

**事業者指定の申請に係る提出書類一覧**  
(指定特定相談支援事業・指定障害児相談支援事業)

事業所の名称		所在地	町田市
--------	--	-----	-----

※「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れないよう確認してください。

申請書及び添付書類	申請者確認欄	様式
指定申請書		規則第1号様式
指定特定相談支援事業者・指定障害児相談支援事業者の指定に係る記載事項		添付様式1
他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員について		添付様式2
申請者の条例（公設の場合）等		
登記事項証明書		
事業所の平面図 ※事務室、相談室が確認できるもの		添付様式3
備品等一覧表		添付様式4
管理者の経歴書		添付様式5
相談支援専門員の経歴書		添付様式6
実務経験証明書又は実務経験見込証明書		添付様式7・8
相談支援従事者研修修了証 ※相談支援従事者一日研修を受講された方は、併せて障害者ケアマネジメント研修の修了証も添付してください。		
運営規程		
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		添付様式9
主たる対象者を特定する理由等 ※主たる対象者を特定する場合に必要		添付様式10
当該申請に係る事業に係る従事者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		
就業規則		
指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書		添付様式11
指定障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書		添付様式12
◇町田市への書類提出と併せて、東京都へ「事業開始届」「業務管理体制の整備に関する事項の届出」等の提出が必要です。		

※申請される際には、事業所保管用として事前に提出書類一式のコピーをとっておくようにしてください。

〔担当者連絡先〕

提出いただいた書類に記載されている内容について、問い合わせる際の連絡先を記入してください。

事業所名	
担当者名	
電 話	
F A X	

(添付様式1)

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文			第 条 第 項 第 号			
管理者	フリガナ		住所	(郵便番号 - )		
	氏名					
	生年月日					
	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・施設の名称		兼務する職種			
事業の種類		勤務時間				
従事者の職数・職種			相談支援専門員		その他の者	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務
	常勤 (人)					
	非常勤 (人)					
	常勤換算後の人数 (人)					
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			
総合的実体的な相対談法の支援	事業の主たる対象とする障がいの種類の定めの有無		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への対応体制					
	医療機関や行政との連携体制					
	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					
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者	特定無し ・ 身体障がい者 ・ 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 障がい児 ・ 難病等対象者				
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
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きます。
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がいの種類の定めの有無」が有の場合に記載してください。
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。

(添付様式1)

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号	(記入不要)
------	--------

事業所	名称	町田相談XXセンター				
	所在地	(郵便番号194-0000) 東京都町田市 登記上と全く同じに記載してください。丁目・番・号など				
	連絡先	電話番号	000-000-0000	FAX番号	000-000-0000	
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文			第 〇 条 第 〇 項 第 〇 号			
管理者	フリガナ	〇〇 〇〇〇	住所	(郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 )		
	氏名	〇〇 〇〇〇		〇〇〇〇		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日				
	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・施設の名称		兼務する職種			
事業の種類		勤務時間				
従事者の職数・職種			相談支援専門員		その他の者	
			専従	兼務	専従	兼務
	常勤 (人)		1	0	0	0
	非常勤 (人)		0	0	1	0
	常勤換算後の人数 (人)					
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			
総合的実体的な体制相対法支援	事業の主たる対象とする障がいの種類の定め有無		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への対応体制					
	医療機関や行政との連携体制					
	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					
主な揭示事項	営業日	月～金 ただし、祝日及び12月29日から1月3日は除く				
	営業時間	9:00～18:00				
	主たる対象者	特定無し・身体障がい者・知的障がい者・精神障がい者・障がい児・難病等対象者				
	その他の費用	通常の事業実施地域以外の交通費				
	通常の事業実施地域	町田市・〇〇市・〇〇市				
添付書類	別添のとおり (定款及び登記簿謄本又は条列等、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きます。
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がいの種類の定め有無」が有の場合に記載してください。
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。

(添付様式2) 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について

他の事業所又は施設の従業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		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
2	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		
3	氏名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類	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		事業の種類	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		事業の種類	兼務する職種	
	氏名		勤務時間		

(添付様式3)

