

# 指定障害福祉サービス事業

## 指定申請の手引き

### 訪問系事業所編

愛知県福祉局福祉部障害福祉課

障害福祉事業所支援室

# 目 次

I	指定について	- 2 -
I-1	指定の意義	- 2 -
I-2	指定の基準	- 3 -
	(1) 基本方針	- 3 -
	(2) 人員基準	- 4 -
	(3) 設備基準	- 7 -
	(4) 運営基準	- 7 -
	(5) 報酬請求	- 9 -
I-3	共生型事業所	- 10 -
	(1) 概要	- 10 -
	(2) 人員基準	- 10 -
	(3) 設備基準	- 10 -
	(4) 運営基準	- 10 -
I-4	新規指定の手続きの流れ	- 11 -
	(1) 指定の受付担当部署	- 11 -
	(2) 指定のスケジュール	- 11 -
	(3) 業務管理体制整備に関する届出	- 13 -
II	指定申請書類について	- 14 -
II-1	指定申請書類一覧	- 14 -
II-2	指定申請書類の記入要領	- 15 -

この手引きは、新規指定の申請をされる方に、運営基準を理解しながら手続きを行っていただけるよう作成しました。

また、既に開設された事業所の方にも、運営基準に則した適正な運営のために活用していただけたら幸いです。

なお、この手引きは、随時見直しています。その都度、愛知県のホームページ（障害福祉課障害福祉事業所支援室事業所指導第一グループ）にて改訂版を提供しますので、必ずホームページで最新版を御確認の上、申請手続きをしてください。

この手引きは、令和7年12月版です。

## I 指定について

### I-1 指定の意義

- ・ 愛知県内（名古屋市、豊橋市、岡崎市、一宮市、豊田市、大府市を除く。）に事業所を設置し、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（以降、「障害者総合支援法」という。）に基づく指定障害福祉サービス事業を実施し介護給付費等（報酬）を受けるには、障害者総合支援法第 36 条第 1 項に基づく愛知県知事の指定を受ける必要があります。
- ・ 指定は、事業者からの申請に基づき、事業所ごとに行います。
- ・ 指定にあたり、①申請者が法人であること、②従業者の人員、設備及び運営の基準を満たすこと、③その他役員等が欠格事由に該当しないこと等を審査します。
- ・ 指定障害福祉サービス事業の指定の有効期間は、原則 6 年間です。それ以降も継続して事業を実施する場合は、指定の更新申請をする必要があります。また、法令等に従って適切な運営がされない場合や、過去に指定の取消処分等を受けた場合には、指定の更新が受けられないことがあります。
- ・ 人員基準、設備・運営基準等に違反した場合は、指定の取り消しや、指定の全部又は一部の効力停止（報酬の請求停止や新規利用者との契約停止等）の行政処分を受けることがあります。

## 《介護保険サービスを実施している皆様へ》

**介護保険法の事業所指定を受けている事業所であっても、障害福祉サービスの事業を実施する場合、根拠法が異なるため別途指定等の手続きを行う必要があります。**

**事業所所在地の変更や、サービス提供責任者の変更など、変更手続き等も介護保険と合わせて障害福祉の手続きも必要です。**

**手続きの漏れが無いよう、十分にご注意ください。**

## I-2 指定の基準

- ・ 指定障害福祉サービス事業の実施に当たっては、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指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）（以降、「基準省令」という。）及び指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成24年愛知県条例第72号）その他関係法令の理解・遵守が必要です。
- ・ 基準省令等は、必要最低限の基準を定めたものであり、事業者はこれらを遵守し、常に事業運営の向上に努めなければなりません。
- ・ 指定基準には、次の要件が定められています。
  - （1）基本方針 障害福祉サービス事業の目的等
  - （2）人員基準 従業者の技能・人員に関する基準
  - （3）設備基準 事業所に必要な設備についての基準
  - （4）運営基準 障害福祉サービス事業を実施する上で求められる運営上の基準  
他、報酬に関しても指定時に確認を行います。

### （1）基本方針

指定障害福祉サービス事業において、主に利用者の居宅へ訪問するサービスには居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護（以降、「訪問系事業所」という。）があります。

#### （ア）居宅介護

居宅において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行います。

#### （イ）重度訪問介護

重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって常時介護を要するものにつき、居宅において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助並びに外出時における移動中の介護を総合的に行うとともに、病院等に入院又は入所している障害者に対して意思疎通の支援その他の支援を行います。（日常生活に生じる様々な介護の事態に対応するための見守り等の支援を含む。）

#### （ウ）同行援護

視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等につき、外出時において、当該障害者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の当該障害者等が外出する際の必要な援助を行います。

#### （エ）行動援護

知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要するものにつき、当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障害者等が行動する際の必要な援助を行います。

※ 同行援護・行動援護について

同行援護及び行動援護は障害福祉特有のサービスであり、共生型（後述）とすることはできません。また、配置が必要となる人員の資格要件として、専用の資格が必要です。

※ 移動支援について

訪問系事業所に類似したサービスに地域生活支援事業における移動支援がありますが、当該サービスは指定障害福祉サービス事業ではなく各市町村独自の事業となるため、指定を希望する場合は市町村福祉関係窓口へお尋ねください。

(2) 人員基準

ア 従業者（以降、「ヘルパー」という。）

① 人員配置

ヘルパーの員数 常勤換算方法（※）で、2.5人以上配置すること。

管理者がヘルパー（サービス提供責任者を含む）と兼務する場合は、ヘルパーとして勤務する時間のみを勤務延時間数に含め、常勤換算を行ってください。

管理者がヘルパーと兼務する場合、勤務日においては、1日の労働時間の半分以上は管理業務に就かなければならないため、ヘルパーとしての常勤換算は必ず0.5以下となります。

※常勤換算方法とは、当該事業所の従業者の勤務延時間数を当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき時間数（32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）で除することにより、当該事業所の従業者の員数を常勤の従業者の員数に換算する方法をいうものである。

この場合の勤務延時間数は、当該事業所の指定に係る事業のサービスに従事する勤務時間の延べ数であり、例えば、当該法人が居宅介護と共同生活援助の指定を受ける場合であって、ある従業者がヘルパーと生活支援員等を兼務する場合、ヘルパーの勤務延時間数には、ヘルパーとしての勤務時間だけを算入することとなるものであること。（小数点第2位切り捨て）

なお、介護保険法による指定訪問介護等の事業を同一事業所において併せて行う場合であって、支援に支障が無い場合は、訪問介護の従事時間も常勤換算に含めることができます。また、市町村が指定を行う地域生活支援事業の**移動支援の従事時間は含めることができません。**

② 資格要件

次の資格等を有する者※が認められています。

a	介護福祉士
b	実務者研修修了者
c	居宅介護職員初任者研修修了者
d	障害者居宅介護従業者基礎研修修了者
e	旧介護保険法施行規則第22条の23第1項各号に規定する研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者

	1 介護職員基礎研修課程 2 訪問介護に関する研修の1級課程 3 訪問介護に関する研修の2級課程（現 介護職員初任者研修）
f	看護師、准看護師等

※主要な資格の抜粋。その他、旧制度における資格や減算となる資格有り。詳細は「指定居宅介護の提供に当たる者としてこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定めるもの等」（平成18年9月29日厚生労働省告示第538号）を参照。

同行援護の場合は、次のいずれかの要件を満たす必要があります。

a	<b>同行援護従業者養成研修（一般課程）を修了した者※</b> ※令和3年3月31日において盲ろう者向け通訳・介助員であった者が、令和6年3月31日において同行援護の事業を行う事業所の従業員であった場合に限り、令和9年3月31日までの間は、引き続き同行援護従業者養成研修一般課程を修了したものとみなす。
b	<b>視覚障害を有す身体障害者等 福祉関視覚障害を有す身体障害者等の福祉に関する事業（直接処遇職員に限る。）に1年以上従事した経験を有する者。</b>
c	<b>厚生労働大臣が定める従業者（平成18年厚生労働省告示第556号）に定める国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者又はこれに準ずる者</b>

行動援護の場合は、次のいずれかの要件を満たす必要があります。

a	<b>行動援護従業者養成研修修了者であって、知的障害児者又は精神障害者の直接業務に1年以上の従事経験を有するもの</b>
b	<b>知的障害児者又は精神障害者の直接支援業務に2年（360日）以上の従事した経験を有する者。（令和9年3月31日までの経過措置）</b>

