

受付番号

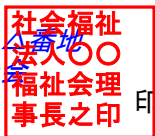
指定特定相談支援事業所 指定申請書
指定障害児相談支援事業所

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〇〇市長 殿

指定は事業所が所在する市町村長に申請する。

申請者 (設置者) 所在地 名称 代表者
沖縄県 ** 市 × × 町 △
社会福祉法人 〇〇 福祉
理事長 沖縄 太郎



障害者自立支援法に規定する指定特定相談支援事業所及び児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

Table with columns for applicant details (フリガナ, 名称, 所在地, 法人種別, 連絡先, 代表者), designated business details (フリガナ, 名称, 所在地, 事業の種類), and administrative information (事業所番号, 指定年月日).

(備考)

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
2 「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
4 「実施事業」欄には、今回申請をする相談支援事業の種類に「〇」を記載してください。
5 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も併せて申請すること。

付表 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

指定申請書(様式第1号)と一致させる

受付番号

事業所	名称	〇〇相談支援センター			
	所在地	(郵便番号 901 - ××××) 沖縄 県 〇〇 郡・市 ××町 □□番地			
	連絡先	電話番号	098-△△△-△△△△	FAX番号 098-△△△-△△△△	
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文		第 2 条 第 1 項 第 1 号			
管理者	フリガナ	オキナワ ジロウ	住所	(郵便番号 903 - ××××)	
	氏名	沖繩 次郎		沖縄県中頭郡〇〇町××番地	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		メゾン△△ 1号室	
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無		有 ・ 無		
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(以下、有の場合記載)		有 ・ 無		
	事業所の名称	△△訪問介護センター	兼務する職種	管理者	事務員等を記載。通常は記載しなくてもよい。
事業の種類	介護保険法の居宅介護支援事業	勤務時間	8:00 ~ 17:00		
従事者の職数	添付書類の「勤務体制・形態一覧表」の内容と一致させる		相談支援専門員		
			専従	兼務	
	常勤(人)	1	2		
	非常勤(人)	1	相談支援専門員としての勤務時間中に管理者としての業務等を同時に行う場合は「兼務」にカウントする(今回の例の沖繩次郎と沖繩三郎)。「兼務」については別紙の留意事項も参照すること。		
	常勤換算後の人数(人)	1.5	2.0		
他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載)		有 ・ 無			
総合的施設的な相談支援	事業の主たる対象とする障害の種類	有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への対応体制	身体障害者への計画相談支援については、相談支援事業所××を連携事業所として定め、初期の相談を実施できる体制を確保する。			
	医療機関や行政との連携体制	〇〇市自立支援協議会における相談支援体制に関する協議の場に委員として参加するなど、主体的に地域のネットワークに参加する体制を確保する。			
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制	年間の研修・事例検討の計画を策定し、計画的な研修や事例の検討等について、相談に当たる職員全てが参加する体制を確保する。			
主な揭示事項	営業日	〇曜日から〇曜日まで。ただし、国民の祝日、〇月〇日から〇月〇日までを除く。			
	営業時間	午前〇時から午後〇時まで。相談支援専門員の勤務時間が営業時間となる			
	主たる対象者	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児			
	その他の費用	通常の事業実施地域以外の地域の居宅を訪問して相談支援を提供した際の交通費			
	通常の事業実施地域	〇〇市、* *市、△△町			
添付書類	別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))				

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類」の有無が有の場合に記載すること。
連携事業所との協定書、各種協議会等への参加実績、研修・事例検討計画書 等
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員を全て記載してください。					
1	氏 名		事業所の名称	グループホーム ○○荘	
	フリガナ	オキナワ サブロウ	事業の種類	共同生活援助	兼務する職種 管理者
	氏名	沖縄 三郎	勤務時間	8:00 ~ 17:00	
2	氏 名		事業所の名称	ケアホーム △△荘	
	フリガナ	オキナワ サブロウ	事業の種類	共同生活介護	兼務する職種 管理者
	氏名	沖縄 三郎	勤務時間	8:00 ~ 17:00	
3	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ	複数の職種と兼務している場合は、続けて記載する		兼務する職種	
	氏名			勤務時間	
4	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ			兼務する職種	
	氏名			勤務時間	
5	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ			兼務する職種	
	氏名			勤務時間	

【留意事項】

「兼務」とは、例えば、相談支援専門員としての勤務時間帯であっても、相談支援の業務に支障がない場合は、相談支援事業所の管理者や、併設する障害福祉サービス等事業所の業務に従事することができることをいう。〈例1参照〉

