（参考様式１）

記入例
注意事項

平面図

事業所の名称	〇〇福祉作業所

【注意事項】
・既存の平面図でも差し支えありません。
・各部屋の用途（設備基準上必要な設備、例えば、訓練・作業室、相談室、多目的室、洗面、便所、居室など）を明示してください。
・訓練・作業室、居室については、面積を記載してください。
・多機能型事業所の場合、サービスごとに利用するエリアを明示してください。
・事業所の外観および内部や設備・備品の配置状況んおわかる写真を添付してください。
・写真は、Ａ４の用紙にデータで写真を張り付けたものとし、概ねＡ４用紙１枚に６枚程度に写真を縮小して添付してください。（写真の見やすさに応じて大きさは変更してください。）
・写真には番号を付け、どの位置からどの方向に撮影したかわかるように、平面図上にその番号と矢印（例：①→）を記入してください。

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。

（参考様式２）

記入例

設備･備品等一覧表

サービス種類（　生活介護　）
事業所名（　〇〇福祉作業所　）

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		
訓練・作業室	日照、採光、換気等、保健衛生・防災等への考慮 ・作業室の南側に窓を設け、日照・最高を確保している。 ・各室に換気扇を設けるとともに、雨天や冬期以外は、１日に２回程度、職員が窓を開けて換気する。	
相談室	独立した一部屋を確保し、相談内容等が漏えいしないよう配慮している。（別添写真のとおり。）	
非常災害設備等	建物は耐火構造となっている。 建物にはスプリンクラーを設置してる。 訓練・作業室から直接屋外へ避難できるよう、車椅子での通行も可能となるようにスロープを設置している。（別添写真のとおり。） 事務所には非常通報装置を設置している。（別添写真のとおり）	
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）

記入例

管理者経歴書

（記載例）
サービス管理責任者経歴書
管理者（兼）サービス管理責任者経歴書

事業所の名称	○○福祉作業所
フリガナ	チバ　タロウ
氏　　名	千葉　太郎
住　　所	（郵便番号　２６０　－　００００　） 千葉県千葉市○○町一丁目○－○
電話番号	○○○－○○○－○○○○

主な職歴等

年　月　～　年　月	勤務先等	職務内容
平成１０年４月～平成１５年３月	特定非営利活動法人千葉県庁 特別養護老人ホーム○○苑	介護職員
平成１５年４月～平成２５年３月	社会福祉法人○○会 障害者支援施設□□園	生活支援員
平成２６年４月～現在	社会福祉法人○○会 就労継続支援Ｂ型　○○福祉作業所	サービス管理責任者

法人名と事業所名を記載

関連する資格を有している場合は記載し、

職務に関連する資格

資格の種類	資格取得年月日
社会福祉主事任用資格	平成○○年○月○日
介護福祉士	平成○○年○月○日

修了した研修名と修了証の写しを添付

備考（研修等の受講の状況等）

平成○○年度　相談支援従事者初任者研修修了

平成○○年度　サービス管理責任者研修（就労分野）修了

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）

記入

実 務 経 験 証 明 書

他の法人が運営する事業所における実務経験は、当該法人に証明を依頼する。

千葉県知事　　様　　平成　　年　　月

施設又は事業所所在地及び名称

〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番－〇〇
社会福祉法人　〇〇〇会

代表者氏名　　理事長　千葉県庁　二郎　法人代表者印

電話番号　　０４３－２２３－〇〇〇〇

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	千葉　太郎　　（生年月日　　昭和４８年　７月
現　住　所	千葉県千葉市〇〇町一丁目〇－〇
施設又は事業所名	〇〇〇工房 施設・事業所の種別（　　就労継続支援Ｂ型　　）
業　務　期　間	平成１０年４月１日～平成１５年３月３１日（５年０月間） （うち、業務に従事した日数　９５１日）
業　務　内　容	職名（　生活支援員 就労継続支援Ｂ型事業所の利用者に対する生活支援業務

証明期間中の従事日数も明記する。

業務内容が実務経験として認められる内容か分かるように
的に記載する。

（注）１．施設又は事業所名

２．業務期間欄は、受
こと。（産休・育休・療養休職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
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
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
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
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
正は認められません。

入例

号

日

印

月　２日）

具体

する

成日までの

について、
等具体的に

療養病床と

液による訂

（参考様式　５－１）

従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表（　平成〇〇年　〇　月　分　）

サービスの種類（　就労継続支援B型　）

事業所・施設名（　〇〇〇工房　）

記入例

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				
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日				
管理者	B	千葉太郎	④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			80	20	0.5	介護福祉士
サービス管理責任者	A	亥鼻花子	①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			160	40	1.0	社会福祉主事任用資格
生活支援員	B	千葉太郎	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			80	20	0.5	
生活支援員	C	千葉二郎	④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			80	20	0.5	
生活支援員	C	千葉三郎	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			80	20	0.5	
職業指導員	A	亥鼻礼子	①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			160	40	1.0	社会福祉士
職業指導員	C	亥鼻一朗	⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			⑤	⑤	⑤	⑤	⑤			80	40	0.5	
目標工賃達成指導員	A	千葉花子	①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			①	①	①	①	①			160	40	1.0	
事務員	C	亥鼻二郎	④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			④	④	④	④	④			80	40	0.5	

