

参考様式一覧

番号	様式名
参考様式1 その1	位置図
参考様式1 その2	平面図
参考様式1 その2 別紙	写真台帳
参考様式2	設備・備品等一覧表
参考様式3	経歴書
参考様式4	実務経験証明書
参考様式5-1	従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表(入所・通所・居住支援系サービス)
参考様式5-1 別紙①	勤務時間表
参考様式5-1 別紙②	利用者数算定表
参考様式5-2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(訪問系サービス・療養介護)
参考様式6	社会保険及び労働条件への加入状況に係る確認票
参考様式7	組織体制図
参考様式8-1	事業計画書(通所系サービス)
参考様式8-2	事業計画書(就労選択支援)
参考様式8-3	事業計画書(共同生活援助)
参考様式9	一般就労移行実績
参考様式10	協力医療機関との契約の内容
参考様式11	障害者支援施設等との連携体制及び支援の体制の概要
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
参考様式13-1	収支予算書
参考様式13-2	収支予算書(生産活動)
参考様式14 その1	建物の安全性等の状況について
参考様式14 その2	消防検査・点検の実施状況について

(参考様式1 その1) 位置図

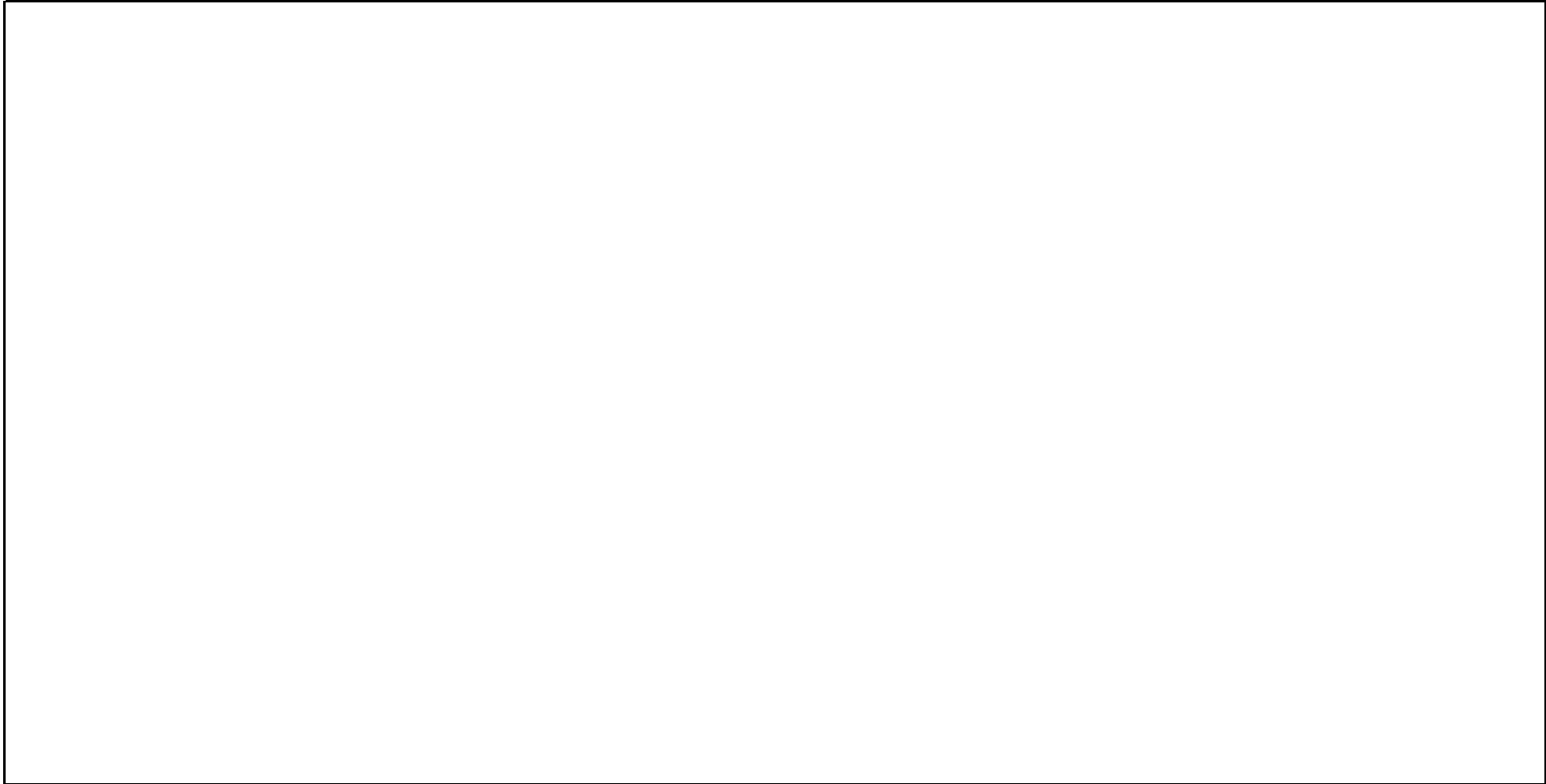
事業所の名称	
--------	--



