <input type="checkbox"/> 令和3年度基礎研修受講者の場合、基礎研修修了から3年以内か。 <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。	
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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

⑤ 就労選択支援

No.	書類	留意事項	備考
1	指定障害福祉サービス所指定申請書 (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。 <input type="checkbox"/> 実施主体の要件を示す書類として、以下のいずれかが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 就労移行支援又は就労継続支援に係る指定障害福祉サービス事業所の指定通知書又は指定更新通知書 <input type="checkbox"/> その他の実施要件を確認できる書類	
2	就労選択支援事業所の指定に係る記載事項(付表10-2) (本体のサービスのものも添付)	<input type="checkbox"/> 管理者の氏名、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"/> 定員は10名以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 本体サービスの付表が添付されているか。	
3	一般就労移行実績報告書(別添03)	<input type="checkbox"/> 過去3年間に於いて平均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	法人の定款 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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	法人の登記簿謄本(履歴事項全部証明書) <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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	
6	事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、訓練又は作業ごとに活動に支障がない広さを確保しているか。 <input type="checkbox"/> 相談室は、談話の漏えいを防ぐための間仕切り等が設けられているか。 <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"/> 同一敷地内に共同生活援助事業所が存在しないことを確認しているか。	
7	設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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"/> 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	
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) <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"/> 就労選択支援員は、常勤換算で、利用者を15で除した数以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 就労選択支援員として配置される者の次のいずれかの修了証が添付されているか。 <input type="checkbox"/> 就労選択支援員養成研修 (以下の研修は令和10年3月31日までの経過措置) <input type="checkbox"/> 障害者の就労支援に関する基礎的研修 <input type="checkbox"/> 就業支援基礎研修(就労支援員対応型) <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助者養成研修 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修専門コース別研修(就労支援コース) <input type="checkbox"/> 相談支援従事者研修専門コース別研修(就労支援コース) <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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。 本体サービスの勤務形態一覧表が添付されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 就労選択支援の内容 <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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
13	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	

15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。 <input type="checkbox"/> 当該事業で行う支援の流れ及び訓練・作業の内容が記載されているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

⑥ 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更新申請書（第1号の2）	<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"/> 事業所の定員は以下のいずれかを満たしているか。 <input type="checkbox"/> 定員は10名以上であり、主たる事業所、従たる事業所ごとに6名以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型事業所の合計定員は20名以上であり、就労移行支援の定員は6名以上となっているか。 <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"/> 多機能型の場合、多機能型の付表（付表13）及びその他のサービスの付表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。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者は定員に応じた数が配置されており、1名以上が常勤となっているか。	
3	法人の定款 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <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、談話の漏えいを防ぐための間仕切り等が設けられているか。 <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"/> 同一敷地内に共同生活援助事業所が存在しないことを確認しているか。	
6	設備・備品等一覧表 (参考様式2) <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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年以上(資格取得以降)の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 資格+5年以上の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 8年以上の直接支援 <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。 <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実践研修修了証又は更新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。	
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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
13	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

⑦ 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更新申請書（第1号の2）	<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、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"/> 事業所の定員は以下のいずれかを満たしているか。 <input type="checkbox"/> 定員は10名以上であり、主たる事業所、従たる事業所ごとに10名以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型事業所の合計定員は20名以上であり、就労継続支援A型の定員は10名以上となっているか。 <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"/> 多機能型の場合、多機能型の付表（付表13）及びその他のサービスの付表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。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者は定員に応じた数が配置されており、1名以上が常勤となっているか。	
3	法人の定款 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <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、談話の漏えいを防ぐための間仕切り等が設けられているか。 <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"/> 同一敷地内に共同生活援助事業所が存在しないことを確認しているか。	
6	設備・備品等一覧表 （参考様式2） <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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年以上（資格取得以降）の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 資格＋5年以上の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 8年以上の直接支援 <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。 <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実践研修修了証又は更新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。	
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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
13	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 就労会計は、利用者に支払う賃金(工賃)が確保できているか。 <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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。	
21	賃金(工賃)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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

⑧ 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更新申請書（第1号の2）	<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、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"/> 事業所の定員は以下のいずれかを満たしているか。 <input type="checkbox"/> 定員は20名以上であり、主たる事業所、従たる事業所ごとに10名以上となっているか。 <input type="checkbox"/> 多機能型の場合、多機能型事業所の合計定員は20名以上であり、就労継続支援B型の定員は10名以上となっているか。 <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"/> 多機能型の場合、多機能型の付表（付表13）及びその他のサービスの付表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"/> 常勤換算で、利用者数を6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。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者は定員に応じた数が配置されており、1名以上が常勤となっているか。	
3	法人の定款 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <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、談話の漏えいを防ぐための間仕切り等が設けられているか。 <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"/> 同一敷地内に共同生活援助事業所が存在しないことを確認しているか。	
6	設備・備品等一覧表 （参考様式2） <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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年以上（資格取得以降）の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 資格＋5年以上の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 8年以上の直接支援 <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。 <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実践研修修了証又は更新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。	
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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
13	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 就労会計は、利用者に支払う工賃が確保できているか。 <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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