## イ サービス提供責任者

### ① 人員配置

- ・ 常勤のヘルパーのうち、1人以上を専従で配置すること。  
（常勤かつ専従（当該事業所の管理者以外との兼務不可））
- ・ サービス提供責任者は常勤換算方法によることができるが、その場合は常勤者の勤務すべき時間の2分の1に達している者であること。
- ・ A、B、Cの基準のいずれか一つ以上を満たすこと。

**A、利用者の数※が40人（重度訪問介護の場合は10人）又はその端数を増すごとに1人以上の者をサービス提供責任者としなければならない。**

（※同一の事業者が介護保険法の訪問介護の指定を受ける場合は、その利用者を含む。地域生活支援事業上の移動支援についても同様。以下同じ）

イ)利用者の数については、前3月の平均値を用いる。

（前3月の平均値は、暦月ごとの実利用者の数を合算し、3で除して得た数とする。また、新規事業開始、又は再開事業所においては、適切な方法により

利用者の数を推定する。)

ロ)訪問系事業所のうち、通院等乗降介助に該当するもののみを利用した者の当該月における利用者の数については、0.1人として計算すること。

ハ)常勤のサービス提供責任者を3名以上配置し、かつサービス提供責任者の業務に主として従事する者を1人以上配置し、その業務が効率的に行われている場合は、利用者の数を40人ではなく50人又はその端数を増すごとに1名とすることができる。

B、サービス提供時間が450時間（重度訪問介護は1,000時間）又はその端数を増すごとに1人以上の者をサービス提供責任者としなければならない。

C、事業所の従業者の数が10人（重度訪問介護は20人）又はその端数を増すごとに1人以上の者をサービス提供責任者としなければならない。

## ② 資格要件

次の資格等を有する者が認められています。

a	介護福祉士
b	実務者研修修了者
c	介護職員基礎研修修了者
d	居宅介護従業者養成研修1級過程修了者
e	介護保険法上の指定訪問介護事業所に置くべき サービス提供責任者の選任要件を満たす者
f	看護師、准看護師

※令和6年度より居宅介護職員初任者研修修了者は対象となりません。

同行援護の場合、次のいずれかの要件を満たす必要があります。

h	a ~ gのいずれか OR 3年以上の介護の実務経験を有する居宅介護職員初任者研修修了者 + 同行援護従業者養成研修（一般課程及び応用課程）を修了した者
i	厚生労働大臣が定める従業者（平成18年厚生労働省告示第556号）に定める国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科の教科を履修した者又はこれに準ずる者

行動援護の場合、次のいずれかの要件を満たす必要があります。

j	行動援護従業者養成研修修了者であって、知的障害児者又は精神障害者の直接支援業務に3年以上の従事経験を有するもの
k	強度行動障害支援者養成研修（基礎研修及び実践研修）修了者であって、知的障害児者又は精神障害者の直接支援業務に3年以上の従事経験を有するもの
※	（令和9年3月31日までの経過措置） 令和3年3月31日において次の要件を満たす者 a ~ gのいずれか OR 3年以上の介護の実務経験を有する居宅介護職員初任者研修修了者 +

知的障害児者又は精神障害者の直接支援業務に5年以上の従事経験を有する者
-------------------------------------

## ウ 管理者

- ・常勤かつ専従の者を配置する（1人）。
- ・兼務の取扱い

<ul style="list-style-type: none"><li>・兼務は、管理業務に支障がないことが前提です。</li><li>・当該事業所のヘルパーとしての職務との兼務は可能です。</li><li>・同一法人で他の障害福祉サービス事業の管理者にのみ従事する場合は、3か所、30分圏内まで勤務可能です。</li></ul>
---

- ・管理者の職務

<ul style="list-style-type: none"><li>・従業者及び業務の管理を一元的に行う。</li><li>・従業者に運営に関する基準を遵守させるための指揮命令を行う。</li></ul>
--

**※他の職務と兼務する場合、管理者は、勤務日においては、常勤者の勤務すべき時間の半分以上は管理業務に就くこと。**

## (3) 設備基準

### ア 専用の区画・事務室

- ・事業運営のために必要な広さの専用の区画を設けること。
- ・机、鍵付き書庫等他の事業の用に供するものと明確に区分される場合は、介護保険上の訪問介護事業所と同一の事務室であっても差し支えありません。

### イ 相談スペース

- ・相談スペースを設けること。
- ・相談スペースは、少なくともパーティション（ついたて）やカーテン等により、プライバシーが確保されるものとする。

### ウ 設備及び備品

- ・感染症予防に必要な手指を洗浄するための設備（洗面所及び便所を別に設けること）

### エ その他

- ・事務室・区画、又は設備及び備品等については、必ずしも事業者所有でなくても貸与を受けているもので足りる。
- ・「障害福祉サービスに係る図面相談マニュアル」についても参考とすること。

<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/shogai/shazumen.html>



## (4) 運営基準

運営の基準として次のような項目が規定されています。事業者はこれらの基準を遵守し、運営を行う必要があります。分からない項目があれば、基準省令に立ち回り内容を確認してください。なお、基本的には介護保険法の訪問介護の基準に準じたものとなっていますが、障害福祉特有の基準もあるため注意が必要です。



- ・ 利用申込者に対するサービス提供内容及び手続の説明及び同意
- ・ **契約支給量の報告等**
- ・ 提供拒否の禁止
- ・ 連絡調整に対する協力
- ・ サービス提供困難時の対応
- ・ 受給資格の確認
- ・ 介護給付費の支給の申請に係る援助
- ・ 心身の状況等の把握
- ・ 指定障害福祉サービス事業者等との連携等
- ・ 身分を証する書類の携行
- ・ サービスの提供の記録
- ・ 指定居宅介護事業者が支給決定障害者等に求めることのできる金銭の支払いの範囲
- ・ 利用者負担額等の受領
- ・ 利用者負担額に係る管理
- ・ **介護給付費の額に係る通知**
- ・ 指定居宅介護の基本取扱方針
- ・ 指定居宅介護の具体的取扱方針
- ・ 居宅介護計画の作成
- ・ 同居家族に対するサービス提供の禁止
- ・ 緊急時等の対応
- ・ 支給決定障害者等に関する市町村への通知
- ・ 管理者及びサービス提供責任者の責務
- ・ 運営規程
- ・ 介護等の総合的な提供
- ・ 勤務体制の確保等
- ・ 業務継続計画の策定等
- ・ 衛生管理等
- ・ 掲示
- ・ 身体拘束等の禁止
- ・ 秘密保持等
- ・ 情報の提供等
- ・ 利益供与等の禁止
- ・ 苦情解決
- ・ 事故発生時の対応
- ・ 虐待の防止
- ・ 会計の区分
- ・ 記録の整備
- ・ 変更の届出

## (5) 報酬請求

### ア 基本報酬

訪問系事業所は、相談支援事業所が作成するサービス等利用計画に基づき各事業所で作成する居宅介護等計画に位置付けられた内容及び標準的所要時間で請求することとされており、サービスの提供前に運営基準に定められた手続きを経て居宅介護等計画が作成されていない場合は、介護報酬の請求はできません。

また、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指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（以降、「報酬告示」という。）や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指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について（以降、「留意事項通知」という。）、その他厚生労働省の通知等に適合していない場合も請求はできません。

### イ 各種加算

同じく報酬告示や留意事項通知等に適合しない場合は請求できません。また、加算の中には事前に指定権者である愛知県に届け出ることが要件となっているものもあります。詳細は次の県ホームページを確認してください。

「加算等の届出について（障害者総合支援法）」

<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/shogai/shakasan.html>



## I-3 共生型事業所

### (1) 概要

介護保険法での指定をもって障害福祉サービスの指定を簡略して受ける指定手続き上の特例です。基本的には介護保険法上の訪問介護事業所が共生型居宅介護、共生型重度訪問介護（以降、「共生型訪問系事業所」という。）の指定を受けることが可能です。

### (2) 人員基準

#### ア 従業者（ヘルパー）

介護保険法及び障害者総合支援法の利用者の合計値に対して求められる従業員数以上。（常勤換算 2.5 以上）

#### イ サービス提供責任者

共生型訪問系事業所に置くべきサービス提供責任者の員数は、訪問系事業所の利用者（障害者及び障害児）及び訪問介護の利用者（要介護者）の合計数が、40 又はその端数を増すごとに 1 人以上。