- 備考1 事業所の所在地が記載され、近辺の状況が確認できる地図を貼付してください。(別紙での添付としても可)
- 備考2 同一敷地(隣接地を含む。)に障害者支援施設、障害福祉サービス事業所又は病院がある場合、その位置を記載してください。
該当施設がない場合、右のチェックボックスに✓を記入してください。 同一敷地内に該当施設なし
- 備考3 従たる事業所又は共同生活住居等、同一事業所番号において一体的なサービス提供を行う事業所がある場合、それぞれの位置関係が確認できる地図を貼付し、事業所間の移動手段及び所要時間を記載してください。

(参考様式 1 その2) 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。(別紙での添付としても可)
- 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。
- 3 事業所の外観及び内部の写真を添付し、撮影箇所及び方向を平面図上に記載してください。

(参考様式 1 その2 別紙) 写真台帳

法人名		
No. 1	説明	
(写真)		
No. 3	説明	
(写真)		
No. 5	説明	
(写真)		
No. 7	説明	
(写真)		

事業所名		
No. 2	説明	
(写真)		
No. 4	説明	
(写真)		
No. 6	説明	
(写真)		
No. 8	説明	
(写真)		

法人名

事業所名

No. 9

説明	
(写真)	

No. 10

説明	
(写真)	

No. 11

説明	
(写真)	

No. 12

説明	
(写真)	

No. 13

説明	
(写真)	

No. 14

説明	
(写真)	