一方、相談支援専門員としての勤務時間帯と、障害福祉サービス等事業所の従事者としての勤務時間帯を分けて勤務する形態であれば、それぞれの事業所において「兼務」ではなく「専従」として扱う。〈例2参照〉

申請する事業者は、以上の点に気をつけて、相談支援専門員及び管理者の勤務形態を整理すること。

【例1】

職員氏名	勤務する事業所	職 種	勤 務 時 間		勤務形態	常勤換算後の人数
			午前4時間	午後4時間		
沖縄一郎	相談支援事業所	管理者	←→	←→	常勤・兼務	1.0
		相談支援専門員	←→	←→	常勤・兼務	1.0
	その他の事業所	管理者	←→	←→	常勤・兼務	1.0

※同一の時間帯において相談支援事業所の管理者、相談支援専門員及びその他の事業所の管理者を兼務する場合、それぞれの業務を並行して行っているものと扱うことができる。(同時並行的兼務)

【例2】

職員氏名	勤務する事業所	職 種	勤 務 時 間		勤務形態	常勤換算後の人数
			午前4時間	午後4時間		
沖縄二郎	相談支援事業所	相談支援専門員	←→		非常勤・専従	0.5
	その他の事業所	就労支援員		←→	非常勤・専従	0.5

※相談支援専門員としての勤務時間と、その他の事業所の就労支援員としての勤務時間を分けて勤務する場合は、それぞれの事業所において「非常勤・専従」として扱うものとする。

常勤か非常勤かの区別、兼務か専従かの区別は、事業所単位で捉えることに注意すること。

(様式第2号)

変更届出書

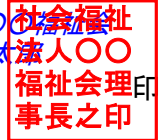
平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〇〇市長 殿

住所 沖縄県 * * 市 × × 町
△△番地

事業者 (所在地)

社会福祉法人〇〇福祉会
理事長 沖繩 太郎
(名称及び代表者氏名)



次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

事業所番号		4	7	1	×	×	×	×	×	×	×	
指定内容を変更した事業所	名称	〇〇相談支援センター										
	所在地	沖縄県〇〇市××町□□番地										
変更があった事項		変更の内容										
1	事業所(施設)の名称	(変更前)									(変更後)	
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)	相談支援専門員 沖繩三郎									相談支援専門員 沖繩三郎	
3	申請者(設置者)の名称	〇〇市××町									△△市・町	
4	主たる事務所の所在地	%%番地									##番地	
5	代表者の氏名及び住所											
6	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本 又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)											
7	事業所の平面図及び設備の概要											
8	事業所の管理者の氏名及び住所											
9	指定計画相談支援又は指定障害児相談 支援の提供に当たる者の氏名及び住所											
10	主たる対象者											
11	運営規程											
変更年月日		平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日										

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

(様式第3号)

廃止・休止・再開届出書

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〇〇市長 殿

住所 沖縄県 * * 市 × × 町
△△番地

事業 者 (所在地)

社会福祉法人〇〇
理事長 沖縄
(名称及び代表者氏名)
社会福祉
法人〇〇
福祉会理
事長之印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