この場合において、サービス提供責任者の資格要件については、訪問介護のサービス提供責任者であれば、共生型訪問系事業所のサービス提供責任者の資格要件を満たします。

なお、共生型訪問系事業所のサービス提供責任者と訪問介護のサービス提供責任者を兼務することは差し支えありません。

#### ウ 管理者

訪問系事業所の場合と同じです。

なお、共生型訪問系事業所の管理者と訪問介護の管理者を兼務することは差し支えありません。

### (3) 設備基準

介護保険法で定められた訪問介護として満たすべき設備基準を満たしていれば指定を受けることができます。

### (4) 運営基準

I-2 (4) で示した訪問系事業所の場合と同じです。

## I-4 新規指定の手続きの流れ

### (1) 指定の受付担当部署

・訪問系事業所※の指定は、愛知県障害福祉課障害福祉事業所支援室で行います。

※事業所の所在地が名古屋市、豊橋市、岡崎市、一宮市、豊田市、大府市  
の場合には各市の窓口へお問い合わせください。

・申請書提出前に事前の図面相談が必要です（共生型訪問系事業所を除く）。

・なお、図面相談については期限が設けられています。

申請の予定がある場合には、早い段階で審査を受けるようお願いします。

・提出書類の様式等は、愛知県福祉局福祉部障害福祉課のホームページ  
(<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/shogai/shashinki.html>)に掲載していま  
す。



### (2) 指定のスケジュール

#### ア 基本ルール

(ア)指定は、指定希望月の前々月の10日（4月1日指定は2月1日までと期日が異なるため注意）までに送付（消印有効）された申請書類を審査の上、翌々月の1日付けで行います。指定は月1回です。

例：7月5日に受理した申請は、審査の上、9月1日に指定する。

(イ)HPにて記載している返送事由（書類不足や人員基準違反等）に該当する場合、書類を返送します。

(ウ)申請の添付書類として事業所内写真が必要です⇒申請書提出期限までに写真の撮影・提出が間に合わない場合は、申請書に開所予定月の前月15日（必着）までに写真を提出する旨の確約書（様式任意）を添付してください。

なお、指定日以後、申請内容と相違ないか確認するため現地確認を行う場合があります。

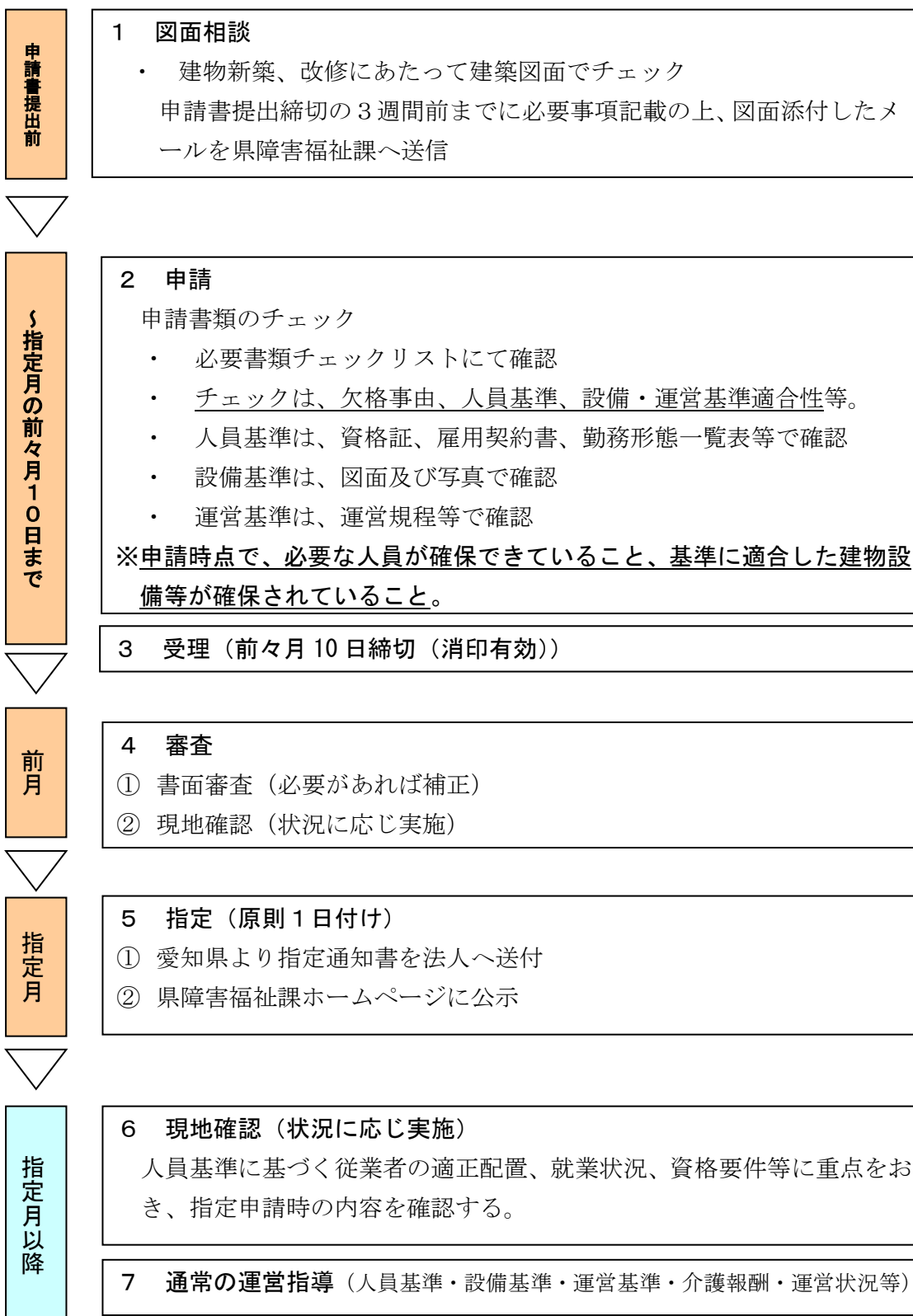
上記（イ）の理由により、申請書が返送となる事例があります。

**提出前に必ず、後述する必要書類チェックリストのチェックポイント等により同封物を再確認してください。**

## イ 指定のスケジュール

指定申請についての大まかなスケジュールは、次の図のとおりです。

(図 指定のスケジュール)



#### <指定申請書受理後の留意事項>

指定申請書受理後、指定月まで約1か月は指定申請書等の審査期間です。

指定通知書が交付されるまではあくまでも指定予定であり、指定されるまでの間は利用予定者との契約はできませんので御注意ください。

なお、指定申請書を提出し、事業開始までに配置予定であった職員に変更が生じた場合は、必ず障害福祉課担当者にその旨を報告してください。

必要職員の配置が困難となった場合は、申請の取り下げをする必要があります。取り下げをしない場合でも、その事実が確認されている場合は、指定時の人員基準を満たしていないため指定できません。

**申請内容と異なる人員に入れ替えて指定を受けた場合・適正な人員が確保できないまま取り下げせずに指定を受けた場合は、不正な手段により指定を受けたと判断し、指定の取消処分の対象となることがありますので、十分留意してください。**

また、広報等については以下のことに注意してください。

- ◎ **内容が虚偽又は誇大なものとならないようにしてください。**
- ◎ **リーフレット等には、事業所として既に指定を受けているかのような表現はしないようにしてください。**  
(例 良い例：3月1日指定予定、悪い例：3月1日オープン)  
また、内覧会等を開催する場合についても同様です。
- ◎ **各家庭を訪問し、広報を行うにあたっては、強引な勧誘と受け取られかねないような対応は慎んでください。**

#### (3) 業務管理体制整備に関する届出

法人として、新規に指定障害福祉サービス事業等を始めた場合は、法人単位で業務管理体制を整備し、愛知県障害福祉課障害福祉事業所支援室事業所指導第二グループ（電話（直）052-954-7400）に届け出る必要があります。既に他所管庁にて指定障害福祉サービス事業所等を実施している場合であっても、所管庁が県へ変わる場合は、同じく届出が必要です。指定申請とは別に、提出する必要がありますので忘れないようにお願いします。

届出が必要な事由、届出様式等は次の県ホームページを確認してください。

「業務管理体制の届出について」

<https://www.pref.aichi.jp/soshiki/shogai/0000054629.html>



## Ⅱ 指定申請書類について

### Ⅱ－１ 指定申請書類一覧

- ・ 訪問系事業所、共生型訪問系事業所の指定申請をするためには、表Ⅱ－１の１の書類が必要です。
- ・ 申請書類提出にあたっては、表Ⅱ－１の１の書類を必要書類チェックリストに沿って番号順に揃えて、提出してください。
- ・ 下記書類の他に、必要に応じて追加資料を求める場合があります。

(表Ⅱ－１の１) 指定申請書類一覧 (訪問系事業所・共生型訪問系事業所用)