No. 15

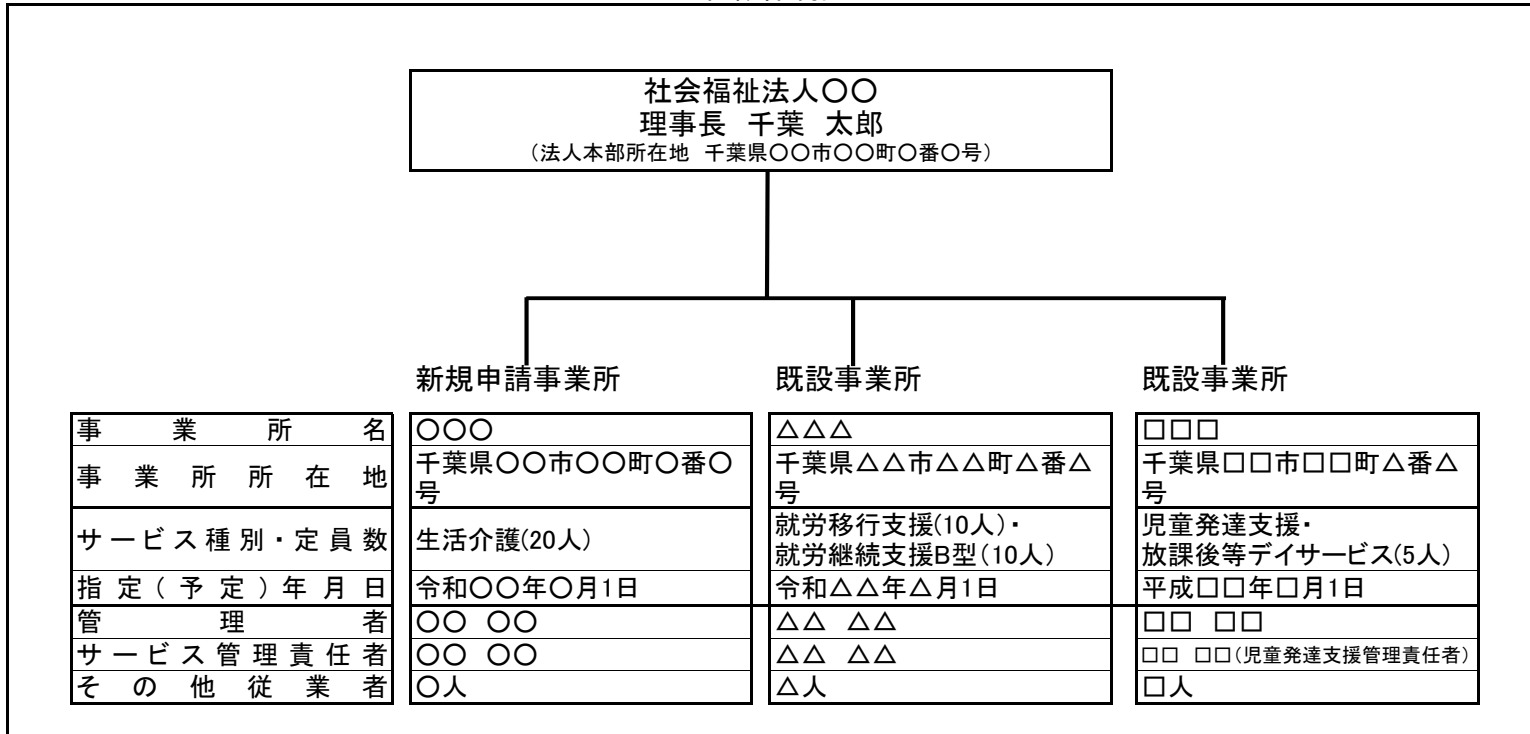
説明	
(写真)	

No. 16

説明	
(写真)	

(参考様式7)

組織体制図



注1: 申請法人において障害福祉サービス等の障害者(児)に対する事業を実施している場合、全ての事業所について記載すること。

注2: 申請法人において、管理者又はサービス管理責任者として配置している者の氏名及びその他従業員の員数を記載すること。

注3: 関連法人(グループ会社等)で障害福祉サービス事業等を実施している場合、関連法人名及び事業所の情報を記載すること。

注4: 法人で別に作成している組織図等を添付することも差し支えない。

(参考様式8-1)事業計画書(通所系サービス)

1 法人の 情報	法人名				
	法人設立年月日	年 月 日			
	基本理念・方針等				
	他サービス等の指定状況 ※複数ある場合は別紙に記入	事業所名			
		事業所番号			
サービス種別					
所在市町村					
2 事業所 の情報	事業所名称				
	サービス種別				
	事業所所在地				
	定員数	人			
	営業日				
	営業時間				
	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	
通常の事業の実施地域					
3 職員 配置 状況	配置人員 (基準上必要となる人員を 記載すること)	管理者	人	常勤換算	人
		サービス管理責任者	人	常勤換算	人
		職業指導員	人	常勤換算	人
		生活支援員	人	常勤換算	人
		看護職員	人	常勤換算	人
			人	常勤換算	人
	従業者の採用状況				
	職員の研修計画				