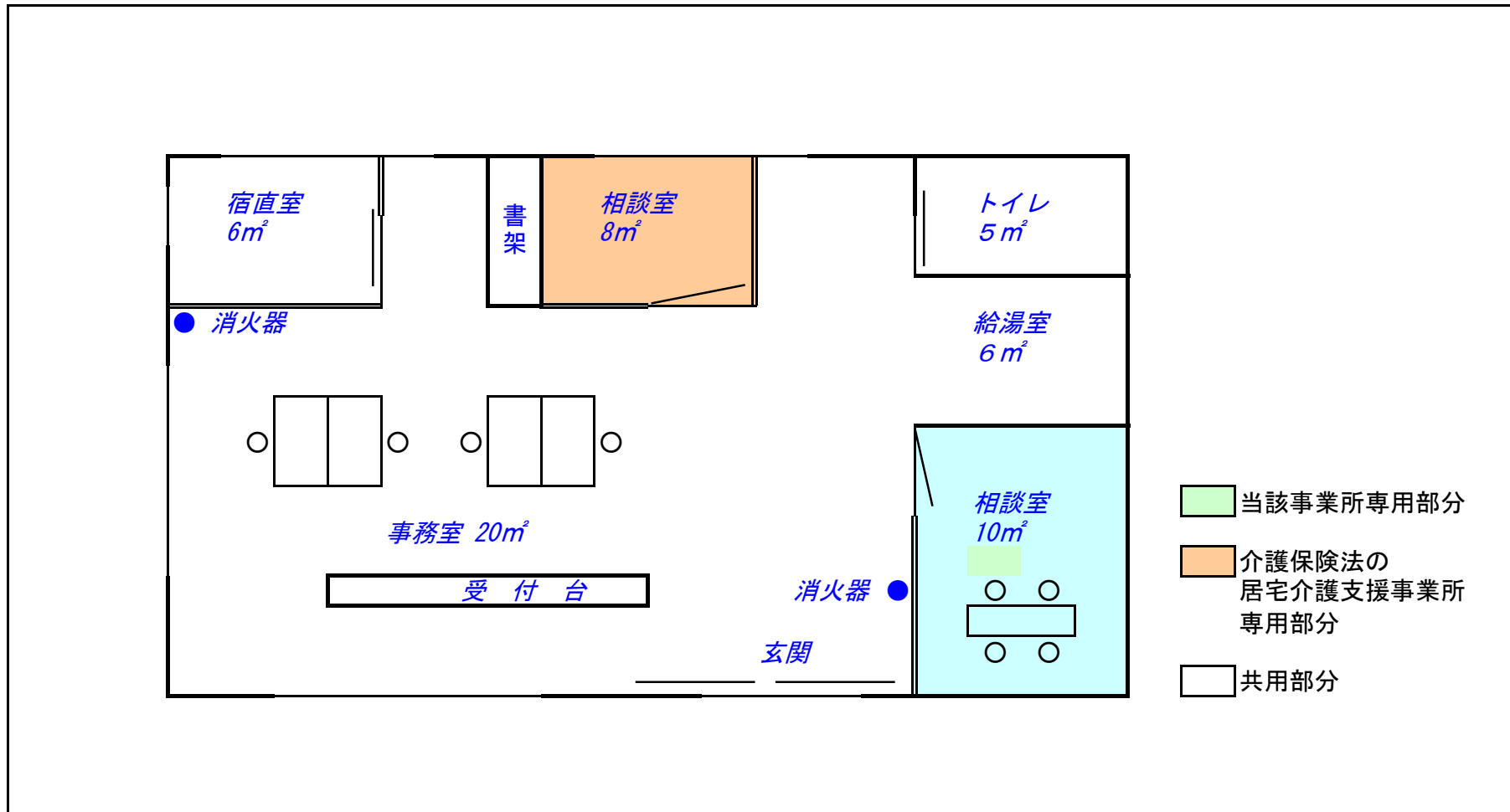
事業所番号	
4	7 1 × × × × × × × × × ×
廃止(休止)再開する事業所	名称 〇〇相談支援センター 所在地 沖縄県〇〇市××町□□番地
廃止(休止)再開した年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
廃止(休止)した理由	法人の大幅な組織再編に伴い、事業の運営体制に支障が生じた。新たにサービス提供体制が整うまで、事業を休止することとした。
現に指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)	連携事業所の相談支援専門員を紹介し、利用者の同意を得た上で、支援の引き継ぎを行った。
休止予定期間	平成 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 〇 年 〇 月 〇 日

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
2 再開の日から10日以内に届け出てください。
3 廃止・休止の日の1月前までに届け出てください。

(参考様式 1)

平面図

事業所の名称 〇〇相談支援センター



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)

備品等一覧表

事業所名 (OO相談支援センター)

設けられている室名	備品の品目及び数量
事務室	受付台 (1) 事務机 (4) 書架 (1)
相談室	机 (1) ホワイトボード (1)
トイレ	
給湯室	湯沸器 (1) コンロ (1) シンク (1) 食器棚 (1) 冷蔵庫 (1)
宿直室	ロッカー (2) テレビ (1)
その他	消火器 (2)

備考 1 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。

(参考様式3)

管理者兼相談支援専門員経歴書

事業所の名称			〇〇相談支援センター、〇〇訪問介護センター		
フリガナ		オキナワ ジロウ		生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
氏名		沖繩 次郎		付表及び参考様式10(役員等名簿)と一致させること	
住所		(郵便番号 903 - ××××) 沖繩県中頭郡〇〇町××番地 メゾン△△ 1号室			
電話番号		098-△△△-△△△△			
主な職歴等					
年月 ~ 年月		勤務先等		職務内容	
平成12年4月~平成14年3月		知的障害者授産施設〇〇		作業指導員 ヘルパー サービス管理責任者	
平成15年4月~平成19年3月		〇〇訪問介護センター			
平成19年4月~		〇〇事業所			
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			平成〇年〇月〇日		
備考 (研修等の受講の状況等)					
相談支援従事者初任者研修 平成〇〇年〇月〇日 修了					