- (0) ☆ (初めて障害福祉サービス事業等を実施する場合)  
法人設立や事業開始の経緯、支援ノウハウの取得方法、感染対策及び職員不足時の対応の3点を記載したもの (任意様式)
- (1) ☆指定申請書 (様式第1号)
- (2) ☆申請書に添付が必要な付表 (付表1)
- (3) 履歴 (登記) 事項全部証明書 (原本)
- (4) 土地・建物の賃貸借契約書 (写し) 又は登記簿謄本 (原本)
- (5) 事業所 (施設) の平面図 (参考様式13)  
併せて、「写真撮影上の注意事項」を加味した写真
- (6) 管理者の経歴書 (参考様式3)
- (7) サービス提供責任者の経歴書 (参考様式3)
- (8) ☆資格証等の写し
- (9) ☆運営規程
- (10) ☆利用者又はその家族からの苦情を処理するために講ずる措置の概要 (参考様式6)
- (11) ☆組織体制図
- (12) ① ☆従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 (別紙2)  
② 雇用通知書又は雇用契約書の写し  
③ 秘密保持の契約書の写し  
④ 履歴書の写し  
⑤ (役員が勤務する場合) 役員の勤務及び兼務状況申立書 (参考様式14)
- (13) 設備・備品等一覧表 (参考様式2)
- (14) ☆ (特定する場合は) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由 (参考様式7)
- (15) ☆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 (参考様式8)
- (16) ☆役員名簿 (参考様式9)
- (17) ☆介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書
- (18) ☆介護給付費等算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1)  
併せて、給付費算定に係る体制等に関する届出書に添付が必要な別紙
- (19) ☆事業等開始届 (様式第6号)
- (20) ☆必要書類チェックリスト

※共生型訪問系事業所は☆が付いている書類のみの提出で差し支えありません。

## Ⅱ-2 指定申請書類の記入要領

県ホームページの指定申請のページから「必要書類チェックリスト」をダウンロードし、必ずチェックポイントを一つ一つ確認したうえで提出してください。

【新規申請時 必要書類及びチェック表】※申請書を提出する際には必ず本チェックリストを併せて提出してください。

指定申請書の審査に係る指摘事項については、ご記入いただいた内容 (mail) に送付いただきます。

① 法人名  
② 担当者名  
③ 連絡先 (電話)  
④ 連絡先 (mail)

！障害福祉サービス情報検索サイト (WAMNET) 登録用メールアドレスを記載してください。

メールアドレス:  
※メールアドレスはWAMNETの登録用に記載していただくものです。各法人に1つしか登録できないため、個人のアドレス等は避けていただくようお願いします。  
なお、愛知県で既に事業所の指定を受けている法人は省略可能です。

番号	必要書類	様式名	居宅介護等	療養介護	生活介護	短期入所	重度障害者等包括支援	自立訓練 (機能訓練)	自立訓練 (生活訓練)	就労移行支援	就労継続支援	就労定着支援	自立生活援助	共同生活援助	障害者支援施設	一般相談支援	生型サービス	チェックポイント
0			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>初めて障害福祉サービス事業等を開始する法人の場合は、以下3点について記載した書面 (任意様式) を添付すること。</li> <li>法人設立や事業開始の経緯</li> <li>障害福祉サービス事業等を運営するにあたっての支援ノウハウの取得方法</li> <li>具体的な感染対策及び隣接者が発生して職員が不足した場合の対応</li> </ul>
1	指定申請書	別添様式第1号	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> <li>代表者は職名・氏名を記載しているか。</li> <li>異なる事業所の所在地、名称、代表者住所の表記は、法人登記簿 (履歴事項証明書) の表記と一致しているか。(数字や漢字の区別、差後の表記等も一致させること。)</li> <li>事業所の名称及び所在地は運営規程と一致しているか。(貸借借約書等から確認)</li> <li>介護保険法等、申請する事業所所在地で、他法の指定を受けている、または受ける予定がある場合は「別添」他の法律において既に指定を受けている事業所等について、を添付しているか。</li> <li>既存の事業所と同一地域内に申請する場合は、「同一地域内において行う事業等の種類」及び「事業所番号」にそれぞれ記入されているか。</li> <li>共生型サービスの場合は、介護保険事業所の指定通知書の写しが添付されているか。</li> </ul>

⑤ 内容を確認しながらチェックしてください

### ① 担当者連絡先等

- 法人の指定申請担当者の氏名や連絡先等を記載してください。
- ここの情報をもとにやり取りをするため、実務担当者の情報を記載してください。

### ② 行政書士又は行政書士法人の場合はチェック✓してください。

### ③ 行政書士や行政書士法人であるかに関わらず、すべての方がチェック✓してください。

### ④ 登録アドレス

- 情報公表サイト (WAMNET) 未登録の場合は登録用のメールアドレスを記載してください。
- 指定後システムからの連絡が受け取れるよう丁寧に記載してください。また、個人ではなくできるかぎり法人のアドレスを記載してください。

### ⑤ チェックポイント

- 最重要です。
- 必ず居宅介護等の各項目を確認したうえで、それぞれにチェック✓をつけてください。各書類の記入のルールや指定を受ける基準等が記載されています。

#### (0) (初めて障害福祉サービス事業等を実施する場合)

法人設立や事業開始の経緯、支援ノウハウの取得方法、感染対策及び職員不足時の対応の3点を記載したもの (任意様式)

- 3点のそれぞれの内容について記載したものを提出してください。



(1) 指定申請書 (別紙様式第一号)

別紙様式第一号

**指定障害福祉サービス事業所** / 指定障害者支援施設  
 指定障害児通所支援事業所 / 指定障害児入所施設  
 指定特定相談支援事業所 / 指定一般相談支援事業所 / 指定障害児相談支援事業所  
 指定 申請書

年 月 日

愛知県 知事(市区村長) 殿

所在地 ○○市△△町※※番地  
 申請者 名称 社会福祉法人あいちけん  
 代表者 理事長 障害 太郎  
 職名を付けること。

表題の事業所・施設に係る**指定** 指定の更新/指定の変更を受けたいので、下記の通り、関係書類を添付して申請します

郵便番号誤りが多発しているため、再度確認すること。(以降、同様)

登記簿上の住所を正確に転記すること。

登記簿上の住所を正確に転記すること。

運営規程の記載と一致すること。

法人番号(13桁)																				
申請者(設置者)	主たる事務所の所在地	(郵便番号) ○○○-○○○ 愛知県○○市○○○番地	登記簿上の住所を正確に転記すること。																	
	連絡先	電話番号 (内線)																		
	法人等の種類	E-mailアドレス																		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ氏名	生年月日																
	代表者の住所	(郵便番号) ○○○-○○○ 愛知県○○市○○○番地	登記簿上の住所を正確に転記すること。																	
フリガナ	ヘルパーギョウジョアイチケン																			
名称	ヘルパー事業所あいちけん																			
事業所(施設)の所在地	(郵便番号) ○○○-○○○ 愛知県○○市○○○番地	運営規程の記載と一致すること。																		
多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○																				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	同一所在地において行う事業等の種類	共生型サービスの指定を申請するものに○	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に○	既に指定を受けている事業に○	事業の開始予定年月日	本申請書に添付して提出する様式(付表)														
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護		○	令和○年○月○日	付表1														
		重度訪問介護		○	令和○年○月○日	付表1														
		同行援護				付表1														
		行動援護				付表1														
		療養介護				付表2														
		生活介護				付表3														
		短期入所				付表4														
		重度障害者等包括支援				付表5														
		自立訓練(機能訓練)				付表6														
		自立訓練(生活訓練)				付表6														
		就労選択支援				付表7														
		就労移行支援				付表8														
		就労継続支援A型				付表9														
		就労継続支援B型				付表9														
		就労定着支援				付表10														
		自立生活援助				付表11														
		共同生活援助				付表12														
		指定障害者支援施設(施設入所支援)					付表13													
	指定一般相談支援事業所	地域移行支援					付表14													
	地域定着支援					付表14														
指定特定相談支援事業所						付表15														
指定障害児通所支援事業所	児童発達支援					付表16														
	放課後等デイサービス					付表16														
	居宅訪問型児童発達支援					付表17														
	保育所等訪問支援					付表18														
指定障害児入所施設						付表19/20														
指定障害児相談支援事業所						付表15														
【既に指定を受けている場合】事業所番号																				