	事業所名称	
4 運 営 方 針 ・ 方 法	事業の目的・理由 (事業の実施に至った経緯等)	
	関係機関等との調整等の状況	(市町村、相談支援事業所、特別支援学校、障害者就業・生活支援センターとの相談状況や事業開始に必要な許認可等に係る調整状況等)
	利用者の申込状況・新規利用者の募集方法	(利用者数の見込み、募集方法やその根拠等)
	支援の基本方針	(事業所の目指す姿)
	支援プログラムの内容・標準的な1日の流れ	(利用者に対して提供する支援の内容等)
	生産活動の内容 ※生産活動を行う場合は記載 ※就労継続支援A型・B型は賃金向上計画シート又は工賃向上計画シートを添付すること	(事業所で行う生産活動の内容及び契約先等)
	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	
	設備と運営の特色や工夫	
その他		

(参考様式8-2)事業計画書(就労選択支援)

1 法人の 情報	法人名				
	法人設立年月日	年 月 日			
	基本理念・方針等				
	他サービス等の指定状況 ※複数ある場合は別紙に記入	事業所名			
		事業所番号			
		サービス種別			
所在市町村					
一体的に行う事業所で過 去3年間で通常の事業所 に雇用された利用者の人 数及び就労先	事業所名				
	利用者数	人			
		(主な就労先の企業名等)			
2 事業所 の情報	事業所名称				
	事業所所在地				
	定員数	人			
	営業日				
	営業時間				
	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	
通常の事業の実施地域					
3 職員 配置 状況	配置人員 (基準上必要となる人員を 記載すること)	管理者	人	常勤換算	人
		就労選択支援員	人	常勤換算	人
			人	常勤換算	人
	従業者の採用状況				
職員の研修計画					

	事業所名称	
4 運 営 方 針 ・ 方 法	事業の目的・理由 (事業の実施に至った経緯等)	
	関係機関等との調整等の状況	(市町村、相談支援事業所、特別支援学校、障害者就業・生活支援センターとの相談状況や事業開始に必要な許認可等に係る調整状況等)
	利用者の申込状況・新規利用者の募集方法	(利用者数の見込み、募集方法やその根拠等)
	支援の基本方針	(事業所の目指す姿)
	支援プログラムの内容・支援スケジュール	(支給決定期間全体を通した主な支援スケジュール等)
	作業場面等を活用した状況把握(アセスメント)で実施する主な内容	(面談、模擬的就労場面、標準化検査、職務分析、ワークサンプル、職場実習等)
	主な作業・訓練等の内容	(複数の作業等を実施する場合、作業等の種類ごとに内容及び一度に作業等を行うことができる人数を記載すること)
	設備と運営の特色や工夫	
その他		

(参考様式8-3)事業計画書(共同生活援助)

1 法人の 情報	法人名				
	法人設立年月日	年 月 日			
	基本理念・方針等				
	他サービス等の指定状況 ※複数ある場合は別紙に記入	事業所名			
		事業所番号			
サービス種別					
所在市町村					
2 事業所の 情報	事業所名称				
	事業種別				
	事業所所在地				
	住居の状況		住居名称	住居所在地	定員数
		①			人
		②			人
		③			人
合計定員数				0 人	
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			
一体的に行う短期入所 (種別・定員数)	住居①	併設型・空床型	定員数	人	
	住居②	併設型・空床型	定員数	人	
3 職員配 置状 況	配置人員	管理者	人	常勤換算	人
		サービス管理責任者	人	常勤換算	人
		世話人	人	常勤換算	人
		生活支援員	人	常勤換算	人
	夜間支援体制	夜間支援従事者	人	夜勤・宿直	
		住居ごとの配置状況	住居①		人
	住居②			人	
	介護業務に係る資格取得 従業者	(例) 介護福祉士○人、介護初任者研修○人、介護実務者研修○人、強度行動障 害支援者養成研修○人 等			
	看護師の配置	有・無			
		(配置人数、週勤務時間数等)			
従業者の採用状況					
職員の研修計画					