事業所の平面図

事業所の名称	
--------	--

--

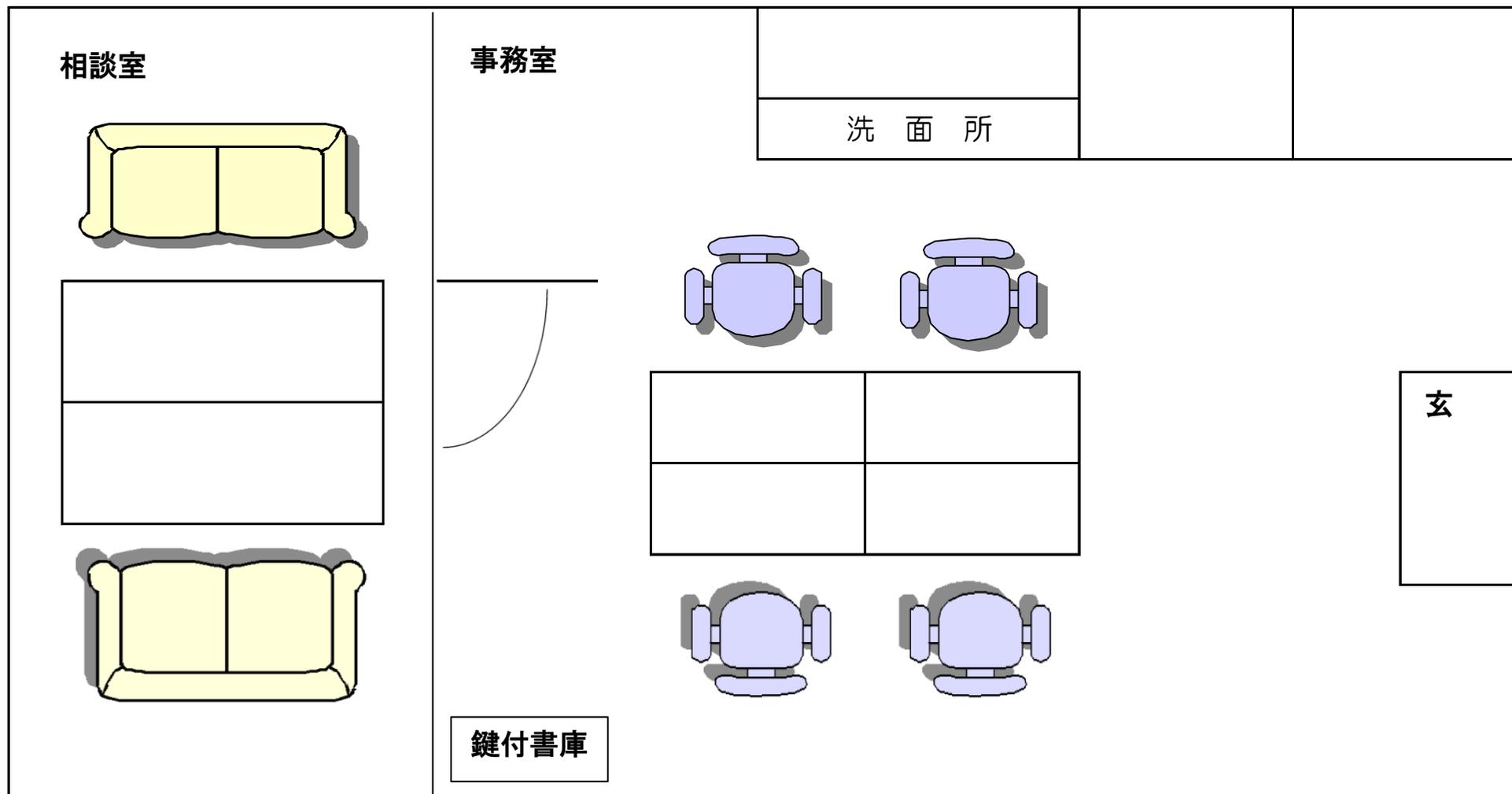
備考1 各室の用途及び面積を記載してください。

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。

(添付様式3)

事業所の平面図

事業所の名称	町田相談XX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。

(添付様式4)

備品等一覧表

事業所名 ( )

設けられている室名	備品の品目及び数量

備考 1 必要に応じて設備備品等の写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。







(添付様式7)