- 備考1 「管理者」及び「相談支援専門員」について作成すること。
 2 「〇〇〇」には、「管理者」又は「相談支援専門員」と記載してください。
 3 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
 4 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。
 5 相談支援専門員については、相談支援従事者初任者（現任）研修の終了した旨の証明書を添付すること。

(参考様式4)

実務経験証明書

〇〇市長 様 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 〇〇 番 〇〇 号

施設又は事業所所在地及び名称

沖縄県中頭郡〇〇町××番地
障害者支援施設〇〇

代表者氏名

社会福祉法人〇〇会
理事長 〇〇 〇〇

電話番号

098-.....

社会福祉
法人〇〇
福祉会理
事長之印

印

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	沖縄 次郎 (生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日)
現住所	沖縄県中頭郡〇〇町××番地 メゾン△△ 1号室
施設又は事業所名	知的障害者授産施設〇〇 施設・事業所の種別 (旧知的障害者援護施設)
業務期間	平成12年4月1日 ~ 平成14年3月31日 (2年 月間)
うち業務に従事した日数	528日
業務内容	職名 (作業指導員) 就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練として 行う施設内の生産活動における指導業務

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇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日までの期間または、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、生活支援員、看護師等の職名を記入し、業務内容について具体的に記入すること。
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、当該病棟が療養病床と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、修正液による訂正は認められません。

(参考様式5)

実務経験見込証明書

〇〇市長 様 〇〇番 〇〇号
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

施設又は事業所所在地及び名称

沖縄県〇〇市△△町××番地
障害者支援施設〇〇

代表者氏名

社会福祉法人△△福祉会
理事長 〇〇 〇〇

電話番号

098-.....

社会福祉
法人△△
福祉会理
事長の印

印

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	沖縄 次郎 (生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日)
現住所	沖縄県中頭郡〇〇町××番地 メゾン△△ 1号室
施設又は事業所名	〇〇事業所 施設・事業所の種別 (就労移行支援)
業務期間	平成19年4月1日 ~ 平成24年3月31日 (5年 月間)
うち業務に従事した日数	1,320日
業務内容	職名 (サービス管理責任者) アセスメントの実施及び個別支援計画の作成と評価を行う業務

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行うと見込まれる期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
3. 業務内容欄は、生活支援員、看護師等の職名を記入し、業務内容について具体的に記入すること。
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、当該病棟が療養病床と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、修正液による訂正は認められません。

(参考様式6)

利用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

事業所名 〇〇相談支援センター

措置の概要

1 利用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、苦情に関する常設窓口として、相談担当者を設けている。
また、担当者不在の場合においても、事業所の誰もが対応できるように相談苦情管理対応シートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。

常設窓口 (電話) 098-xxxx-xxxx
(FAX) 098-xxxx-xxxx

担当者 ○○ ○○

◎利用者からの苦情に適切に対処するため、当事業所関係者及び利用者以外の中立・公正な「第三者委員」を設置し、双方の間に入って助言を行い、話し合いに立ち会うなど、積極的な役割を果たしてもらっている。

第三者委員 ○○ ○○ (弁護士)
○○ ○○ (社会福祉法人○○ 監事)

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

◎苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。

◎相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討し、対応を決定する。

◎対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。）

3 その他参考事項

◎当事業所において、処理し得ない内容についても、適切な対応方法を利用者の立場に立って検討し、対処する。

重要事項説明書の内容と一致させる

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)

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	〇〇相談支援センター
------	------------

付表、運営規程・重要事項説明書の内容と整合させる

1 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 ・ 精神障害者 ・ 障害児（知的障害児、精神障害児）

※ 障害児について障害種別を特定している場合は、括弧内に記載。

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

施設の構造・設備や職員体制が整わないため。

※身体障害者（児）への計画相談支援及び障害児相談支援については、
相談支援事業所××を連携事業所として定め、初期の相談を実施できる体制を確保する。

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

平成〇〇年度までに身体障害者（児）への相談支援を提供する体制を整備する予定

(3) 拡充のための方策

施設・設備を整備し、研修を実施して職員体制を整える。

(参考様式 8)