事業所名称		
4 運 営 方 針 ・ 方 法	事業の目的・理由 (事業の実施に至った経緯等)	
	関係機関等との調整等の状況	(市町村、相談支援事業所、グループホーム等支援ワーカーとの相談状況や事業開始に必要な許認可等に係る調整状況等)
	地元住民、自治会等への説明状況	
	利用者の申込状況・新規利用者の募集方法	(利用者数の見込み、募集方法やその根拠等)
	支援の基本方針	(事業所の目指す姿)
	日中の支援方法	(日中をGHで過ごす利用者に対する支援内容等)
	地域との交流方法	(日中をGHで過ごす利用者の地域との交流に係る工夫等)
	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)
	食事について	(栄養士の有無、食事の提供方法等)
	設備と運営の特色や工夫	
その他		

	事業所名称	
5 利用者の 状況	平均障害支援区分	現利用者:
		利用予定者:
	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:
利用者の通所状況	現利用者: 通所する利用者 ○人 GHで日中を過ごす利用者 ○人	
	利用予定者: 通所する利用者 ○人 GHで日中を過ごす利用者 ○人	

参考様式9 一般就労移行実績

令和 年 月 日

【申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労に移行した者を記載すること】

番号	氏名	就職日	就職先事業所名
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			
29			
30			

注1. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一体的に行うサービスを受けて一般就労に移行した者について記載する。

一般就労の定義、雇用継続の状況は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所への移行は除く。

注2. 就労選択支援又は就労定着支援を申請する事業所ごとに作成し、指定申請書に添付すること。

注3. 申請日の属する日から遡って過去3年間において、一般就労移行者数が3人以上いる場合は指定要件を満たすことになる。

注4. 在職証明書や雇用契約書の写し等、雇用関係が証明できる書類を添付すること。

(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)

障害者支援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 連携している障害者支援施設等が無い場合、他の障害福祉サービス事業者等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13-1)

収支予算書

事業所名	
サービス種別	

令和 年

(単位:円)

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
利用者見込延べ人数(人)														0
開所日数(日)														0
1日平均利用者数(人)		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
収入見込	サービス報酬受入額	0	0											0
	諸収入													0
														0
	融資額													0
														0
収入計(A)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
支出見込	人件費													0
	旅費、交通費													0
	社会保険料													0
	事務所賃借料													0
	光熱水費													0
	通信費													0
	諸経費													0
	融資返済額													0
														0
支出計(B)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
収支差額(A-B)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
累計収支差額		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

- ※ 事業所ごとの収支内訳を記載してください。(多機能型等、複数のサービスを一体的に行う場合はサービスごとに収入を分けてください。)
- ※ 収支は4月(新規指定を受ける場合は事業開始月)から月毎に1年分を記載してください。
- ※ 収入は実現主義(入金時点)、支出は発生主義(取引時点)に基づき計上した額を記載してください。
- ※ サービス報酬は、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か月後)
- ※ 事業開始前に金融機関等から融資を受けている場合は融資額及び返済額を記載してください。

(参考様式13-2)

収支予算書(生産活動)

事業所名	
サービス種別	

令和 年

(単位:円)

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計	
利用者見込延べ人数(人)														0	
開所日数(日)														0	
1日平均利用者数(人)		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	
収入見込	売上(生産活動①○○)													0	
	売上(生産活動②△△)													0	
	売上(生産活動③□□)													0	
														0	
収入計(A)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
支出見込	材料費(生産活動①)													0	
	光熱水費(生産活動①)													0	
	材料費(生産活動②)													0	
	光熱水費(生産活動②)													0	
	材料費(生産活動③)													0	
	光熱水費(生産活動③)													0	
	賃借料														0
	減価償却費														0
	諸経費														0
															0
支出計(B)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
生産活動収支(A-B=C)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
利用者賃金・工賃(月例)														0	
利用者賃金・工賃(賞与等)														0	
賃金・工賃計(D)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
余剰金(C-D)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
													工賃変動積立金積み増し額		
													設備等設備積立金積み増し額		
													積立後余剰金(確認用)	0	