# 実務経験証明書

年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

印

電話番号

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	(生年月日 年 月 日)															
現住所	〒															
施設又は事業所名																
施設・事業所の種別																
業務期間	年 月 日～			年 月 日			( 年 月間)									
うち業務に従事した日数	日															
職名																
業務内容																
相談支援専門員の 実務経験となる業務 (別紙の区分により 該当するものを ○で囲む)	第1	イ	ロ	第2	イ	ロ	ハ	ニ	第3	イ	ロ	ハ	第4	第5	第6	第7

- (注) 1 施設・事業所の種別欄には、居宅介護、生活介護、知的障害者更生施設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がい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すること。
- 3 うち業務に従事した日数欄は、業務期間中、実際に業務に従事した日数を記載すること。  
(1年以上の実務経験とは、業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることをいう)
- 4 業務内容欄は、看護師、生活支援員等の職名を記入し、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。
- 5 内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。(修正液による訂正は不可)

## (別紙)

### 実務経験となる業務

第1 平成18年10月1日において現にイ又はロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者

第2 イからニに掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場その他これらに準ずる施設の従業者
- ハ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- ニ 保険医療機関の従業者（社会福祉主事任用資格者、ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修の修了者、第7に掲げる資格を有する者、又は第2のイからハに掲げる従事者及び従業者の期間が1年以上の者に該当する者）

第3 イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等（※）が、介護等の業務（身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務）に従事した期間

- イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者
- ロ 障害者福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者
- ハ 保険医療機関又は保険薬局、訪問看護事業所その他これに準ずる施設の従業者

第4 第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間

第5 次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これに準ずる施設の従業者

第6 盲学校、聾学校及び養護学校その他これに準ずる機関において、就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事した期間

第7 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練師、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士含む。）又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

※ 社会福祉主事任用資格者等

社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者、保育士、児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者

(添付様式7)

# 実務経験証明書

〇〇年〇〇月〇〇日

施設又は事業所所在地及び名称

東京都〇〇市〇〇1-1-1  
〇〇ヘルパーセンター

代表者氏名

〇〇 〇〇〇

印

電話番号

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	〇〇 〇〇〇 (生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日)
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇
施設又は事業所名	〇〇ヘルパーセンター
施設・事業所の種別	障害者総合支援法に基づく居宅介護事業所
業務期間	平成18年10月1日～平成23年9月30日(5年 月間)
うち業務に従事した日数	900日
職名	居宅介護員
業務内容	身体障害者等に対する介護業務・相談助言
相談支援専門員の実務経験となる業務 (別紙の区分により該当するものを ○で囲む)	第1 イ ロ 第2 イ ロ ハ ニ 第3 イ <b>ロ</b> ハ 第4 第5 第6 第7

- (注) 1 施設・事業所の種別欄には、居宅介護、生活介護、知的障害者更生施設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がい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すること。  
3 うち業務に従事した日数欄は、業務期間中、実際に業務に従事した日数を記載すること。  
(1年以上の実務経験とは、業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることをいう)  
4 業務内容欄は、看護師、生活支援員等の職名を記入し、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。  
5 内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。(修正液による訂正は不可)

## (別紙)

### 実務経験となる業務

第1 平成18年10月1日において現にイ又はロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者

第2 イからニに掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場その他これらに準ずる施設の従業者
- ハ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- ニ 保険医療機関の従業者（社会福祉主事任用資格者、ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修の修了者、第7に掲げる資格を有する者、又は第2のイからハに掲げる従事者及び従業者の期間が1年以上の者に該当する者）

第3 イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等（※）が、介護等の業務（身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務）に従事した期間

- イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者
- ロ 障害者福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者
- ハ 保険医療機関又は保険薬局、訪問看護事業所その他これに準ずる施設の従業者

第4 第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間

第5 次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これに準ずる施設の従業者

第6 盲学校、聾学校及び養護学校その他これに準ずる機関において、就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事した期間

第7 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練師、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士含む。）又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

※ 社会福祉主事任用資格者等

社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者、保育士、児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者

(添付様式8)

# 実務経験見込証明書

年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

印

電話番号

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	(生年月日 年 月 日)															
現住所	〒															
施設又は事業所名																
施設・事業所の種別																
業務期間	年 月 日～			年 月 日			( 年 月間)									
うち業務に従事した日数	日															
職名																
業務内容																
相談支援専門員の 実務経験となる業務 (別紙の区分により 該当するものを ○で囲む)	第1	イ	ロ	第2	イ	ロ	ハ	ニ	第3	イ	ロ	ハ	第4	第5	第6	第7