指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〇〇市長 様

申請者 所在地 沖縄県 * * 市 × × 町 △ △ 番地
名称 社会福祉法人 〇〇 福祉会
代表者 住所 沖縄県 島尻郡 〇〇 町 字 × × △ △ 番地
氏名 理事長 沖繩 太郎

社会福祉
法人 〇〇
福祉会
理事長之印

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自立支援法第 51 条の 20 第 2 項において準用する同法第 36 条第 3 項（第 4 号、第 10 号及び第 13 号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【障害者自立支援法第 36 条第 3 項（第 4 号、第 10 号及び第 13 号を除く。）の読替後の規定】

- 申請者が法人でないとき。
- 当該申請に係る特定相談支援事業所（第五十一条の二十第一項に規定する特定相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第五十一条の二十四第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 申請者が、第五十一条の二十四第二項の厚生労働省令で定める指定計画相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な特定相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 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。
- 申請者が、第五十条第一項（同条第三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。）又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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五年を経過しない者（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（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその特定相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用者（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五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六十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五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、指定特定相談支援事業者（第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）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特定相談支援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特定相談支援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。
- 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、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援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特定相談支援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特定相談支援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。
- 申請者が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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十五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四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四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五年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、第四十八条第一項（同条第三項において準用する場合を含む。）又は第五十一条の二十七第一項若しくは第二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五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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又は市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十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。）までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四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五年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、指定の申請前五年以内に相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号、第六号、第八号、第九号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

(参考様式 9)

指定障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書

平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

〇〇市長 様

申請者 所在地 沖縄県 * 市 * 町△△番地
名称 社会福祉法人〇〇福祉会
代表者 住所 沖縄県島尻郡〇〇町字 * * △△番地
氏名 理事長 沖繩 太郎



当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる児童福祉法第 24 条の 28 第 2 項において準用する同法第 21 条の 5 の 15 第 2 項（第 4 号、第 11 号及び第 14 号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【児童福祉法第 21 条の 5 の 15 第 2 項（第 4 号、第 11 号及び第 14 号を除く。）の読替後の規定】

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係る障害児相談支援事業所（第二十四条の二十八第一項に規定する障害児相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第二十四条の三十一第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第二十四条の三十一第二項の厚生労働省令で定める指定障害児相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な障害児相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 5 申請者又は申請者の役員等が、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。
- 6 申請者が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（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、当該取消の処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその障害児相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下この条及び第二十一条の五の二十三第一項第十一号において「役員等」という。）であつた者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む、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、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消の日から起算して五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、指定障害児相談支援事業者（第二十四条の二十六第一項第一号に規定する指定障害児相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）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つ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児相談支援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児相談支援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、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援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つ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児相談支援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児相談支援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 申請者の役員等が、第二十一条の五の二十三第一項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該取消しの処分を受けた法人の役員等であつた者で、当該取消の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつ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二十四条の三十二第二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五年を経過しないものであるとき。
- 10 申請者が、第二十四条の三十四第一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二十四条の三十六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市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通じた場合における当該特定の日をいう。）までの間に第二十四条の三十二第二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五年を経過しないものであるとき。
- 12 申請者が、指定の更新の申請前五年以内に障害児相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 13 申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号、第六号、第九号、第十号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

(参考様式10)

役員等名簿

申請者(法人)名 (社会福祉法人〇〇福祉会)

(ふりがな) 氏名	生年月日	住所		押印
	役職名	TEL	FAX	
オキナフ 沖縄 タロウ 太郎	昭和〇年〇月〇日	沖縄県島尻郡〇〇町字×× △△番地		印
	理事長	098-***-****	098-***-****	
〇〇 〇〇	法人の代表者及び管理者の氏名等は付表と一致させること。 また、代表者・役員の名等は、法人の登記簿謄本の内容とも一致しているか確認すること。			印
〇〇 〇〇	昭和〇年〇月〇日			印
	理事	098-***-****	098-***-****	
〇〇 〇〇	昭和〇年〇月〇日			印
	理事	098-***-****	098-***-****	
〇〇 〇〇	昭和〇年〇月〇日			印
	理事	098-***-****	098-***-****	
オキナフ 沖縄 ジロウ 次郎	昭和〇年〇月〇日	沖縄県中頭郡〇〇町××番地メゾン△△1号室		印
	管理者	098-***-****	098-***-****	
役員だけでなく、最後に必ず管理者も記入・押印すること。				

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。