#### 申請内容

- ・ 別紙様式第一号は複数の申請様式を兼ねているため、今回指定を受ける「指定障害福祉サービス事業所」にそれぞれ丸を付けてください。

#### 申請者

- ・ 申請者は、法人でなくてはなりません。法人の種類は問いません。但し、障害福祉サービスの実施にあたって、県（国）の認可（社会福祉法人、医療法人等）が必要な法人については、別途法人を所管する部署との協議を行い、定款変更等の各手続きを済ませた上で、申請書類を提出してください。
- ・ 法人登記上、記載されている住所を記載してください。（丁目・番地等は省略せずに記載すること。）
- ・ 法人の名称についても、省略しないで登記上の正式な法人名を記載してください。（例：「株式会社」を「(株)」等のように省略しないこと。）
- ・ 代表者の職名の記載漏れが多いため注意してください。

#### 郵便番号

- ・ 法人所在地、事業所所在地、管理者住所等で郵便番号誤りが多発しています。記載の番号で登録するため今一度郵便局ホームページで確認を行ってください。

#### 事業所名

- ・ 名称中の空白の有無に注意してください。記載どおり台帳登録しますので、正確に記入してください。  
例：「ヘルパーステーションあいち」「ヘルパーステーション あいち」等
- ・ 既存の他事業所と類似の名称がある場合、トラブルが生じる可能性があります。そのため、調査・確認の上、事業所名称を決めてください。

#### 事業開始年月日

- ・ 申請書類を提出する日の属する月の翌々月の1日として記入してください。  
例：令和7年3月10日までに提出（消印有効） → 令和7年5月1日

#### 事業所番号

- ・ 原則、空欄としてください。
- ・ 同一敷地内・同一申請者により既に障害福祉サービスの指定を受けている場合には記入してください。  
例：居宅介護の指定を受けており、新たに行動援護の指定申請書を提出  
→ 居宅介護の事業所番号を記載

#### 他の法律において既に指定を受けている事業等について（別紙）

- ・ 介護保険法上の訪問介護の指定を受けている場合は、提出すること。併せて共生型訪問系事業所の場合、指定を受けていることがわかる書類（指定通知書等の写し）も添付してください。

(2) 申請書に添付が必要な付表 (付表1)

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所の指定等に係る記載事項  
記載例

事業所	フリガナ	ヘルパーギョウジョアイチケン						
	名称	ヘルパー事業所あいちけん						
	所在地	(郵便番号 000 - 0000 )	愛知 県 ○○ 市 ○○○番地					
	電話番号	○○○○-○○-○○○○						
	E-Mail	○○○○@○○○						
事業所以外の	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 - )						
	電話番号							
管理者	フリガナ	フクシ ジロウ	生年月日	0 年 0 月 0 日				
	氏名	福祉 次郎						
	住所	(郵便番号 000 - 0000 )	愛知 県 ○○ 市 ○○○番地					
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記入)			訪問介護員				
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称	ヘルパー事業所あいちけん					
兼務する職種及び勤務時間等		管理者 9:00 ~ 17:00						
サービス提供者	フリガナ	シテイ ハナコ		生年月日	0 年 0 月 0 日			
	氏名	指定 花子						
	住所	(郵便番号 000 - 0000 )	愛知 県 ○○ 市 ○○○番地					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等			第 条 第 項 第 号					
障害児対象事業 (該当するものに○。重度訪問介護を除く。)	( <input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当 )							
利用する障害児の推定数(人) (障害児対象事業に該当する場合記入)	9							
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
営業日(該当する日に○)	日	月	火	水	木	金	土	祝
	○			○	○	○	○	○
その他(年末年始等)		(12月29日～1月3日を除く)						
営業時間	平日	9	:	30	~	17	:	30
	土曜	9	:	30	~	12	:	00
	日・祝			:	~			
サービス内容	身体介護	<input type="radio"/>		身体介護(通院介助)	<input type="radio"/>			
	家事援助	<input type="radio"/>		家事援助(通院介助)	<input type="radio"/>			
	乗降介助							
利用料	運営規程のとおり			運営規「程」○				
その他の費用	運営規程のとおり			運営規「定」×				
通常の事業の実施地域	○○市、△△町							

運営規程と一致すること。

(備考)

1. 記入欄が不足する場合は、次頁の「記入欄不足時の資料」に記載して添付してください。
2. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容についても記載してください。

## 管理者

- ・ 管理者の経歴書（参考様式3）と一致するよう記載してください。
- ・ 他の職種や事業所と兼務する場合は、その旨を所定欄に記載してください。

## 運営・設備に関する基準の確認に必要な事項

- ・ 「営業日」「営業時間」（事務所が開いている時間です。サービス提供可能時間ではありません。）「サービス内容」「通常の事業の実施地域」は、運営規程に記載されている内容のとおり記入してください。実施地域について書ききれない場合は「別記」とし、別に記載した用紙を添付してください。

「通常の事業の実施地域」は、サービス提供地域ではなく、この地域以外の利用者であっても利用者が希望すればサービスを提供することができます。

したがって、利用者の立場からは、通常の事業の実施地域が明確でないと不利益を被る場合もあるため、通常の事業の実施地域は客観的に定める必要があります。

例：○名古屋市中区、春日井市、小牧市大草、小牧市光ヶ丘及び小牧市桃ヶ丘一丁目  
×「春日井市東部」「小牧市の一部」

- ・ 事業者の立場からは、「通常の事業の実施地域」は、次のような意義があります。

<p>ア 事業者は正当な理由なくサービスの提供を拒むことができないが、通常の事業の実施地域外であることは、サービス提供を拒む正当な理由があるとされる。</p> <p>イ 通常の事業の実施地域以外の場合には、交通費（移動に要する実費）をその他の費用として徴収できる。</p>
--

- ・ 利用料・その他の費用については「運営規程のとおり」でも可としています。

## (3) 履歴（登記）事項全部証明書（原本）

- ・ 商業登記、法人登記の登記事項証明書を法務局で入手して添付してください。
- ・ 3か月以内に発行された原本を添付してください。
- ・ 障害福祉サービス事業を法人の事業として明確に位置づけていることを確認するため、目的として、「障害者の日常生活およ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」、「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスに関する事業」等の規定がなされていることが必要です。
- ・ 申請書の記載内容が当該証明書の記載内容と一致しているか確認してください。（法人名、法人所在地、代表者住所等）

(4) 土地・建物の賃貸借契約書（写し）又は登記簿謄本（原本）

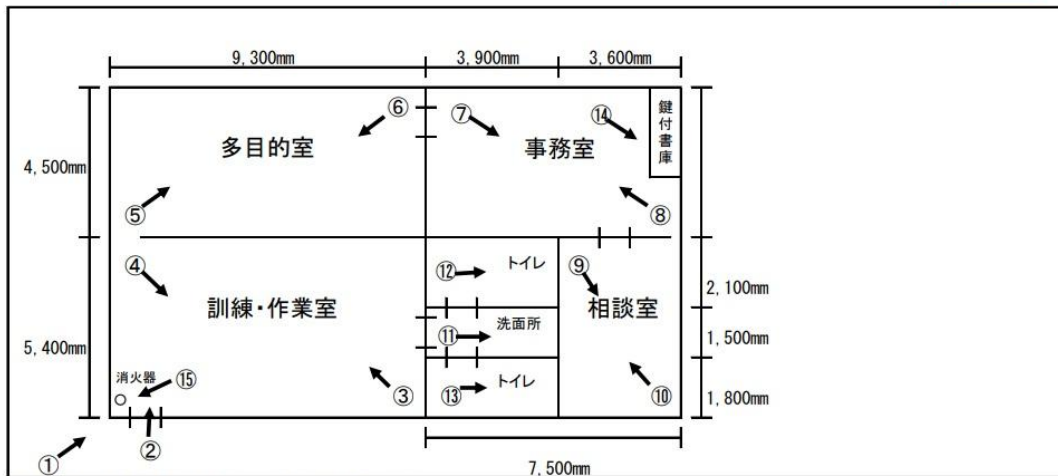
- 賃貸借契約書の使用目的欄に「障害福祉サービス事業」等当該事業を行うことが明記され、賃貸人が利用目的を了承している必要があります。（明記されていない場合は、別途覚書が必要）
- 指定日には利用可能な賃貸借契約期間となっているか確認してください。
- 申請法人による賃借となっているか確認してください。（×代表者等）
- 法人所有の場合は所有が分かるもの（登記事項証明書(表題部及び権利部を含むもの)、納税通知書等）を添付してください。
- 賃貸借契約が不動産業者等を介さない場合、別途賃貸人の所有権を確認する書類（登記事項証明書(表題部及び権利部を含むもの)、納税通知書等）を添付してください。
- 登記簿謄本は3か月以内に発行された原本を添付してください。