- (注) 1 施設・事業所の種別欄には、居宅介護、生活介護、知的障害者更生施設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がい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 うち業務に従事した日数欄は、業務期間中、実際に業務に従事すると見込まれる日数を記載すること。(1年以上の実務経験とは、業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることをいう)  
4 業務内容欄は、看護師、生活支援員等の職名を記入し、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。  
5 内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。(修正液による訂正は不可)

(別紙)

## 実務経験となる業務

第1 平成18年10月1日において現にイ又はロに掲げる者が、平成18年9月30日までの間に、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 精神障害者地域生活支援センターの従業者

第2 イからニに掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

- イ 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業の従事者
- ロ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場その他これらに準ずる施設の従業者
- ハ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、精神障害者社会復帰施設、指定居宅介護支援事業所その他これらに準ずる施設の従業者
- ニ 保険医療機関の従業者（社会福祉主事任用資格者、ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修の修了者、第7に掲げる資格を有する者、又は第2のイからハに掲げる従事者及び従業者の期間が1年以上の者に該当する者）

第3 イからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等（※）が、介護等の業務（身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務）に従事した期間

- イ 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通所寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床その他これらに準ずる施設の従業者
- ロ 障害者福祉サービス事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従事者
- ハ 保険医療機関又は保険薬局、訪問看護事業所その他これに準ずる施設の従業者

第4 第3のイからハに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、介護等の業務に従事した期間

第5 次に掲げる者が、相談支援の業務その他これに準ずる業務に従事した期間

障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これに準ずる施設の従業者

第6 盲学校、聾学校及び養護学校その他これに準ずる機関において、就学相談、教育相談及び進路相談の業務に従事した期間

第7 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練師、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士含む。）又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

※ 社会福祉主事任用資格者等

社会福祉主事任用資格を有する者、訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者、保育士、児童指導員任用資格者、精神障害者社会復帰指導員任用資格者

(添付様式9)

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	
------	--

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

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

※具体的な対応方針

3 その他参考事項

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。

(添付様式9)

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	町田相談XXセンター
------	------------

措置の概要

- 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  
(電話番号) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 (FAX番号) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
(担当者) 〇〇 〇〇〇
- 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順  
相談や苦情の専用窓口として職員を常駐させ、いつでも対応できるようにする。  
事実の内容を具体的に把握して文書化するとともに、相談内容が漏洩することと無いよう  
厳重に保管する。苦情が発生した場合は、下記の手順に従って処理する。  
※具体的な対応方針  
①苦情受付の記録・報告  
当該苦情の受付内容等を記録し、受け付けたものは管理者に報告する。  
②調査・事実確認  
報告を受けた管理者は、担当者に対して事実確認を行うとともに、苦情申し出者に対しても直接聞き取りを行い、事実関係を調査する。  
③方針の策定  
調査結果に基づいて協議を行い、必要と判断した場合は速やかに対応を図る。  
その際、対応が難しい案件については、市など関係機関の助言・指導を仰ぐ。  
④サービス改善  
今後同様な問題が発生することと無いように、事業所内会議でサービスの改善を徹底するとともに、苦情対応への処理内容を記録・保管して再発防止に役立てる。
- その他参考事項  
苦情対応への公的機関として、以下の窓口を活用する。  
・町田市役所障がい福祉課  
・町田市社会福祉協議会

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。

(添付様式10)

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
------	--

1 主たる対象者 ※該当するものを○で囲むこと。

身体障がい者 ・ 知的障がい者 ・ 精神障がい者 ・ 障がい児  
難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

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

(3) 拡充のための方策

## 指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書

(宛先)  
町田市長 様

年 月 日

申請者 所在地  
名称  
代表者 住所  
氏名

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（障害者総合支援法）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

#### 【障害者総合支援法第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】

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 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。
- 3 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。
- 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。
- 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され、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人（以下「役員等」という。）であっ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。
- 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。
- 8 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。
- 9 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。
- 11 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。
- 12 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。

## 指定障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書

(宛先)  
町田市長 様

年 月 日

申請者 所在地  
名 称  
代表者 住 所  
氏 名

印

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、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。
- 5 の 2 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処され、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し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。
- 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知し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。