⑨ 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更新申請書（第1号の2）	<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）	<input type="checkbox"/> 管理者・サービス管理責任者の氏名、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"/> 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。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者は定員に応じた数が配置されており、1名以上が常勤となっているか。 <input type="checkbox"/> 本体サービスの付表が添付されているか。	
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	法人の定款 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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	法人の登記簿謄本（履歴事項全部証明書） <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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	
6	事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 就労定着支援事業で使用する場所が示されているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。	
7	設備・備品等一覧表（参考様式2） <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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	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年以上(資格取得以降)の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 資格+5年以上の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 8年以上の直接支援 <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。 <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実践研修修了証又は更新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。	
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) ( <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。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 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 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
14	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
15	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
16	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
17	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。	
21	協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 契約の内容が具体的に記載されているか。	
22	事業所の賃貸借契約書又は登記簿謄本 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

⑩ 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更新申請書（第1号の2）	<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"/> 日中サービス支援型の場合、世話人又は生活支援員のいずれか1人以上は常勤で配置されているか。 <input type="checkbox"/> 管理者は常勤で配置されているか。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者は定員に応じた数が配置されているか。 <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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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"/> 各居室の定員は1人となっているか。 <input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <input type="checkbox"/> 居室の面積は、収納設備等を除き、7.43㎡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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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年以上(資格取得以降)の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 資格+5年以上の相談支援・直接支援 <input type="checkbox"/> 8年以上の直接支援 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書の従業務の内容は、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。 <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実践研修修了証又は更新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は添付されているか。 <input type="checkbox"/> 夜間支援従事者を配置する場合、世話人等との時間の区別がされているか。 <input type="checkbox"/> 他事業所と兼務する職員がいる場合、当該職員の兼務先の事業所名、職種及び勤務時間は記載されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 事業所及び住居の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 住居ごとの入居定員 <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"/> 医療機関との連携強化・感染症対応力の向上 <input type="checkbox"/> 地域との連携等 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。 <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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
14	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	
15	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
16	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
17	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。	
21	協力医療機関との契約内容 (参考様式10) <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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(共同生活住居に係る実費以下となっており、必要に応じて家賃の見直しを行っているか)。 <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現在の状況を照会しているか。 <input type="checkbox"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	

⑪ 障害者支援施設

No.	書類	留意事項	備考
1	指定障害福祉サービス事業所更新指定申請書（第1号の2）	<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	障害者支援施設の指定に係る記載事項（付表8 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。（昼間実施サービスの基準を満たしているか。） <input type="checkbox"/> 各サービスの付表が添付されているか。	
3	法人の定款 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 目的に「第一種社会福祉事業」の記載があるか。	
4	法人の登記簿謄本（履歴事項全部証明書） <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<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「第一種社会福祉事業」の記載があるか。	
5	事業所の平面図 <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 訓練・作業室の面積は、定員×3.3㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 居室は以下の基準を満たしているか。 <input type="checkbox"/> 居室の定員：4人以下 <input type="checkbox"/> 地階に設けていないか。 <input type="checkbox"/> 各室の室名・面積は記載されているか。 <input type="checkbox"/> 利用者1人当たりの床面積は収納設備等を除き9.9㎡以上あるか。 <input type="checkbox"/> 寝台等、利用者の身の回り品を保管することができる設備及びブザー等の設備を備えているか。 <input type="checkbox"/> 一以上の出入り口は、避難上有効な空地、廊下等に直接面して設けられているか。 <input type="checkbox"/> 食堂は、食事の提供に支障がない広さを有し、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、多目的室その他運営に必要な設備はあるか。 <input type="checkbox"/> 相談室は間仕切り等を設けられているか。 <input type="checkbox"/> 廊下幅は1.5m以上（中廊下の幅は、1.8m以上）となっているか。 <input type="checkbox"/> 事業所の外観、各部屋の写真は添付されているか。	
6	設備・備品等一覧表（参考様式2） <input type="checkbox"/> 届出内容に変更がない（添付不要）	<input type="checkbox"/> 支援に必要な備品及び防災設備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実践研修修了証又は更新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。	
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"/> 夜間の時間帯を通じて1人の生活支援員が確保されているか。(昼間実施サービスとの兼務可) <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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 障害者支援施設の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 提供する施設障害福祉サービスの種類 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスに係る営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの利用定員 <input type="checkbox"/> 提供する施設障害福祉サービスの種類ごとの内容 <input type="checkbox"/> 利用者から受領する費用の額等 <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスに係る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"/> 医療機関との連携強化・感染症対応力の向上 <input type="checkbox"/> 地域との連携等 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項 <input type="checkbox"/> 業務継続計画や各種指針等は整備されているか。	
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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<input type="checkbox"/> 苦情解決に至る処理体制が示されているか。 <input type="checkbox"/> 苦情解決担当者、責任者及び連絡先が記載されているか。	
13	組織体制図	<input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表の内容と合致しているか。	

14	財務諸表	<input type="checkbox"/> 直近のものが添付されているか。 <input type="checkbox"/> 運営資金は十分に確保されているか。	
15	事業計画書	<input type="checkbox"/> 当該事業の趣旨、市町村における障害福祉サービスの利用者ニーズを踏まえた内容となっているか。	
16	収支予算書	<input type="checkbox"/> 指定を受けるサービスごとに、直近の会計年度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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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"/> 契約期間は事業の実施に十分な期間が確保されているか。 <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"/> 建築基準法上の要件(新耐震基準等)を満たす物件か。 <input type="checkbox"/> 所轄消防署の立入検査が完了し、消防法に適合していることを確認しているか。	
23	生活介護事業所の従業員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"/> 届出内容に変更がない(添付不要)	<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。 <input type="checkbox"/> 各種減算の要件に該当しないことを確認しているか。 → <input type="checkbox"/> 減算の要件に該当する場合、減算項目を算定しているか。	