(5) 事業所（施設）の平面図（参考様式13）

平面図

平面図

例



- 注意事項 1 既存の平面図を使用していただいても構いません。  
 2 各室の用途、面積及び内寸（裏面寸）を記載してください。  
 3 外観、正面玄関、各室及び設備を撮影した写真（カラー写真）をA4用紙等に貼付し、写真に連番を付して添付してください。  
 4 写真番号に対応する写真の撮影方向を矢印等でわかるように記載してください。  
 5 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。  
 6 正しい縮尺で図面を作成してください。

- ・ 事前の図面相談時の注意事項を反映した平面図としてください。
- ・ **事前の相談と異なる図面（建物）の場合、指定できません。**
- ・ 次の「主要な場所の写真」にて確認するため、平面図に**写真の番号と撮影した方向**を記入してください。

主要な場所の写真

(参考様式13)	
<b>事業所の外観及び内部の写真</b>	注) 工事中、改修中のものは不可
	撮影日 令和 年 月 日
	写真番号:
	設備名称:
	説明
	撮影日 令和 年 月 日
	写真番号:
	設備名称:
	説明

- ・ 写真は、最新の状況を撮影したものとしてください。

- ・ 写真の大きさはL判程度としてください。
- ・ 写真はカラー写真とし、設備備品の状況がわかるよう鮮明なものとしてください。
- ・ 撮影した日付を記入してください。
- ・ 建物の外観写真はできるだけ建物全体が入るようにしてください。
- ・ 建物入口や動線上の各所も撮影してください。
- ・ **主要な部屋は2方向以上から撮影する等、部屋全体の状況がわかる(死角が生じない)ようにしてください。**
- ・ 相談スペースは、個室又はパーティション等によりプライバシーが確保されていることがわかるようにしてください。
- ・ 設備備品は、「設備・備品等一覧表」に記載された内容と一致するようにしてください。
- ・ 手洗洗浄用設備（消毒液）、鍵付き書庫（鍵を差し込んだ状態のもの）、消火器等設備基準上必要とされている設備も撮影してください。
- ・ 写真は、①建物全景、②建物玄関（入口）、③事務室（四方から撮影）、④相談スペース、⑤洗面所、⑥トイレ、⑦設備・備品（個人情報管理できる鍵付き書庫、パソコン、ファックス、電話等）について、貼付してください。
- ・ 写真右部の説明欄にはそれぞれ以下のことについて記載してください。  
事務室→情報の保護について配慮していることについての説明、及び備品に関する説明  
その他→部屋の構造、備品の詳細、利用者へ配慮している部分等
- ・ 申請書提出期限までに写真の撮影・提出が間に合わない場合は、申請書に開所予定月の前月15日（必着）までに写真を提出する旨の確約書（様式任意）を添付してください。
- ・ 相談スペースに空調設備が設置されていることがわかるようにすること。
- ・ 鍵付き書庫や事務机等、訪問介護事業所と区別する必要がある設備については、そのことがわかるようにしてください。

(6) 管理者の経歴書（参考様式3）

(7) サービス提供責任者の経歴書（参考様式3）

(参考様式3)				サービス提供責任者経歴書		記載例	
事業所の名称		ヘルパーステーション あいち					
フリガナ	シティ ハナコ			生	年	月	日
氏名	指定 花子			昭和**年**月**日			
住所	(郵便番号***-****) 愛知県〇〇市△△町**番地						
電話番号	***-**-****						
主な職歴等							
従事期間（年月）		従事日数	勤務先等		職務内容		
平成22年4月～平成24年3月（2年0月）		300日	生活介護かきつばた		生活支援員		
平成24年4月～平成25年9月（1年6月）		358日	くるまえびホーム		世話人		
平成25年10月～平成28年3月（2年6月）		540日	コノハスクヘルパーステーション(介護保険)		訪問介護員		
平成28年4月～平成29年3月（1年0月）			就労継続支援A型あいちけん		管理者		
平成29年4月～平成31年2月（2年11月）		700日	放課後等デイサービスあい		管理者兼児童指導員		
平成31年4月～			放課後等デイサービス ケン		児童発達支援管理責任者		
職務に関連する資格							
資格の種類				資格取得年月日			
介護福祉士				平成25年4月1日			
備考（研修等の受講の状況等）							
相談支援従事者初任者研修（講義部分）		平成26年8月1日修了					
児童発達支援管理責任者研修		平成30年度修了					

- ・ 適宜、管理者とサービス提供責任者に使い分けてください。兼用可。  
(例：管理者兼サービス提供責任者経歴書)
- ・ 付表1の内容と一致するよう記載してください。
- ・ 現在、他の職場に勤務している方については、その職場をいつ退職し、いつから申請者の職場に変わるのか分かるようにしてください。



(8) 資格証等の写し

- ・ 利用者の支援にあたるサービス提供責任者及びヘルパーは、そのための資格が必要です。I—2(2)ア及びイを参考に直接支援にあたる全ての職員の資格証等の写しを提出してください。
- ・ 婚姻等により現在の姓と資格証の姓が異なる場合は、公的機関が発行する書類により改姓したことを示す必要があります。具体的には、戸籍抄本、免許証の裏書き、年金手帳等のコピーを提出してください。

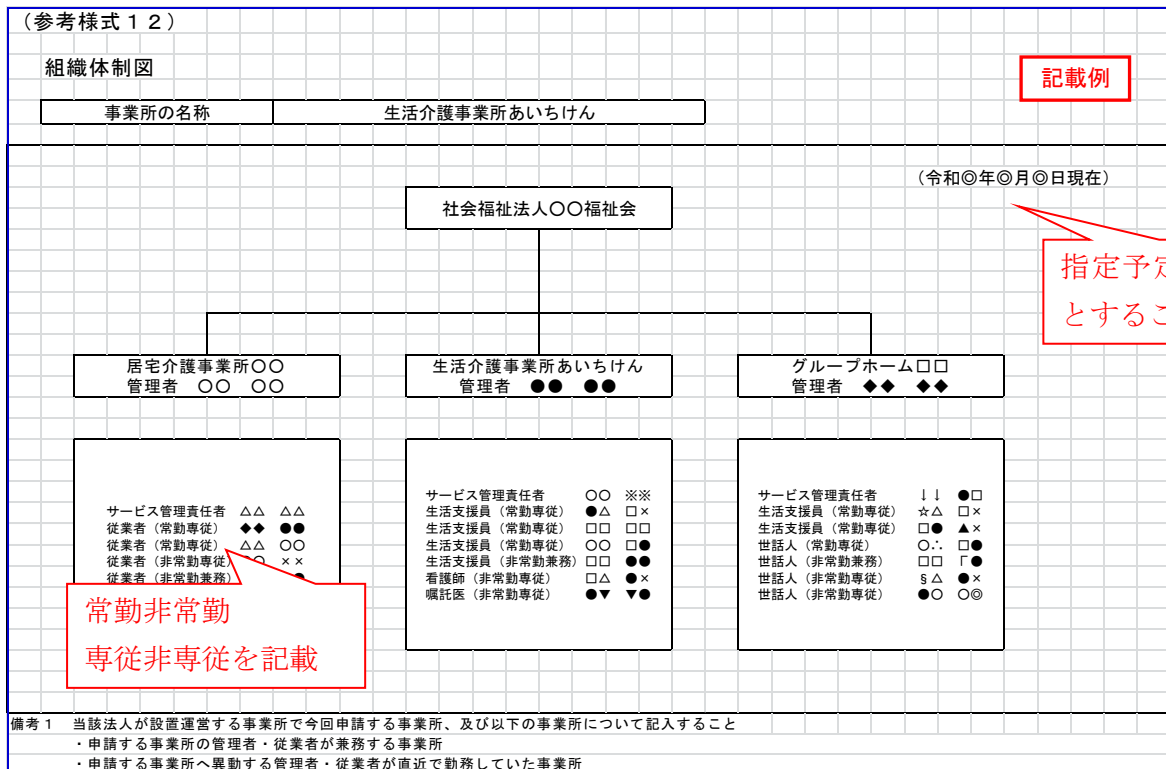
(9) 運営規程

- ・ 県様式を参考とし、事業所の内容に落とし込んでください。その他様式でも問題はないが、**障害福祉ではなく介護保険の内容になっていることが多いため注意してください。**
- ・ 他の申請書類と内容が一致していることを確認してください。特に「事業所名」「従業者の職種、員数」「営業日及び営業時間」「実施地域」「居宅介護等の内容」「主たる対象者」は再度確認してください。
- ・ サービス種別及びその内容が指定内容と合致していることを確認してください。  
例：○居宅介護 ×訪問介護  
例：×行動援護を申請しないのにその支援内容である「行動する際に生ずる危険を回避するために必要な援護」の記載がある。  
例：×同行援護を申請しないのにその支援内容である「外出時における移動の介護」の記載がある。
- ・ 従業員の職種、員数が従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙2）と一致するよう記載してください。