※ 事業所ごとに作成してください。(多機能型等、複数のサービスを一体的に行う場合はサービスごとに収入を分けてください。)

※ 収支は4月(新規指定を受ける場合は事業開始月)から月毎に1年分を記載してください。

※ 収入は実現主義(入金時点)、支出は発生主義(取引時点)に基づき計上した額を記載してください。

※ 原則、余剰金の額が0になるように利用者への賃金又は工賃として支払ってください。

余剰金が発生する場合、積立金の内訳を記載してください。(指定を受けた初年度は積立金の計上不可)

建物の安全性等の状況について

事業所情報	運営法人名		
	事業所(住居)名		
	事業所(住居)所在地		
	サービス種別		
建物情報	建築年月日	年 月 日	・ 不明 <input type="checkbox"/>
	構造	造	・ 不明 <input type="checkbox"/>
	階数(延べ床面積)	階建(m ²)	・ 不明 <input type="checkbox"/>
	スプリンクラー設置状況	設置済 ・ 未設置(設置予定あり) ・ 未設置(設置予定なし)	
	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(m ²)	
土砂災害確認等情報	土砂災害警戒区域等の確認結果(ちば情報マップ)	確認日	年 月 日
		指定等の有無	<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域等の指定なし
			<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域(急傾斜地の崩壊)
			<input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域(急傾斜地の崩壊)
			<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域(土石流)
			<input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域(土石流)
			<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域(地すべり)
			<input type="checkbox"/> 基礎調査予定箇所
			<input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域(指定予定)
<input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域(指定予定)			
<input type="checkbox"/> その他()			
建物の耐震情報	耐震診断の要否	要・不明	<input type="checkbox"/> 昭和56年5月以前に建築確認を受けた建物又は建築確認時期不明
		不要	<input type="checkbox"/> 昭和56年6月以降に建築確認を受けた建物 (以降の回答不要)
	耐震診断の要否・不明の場合	耐震診断	実施済み ・ 未実施 ・ 不明
		診断実施日	年 月 日
	耐震診断の結果	診断結果	
		(診断)	年 月 実施予定 ・ 未定 <input type="checkbox"/>
	耐震診断・耐震改修未実施の場合	(改修)	年 月 実施予定 ・ 未定 <input type="checkbox"/>
耐震化の確保に係る今後の予定等		【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記載してください。従たる事業所又は複数の住居がある場合は、事業所又は住居ごとに作成してください。

(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。事業者において「ちば情報マップ」で土砂災害警戒区域等の該当の有無を確認の上、区域等の指定等の有無を記載してください。また、確認した内容を印刷し、事業所の場所に印を付けて本紙に添付してください。(ちば情報マップURL: <https://map.pref.chiba.lg.jp/pref-chiba/Portal>)土砂災害警戒区域等に近接している場合、具体的な対応方針を示した避難計画等を添付してください。マップの記載について疑義が生じた場合は、建物の所在地区管轄土木事務所に確認してください。

(注3) 「耐震化情報」について、本票では便宜的に昭和56年5月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、基準日以降に建設された建物であっても、建築確認又は完了検査が実施されていない場合、その安全性が保証されているものではありませんので、耐震診断の要否等について確認する場合があります。

(参考様式14 その2)消防検査・点検の実施状況について

確認年月日	担当消防局・所属名	検査等の内容及び指導状況・指導内容等

(注1)本票は、使用する建物の消防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。
当該建物において消防の確認が不要な場合は、点検結果を記載してください。

(注2)消防設備を新たに設置又は変更し、管轄消防による消防検査を受けた場合、本紙にその結果を記載してください。
(指摘等がない場合は「指摘なし」と記載)

(注3)消防設備点検が必要な建物で事業を実施している場合、定められた年数ごとに点検を実施し、
必要な場合は管轄消防に届け出た上で、本紙にその結果を記載してください。