兼務の場合は、職種によって分けて勤務時間を記載（勤務時間が重複しないように注意）

資格があれば記載し資格証の写しを添付

勤務形態区分は備考3を参照

共同生活援助の場合、勤務時間に夜間時間帯（22:00～5:00）が含まれないこと

勤務時間は、各事業所の実情に応じて変更・追記する

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。勤務時間ごとに区分して番号を付し，その番号を記載してください。

例　・勤務時間　①8:30～17:00（7h45），②16:30～1:00（7h45），③0:30～9:00（7h45），④9:00～12:00（3h），⑤11:00～15:00（4h），⑥休日

上記のように勤務時間を区分し，従業者ごとにその日の勤務時間に該当する番号をそれぞれ記載してください。

※　区分した勤務時間の内容も記載してください。

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、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

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　常勤換算が必要な職種は、A～Dまでの「週平均の勤務時間」をすべて足し、常勤の従業者が週に勤務すべき時間数で割って，「常勤換算後の人数」を算出してください。

備考5　算出にあたっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

備考６　　資格の有無及び種類は、「介護福祉士」「理学療法士」等の資格、または養成研修等を受講している場合は「ホームヘルパー〇級」等を記載してください。

（参考様式６）

記入例

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	○○福祉作業所
申請するサービス種類	就労継続支援Ｂ型

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

・　相談、苦情に対する常設の窓口として、相談担当者を置く。また、担当者が不在の時は、基本的な事項については、全職員が対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぐこととする。

・窓口担当　サービス管理責任者　○○○○
・利用時間　９：００～１７：００（土日、祝日、年末年始を除く）
・電話番号　○○○－○○○－○○○○
・苦情解決責任者　管理者　○○○○

2　円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

・　苦情があった場合は、直ちに担当者が相手方に連絡を取り、直接出向くなどして詳しい事情を聴くとともに、関係職員からも事情を確認する。

・　担当者が必要と判断した場合には、管理者まで含めて検討会議を開催する。

・　検討会議を開催しない場合であっても、必ず管理者まで処理結果を報告する。

・　検討後、翌日までには必ず具体的な対応を行う。

・　苦情に関する記録を台帳に保管し、今後の再発防止に役立てる。

マニュアル等を作成している場合は添付する。

3　その他参考事項

・　日頃から苦情が出ないようなサービス提供を心がける。

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）

記入例

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	○○福祉作業所
指定障害福祉サービスの種類	就労継続支援Ｂ型

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○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
・事業所は身体障害者に配慮した構造となっておらず、作業スペースも限られていることから、特に車椅子の利用者の受け入れが困難であるため。

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

平成○○年○月移行の受け入れを検討

（３）拡充のための方策

今後、事業所をバリアフリー化し、作業室の拡張を行うなど必要な対策を行った上で震災障害者の受入を行う予定

（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

平成　　年　　月　　日

千葉県知事　様

申請者	所在地	**千葉市中央１－１－１**	代表者印
	名　称	**社会福祉法人　障害者福祉会**	
	住　所	**理事長　　千葉　〇〇**	

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　（社会福祉法人　障害者福祉会）

（ふりがな） 氏　名	生年月日 役職名・呼称	住　所 TEL	 FAX	押印
千葉太郎	昭和〇〇年〇月〇日 理事長	千葉市中央区〇〇町１－１－１ 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	印
亥鼻花子	昭和〇〇年〇月〇日 理事	松戸市〇〇町１丁目１番１号 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	印
千葉二郎	昭和〇〇年〇月〇日 監事	船橋市〇〇町１丁目１番１号 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	印
亥鼻一朗	平成〇〇年〇月〇日 管理者	茂原市〇〇町１丁目１番１号 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	 〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇	印

管理者も必ず記載する

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10）

記入例

協力医療機関との契約の内容

協力医療機関の名称	○○メンタルクリニック
所在地	千葉市中央区○○町１－１
診療科名	精神科、心療内科
事業者・施設からの距離	２．５km（徒歩　40分，車　5分）
契約の内容	利用者の日常の健康管理や療養上の相談対応 利用者の診察　など

※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）

記入例

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	障害者支援施設　〇〇〇園
所在地	千葉市中央区〇〇〇町〇〇〇〇－〇〇〇
事業者・施設からの距離	５．2㎞（徒歩　90分，車　15分）
連携・支援体制の内容	緊急時の応援　など

※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。