(10) 利用者又はその家族からの苦情を処理するために講ずる措置の概要（参考様式6）

- ・ 事業所名及びサービス種類を申請する事業所の内容で記載してください。
- ・ 付表1の内容と一致するよう記載してください。
- ・ 解決困難な場合の対応先を正しく記載してください。  
例：× 保険者 (介護保険の連絡先)  
○ 市町村 (障害福祉の連絡先)  
× 愛知県国民健康保険団体連合会 (介護保険の連絡先)  
○ 愛知県社会福祉協議会運営適正化委員会 (障害福祉の連絡先)

(1 1) 組織体制図



記載例

指定予定日の内容  
とすること。

- ・ 事業所名は申請する事業所の内容のものとしてください。
- ・ 指定希望月の1日時点のものとしてください。
- ・ 従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(別紙2)と職員名や職種、常勤や専従に関して一致するよう記載してください。
- ・ 他の障害福祉サービス事業所と兼務する場合は、その内容がわかるように記載してください。

(1 2) 職員の配置体制に係る書類

別紙2 ① 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(予定表) (令和7年〇月分) ② \* 変更の場合は 当該月分、更新の場合は更新月分

【障害者総合支援法】 ③ 居宅介護・重度訪問介護 事業所・施設名 ヘルパーステーション あいり

サービス種類	前年度の平均利用者数 ※1	氏名	【生活介護のみ】平均障害支援区分 ※4												【GHのみ】入居者の区分別人数 ※5						4週(1月の合計)	週平均の勤務時間	他の事業所の名称及び職名 ※11	他事業所での週の合計勤務時間数 ※12															
			区分3			区分4			区分5			区分6																											
職種 ※6	勤務形態 ※7	氏名	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	31						
管理者	②	愛知 太郎	4	4						4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	68	34						
サービス提供責任者	②	愛知 太郎	4	4						4	4	4	4	4			4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	68	34						
訪問介護員	①	鈴木 次郎	8	8						8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	136	34	⑤					
訪問介護員	①	田中 美咲	8	8						8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	136	34						
訪問介護員	③	中村 達也	6	6						6	6	6	6	6			6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	102	25.5	有料老人ホーム〇〇 34						
訪問介護員	③	小林 彩	5							5	5	5	5	5			5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50	12.5							
訪問介護員	③	佐藤 拓也	8							8	8	8	8	8			8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	56	14	通所介護デイサービス〇〇 80						
訪問介護員	③	高橋 祐介	3							3	3	3	3	3			3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	6	1.5							
利用者数																																					6	1.5	
サービス提供時間	9:30 ~ 16:00		6.5	6.5						6.5	6.5	6.5	6.5	6.5			6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	110.5							
常勤職員勤務すべき時間数 ※13	1日: 8時間00分	1週: 40時間00分	変形労働時間制 有 (1か月単位・1年単位 対象職種: 労働届出日: )																																				
夜間支援時間帯 ※5	~	変形期間 (当月1日が属する期間を記載):	月 日 ~ 月 日 左の期間の常勤の勤務すべき時間数: 時間 分) ※13																																				
従業者の職種・員数	専従・兼務の別	サービス管理責任者	訪問介護員		管理者																				一適宜、該当の職種を記載														
常勤(人)	① ②	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務																																	
非常勤(人)	③ ④	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務																																	
当該職種の勤務延べ時間数		68	486		68																				一4週(又は1月)の合計数														
常勤換算後の人数		0.5	3.6		0.5																				一勤務延べ時間数÷常勤が4週(又は1月)で勤務すべき時間数														

④ ⑥ ⑦

従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表（別紙2）

- ・ 介護福祉士や看護師の資格を持っている方が支援を行う場合も、資格名ではなく、「ヘルパー又は訪問介護員、従業者」等直接支援業務従事者である旨が分かる記載としてください。
- ・ 常勤換算の計算は、職種ごとにしてください。
- ・ 勤務形態の区分（①、②、③、④）は、常勤か非常勤か、専従か兼務かによって区別されています。

区分	専従	兼務
常勤	①	②
非常勤	③	④

- ・ 障害福祉の常勤、非常勤、専従及び兼務の意味は次のとおりです。

常勤	正規職員、パート、派遣等雇用形態にかかわらず、「常勤職員の勤務時間数」を勤務する場合はすべて常勤です。
非常勤	この事業所における勤務時間が、「常勤職員の勤務時間数」に満たない場合は、非常勤です。正規職員であっても他の事業所を兼務している場合等は、非常勤です。
専従	当該事業所の他の職種に従事していない場合です。
兼務	当該事業所の他の職種に従事している場合です。

- ・ 訪問系事業所が介護保険法上の訪問介護の指定を併せて受けており、管理者、サービス提供責任者、訪問介護員がそれぞれの事業で兼務する場合であっても、専従とみなし①又は③と記入します。

（障害福祉と介護保険の事業を完全に分けて職員を配置している場合は、障害福祉事業所に従事している職員のみで勤務形態一覧表を作成します。）

- ・ 常勤換算の数字は、（職種ごとの「4週（1月）の合計」÷（常勤職員の「4週（1月）の合計」）で計算し、小数点以下第2位を切り捨てます。
- ・ その他記載上の注意
  - ① 指定を受けるサービス種別をすべて記載してください。
  - ② 指定希望月を記載してください。
  - ③ 「2.5」と記載してください。
  - ④ 管理者がサービス提供責任者と兼務する場合は従事時間を分けてください。（管理者としての勤務時間は常勤の勤務すべき時間数の2分の1以上）
  - ⑤ 同一法人別事業（所）と兼務する場合は記載。その場合、常勤者とはならないため注意してください。（訪問介護を除く）。また、例えば居宅介護と同行援護等訪問系事業所を一体的に運営する場合は、記載不要です。
  - ⑥ 変形労働時間制の有無に丸をつけてください。
  - ⑦ 上下の表で配置体制が一致するようにしてください、
  - ⑧ 常勤者の一週間に勤務すべき時間を記載してください。（最低 32 時間）

雇用通知書又は雇用契約書の写し

- ・ 雇用契約書等に記載されている労働条件（就業場所、業務内容、就業時間、休憩時間、休日等）が勤務形態一覧表に記載されている内容と一致するものとしてください。

特に、管理者、サービス提供責任者については、その役割が明示されているものとしてください。

- ・ 最低賃金を上回る契約としてください。
- ・ 契約内容の変更等により、雇用通知書又は雇用契約書等、秘密保持の誓約書及び履歴書の日付に齟齬がある場合、最新の契約書を添付してください。
- ・ 従前から雇用している者を従業者として配置する場合は、最新の雇用契約書に加え、辞令の写し等を添付してください。

秘密保持の契約書の写し

- ・ 労働条件通知書や雇用契約書と齟齬がないものとしてください。

履歴書の写し

- ・ 労働条件通知書や雇用契約書と齟齬がないものとしてください。
- ・ 別法人に在職中である場合は、退職予定日あるいは兼務の内容を示してください。

(役員が勤務する場合) 役員の勤務及び兼務状況申立書 (参考様式14)

(参考様式14)

愛知県知事 殿

役員の勤務及び兼務状況申立書

役員の住所及び氏名を記載。

住 所 愛知県名古屋市中区三の丸三丁目1番2号

氏 名 愛知 太郎

私の役員勤務及び他法人での従事状況は下記のとおりであり、ヘルプステーションアイデケンの管理者兼務に従事することについて支障はありません。

記

1. 役員勤務

従事内容	従事状況(予定)
経理業務 人事業務 役員会の出席	【経理業務、人事業務】 週〇日、△時から□時までの勤務であり、営業時間外に行うので、支障が無い。 【役員会の出席】 年1回、営業日以外で行うので、支障が無い。

申請法人以外の法人で役員勤務している場合のみ記載。

2. 他法人の従事状況

従事内容	従事状況(予定)
経理業務 人事業務 役員会の出席	【経理業務、人事業務】 週〇日、△時から□時までの勤務であり、営業時間外に行うので、支障が無い。 【役員会の出席】

- ・ 法人としての業務が、事業所に従事するにあたり支障がない旨とその理由を記載してください。
- ・ 「2. 他法人の従事状況」は該当がない場合は、「無し」と記載、あるいは斜線を引き、該当がない旨を示してください。

(13) 設備・備品等一覧表 (参考様式2)

(参考様式2)		記載例
設備・備品等一覧表		
サービス種類 (居宅介護・重度訪問介護・同行援護)		
事業所名 (ヘルパー事業所あいちけん)		
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		
相談室	個室により、プライバシーを確保する	
事務室	利用者の個別支援計画等は鍵付きの書庫で保管する。(写真添付)	
洗面所	感染症予防を図るため、手指洗浄用の消毒液を設置する。(写真添付)	
トイレ	利用者が使いやすい洋式便器である。	設備基準上考慮されているか、具体的に記入する。
非常災害設備等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・非常時は、ただちに掃き出し窓より外部、バルコニーに避難可能である。</li> <li>・消火器 (写真添付)</li> </ul>	
	設備基準上必要な部屋の名称を記入する。	
室名	備品の品目及び数量	
相談室	テーブル×1、椅子×4	設備備品の品目数量が写真の内容と一致すること。
事務室	事務机×5、椅子×5、鍵付き書庫×2 パソコン×2、電話×2、ファックス×1 コピー機×1、プリンター×1 消火器×1	
洗面所	アルコール消毒液×1、ペーパータオル×1	
備考1 申請するサービス種類に関して、基準省令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。		

- ・ 併せて感染症対策に係るマニュアルを作成し提出してください。(任意様式)

(14) (特定する場合は) 指定障害福祉サービスの主たる対象者を特定する理由(参考様式7)

- ・ 主たる対象者を特定しない場合は提出しなくて構いません。
- ・ 特定する場合は、どの対象種別を対象とするのか、なぜ特定を行うのか、今後拡充の予定があるのか等を記載してください。

(15) 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(参考様式8)

- ・ 内容を確認後、規定に該当しない場合は提出してください(該当する場合、指定はできません)
- ・ **右上代表者氏名の前に職名を忘れずに記載してください。**
- ・ 役員等には管理者を含み、サービス提供責任者を含めないでください。

**役員**の範囲

「医療法人」・・・①理事、②監事

「社会福祉法人」・・・①理事、②監事

「特定非営利活動法人」・・・①理事、②監事

「合同会社」(有限責任社員のみで構成)・・・①全社員

「合名会社」(無限責任社員のみで構成)・・・①全社員

「合資会社」(有限責任社員と無限責任社員とで構成)・・・①全社員

「株式会社」・・・①取締役(社外取締役を含む)、②執行役、③監査役(社外監査役)、④会計参与

「地方公共団体」・・・①市町村長、②副市町村長

(16) 役員名簿(参考様式9)

- ・ 誓約書の対象となる役員等について一覧表に記してください。
- ・ 役員等の範囲は、当該法人の申請書類を提出する日現在の役員(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ない。)及び管理者です。
- ・ 管理者を忘れずに記載してください。なお、役員が管理者となる場合の役職名は実態に合わせ「取締役兼管理者」等と記してください。
- ・ サービス提供責任者は、不要です。
- ・ **政令指定都市(名古屋市等)の場合は、区まで記載してください。**

(17) 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

(令和3年度以降)

記載例

## 介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

令和        年        月        日

愛知県 知事 様

届出者 {
 

- 主たる事務所 (法人)の所在地 : 愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1-2
- 名 称 : 社会福祉法人アイチケン
- 代表者の職・氏名 : 理事長 愛知 太郎

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

事業所番号	
主たる事業所 (施設) の名称	(フリガナ) ヘルパーステーション アイケン ヘルパーステーションアイチケン
事業所 (施設) の所在地	郵便番号 (460-8500) 愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1-2

届け出る事業所の事業の種類及び同一所在地において行う事業等の種類等	実施事業	異動等の区分 ※1	異動年月日
居宅介護	○	1 新規 2 変更 3 終了	令和 <span style="background-color: #e0f0ff;">7</span> 年 <span style="background-color: #e0f0ff;">0</span> 月 <span style="background-color: #e0f0ff;">1</span> 日
重度訪問介護		1 新規 2 変更 3 終了	令和 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 年 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 月 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 日
同行援護		1 新規 2 変更 3 終了	令和 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 年 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 月 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 日
行動援護		1 新規 2 変更 3 終了	令和 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 年 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 月 <span style="background-color: #e0f0ff;">      </span> 日

- ・ 宛先は申請先である愛知県知事とし、市町村長は削除してください。
- ・ 事業所番号は空欄にしてください。
- ・ 指定を希望するサービスの種類及び異動の区分1新規にそれぞれ丸を付け、異動年月日は、指定予定日としてください。

(18) 介護給付費等算定に係る体制等状況一覧表 (別紙1)

記載例

### 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	定員数	定員規模	多機能型等定員区分 (※1)	人員配置区分 (※2)	その他該当する体制等		適用開始日
					地域区分	その他	
各サービス共通					1. 一級地 2. 二級地 3. 三級地 4. 四級地 5. 五級地 6. 六級地 7. 七級地 20. その他		
介護給付費 居宅介護					身体拘束禁止未実施	1. なし 2. あり	
					虐待防止措置未実施	1. なし 2. あり	
					業務継続計画未策定 (※15)	1. なし 2. あり	
					情報公表未報告	1. なし 2. あり	
					特定事業所	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV	
					特定事業所 (経過措置対象) (※9)	1. 該当 2. 該当	
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象 (※16)	1. なし 2. I 3. II 4. III 5. IV 6. V	
					福祉・介護職員等処遇改善加算 (V) 区分 (※17)	1. V (1) 2. V (2) 3. V (3) 4. V (4) 5. V (5) 6. V (6) 7. V (7) 8. V (8) 9. V (9) 10. V (10) 11. V (11) 12. V (12) 13. V (13) 14. V (14)	
					共生型サービス対象区分	1. 該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等	1. 該当 2. 該当	
重度訪問介護					身体拘束禁止未実施	1. なし 2. あり	

- ・ 事業所所在地の地域区分に丸を付けてください。(地域区分は3年ごとに見直しがあります。必ず厚生労働省HPにて確認してください。)
- ・ 処遇改善加算は指定後別途提出する必要があるため、指定時は記載しないでください。

## (19) 事業等開始届 (様式第6号)

(様式第6号)		記載例		障害福祉サービス事業等開始届	
				令和7年〇月〇日	
愛知県知事 殿				届出者 住 所 愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1-2	
				氏 名 社会福祉法人アイチケン 代表理事 愛知 太郎	
障害福祉サービス事業等を開始したいので、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79条第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。					
記					
開始しようとする事業	種 類	居宅介護			
	内 容	居宅において日常生活を営むことができるよう、その利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言、その他生活全般にわたる援助を行う。			
経 営 者 (法 人)	氏 名	社会福祉法人 アイチケン			
	(名 称)				
	住 所 (主たる事務所の所在地)	愛知県名古屋市中区三の丸3丁目1-2			
職員の種類	職 務 の 内 容			職員の定数	
管理者	従業者及び業務を一元的に管理し、指揮命令を行う。			1人	
サービス提供責任者	利用者の状態を確認し、個別支援計画を作成する。			1人	
訪問介護員	計画に基づき、利用者への直接支援を行う。			3人	
				人	
			合 計	4人	
主 な 職 員 の 氏 名		管理者 愛知次郎			
事業を行おうとする地域		〇〇市、△△市			
障害福祉サービス事業等の用に供する施設	名称				
	種 類	記載不要。			
	利用定員 (短期入所)	人 (併設型： 人、空床型：施設定員 人以内、単独型： 人)			
事業開始の予定年月日		令和7年×月×日			
(添付書類)					
1 条例、定款その他の書類		別途指示があるまで提出不要。			
2 収支予算書					
3 事業計画書					
4 主な職員の経歴書					

- ・ 法人名等は登記のとおりに記載してください。
- ・ 開始しようとする事業の種類は、指定申請するサービスの種類をすべて記載してください。
- ・ 開始しようとする事業の内容は、運営規程を参考に具体的な支援の内容を記載してく



ださい。

- ・ 職員の定数は常勤換算ではなく実数で記載。事業所内で兼務する職員がいる場合は、職種ごと1人と記載してください。
- ・ 職員の定数の合計欄は、職員の実数を記載してください。そのため、事業所内で兼務する職員がいる場合は、各職種の合計数と合計欄に人数が一致しなくても構いません。
- ・ 主な職員の氏名は、管理者名を記載してください。
- ・ 事業を行うとする地域は、運営規程の内容を記載してください。
- ・ 障害福祉サービス事業等の用に供する施設は、空欄としてください。
- ・ (添付書類) 別途指示があるまで提出不要です。ただし、提出を求められた際は提出できるよう準備はしておいてください。

(20) 必要書類チェックリスト

- ・ 前述。

**【本手引き改訂状況】**

令和7年3月施行

令和7年12月改訂