

(参考様式1)

平面図

事業所の名称	
--------	--

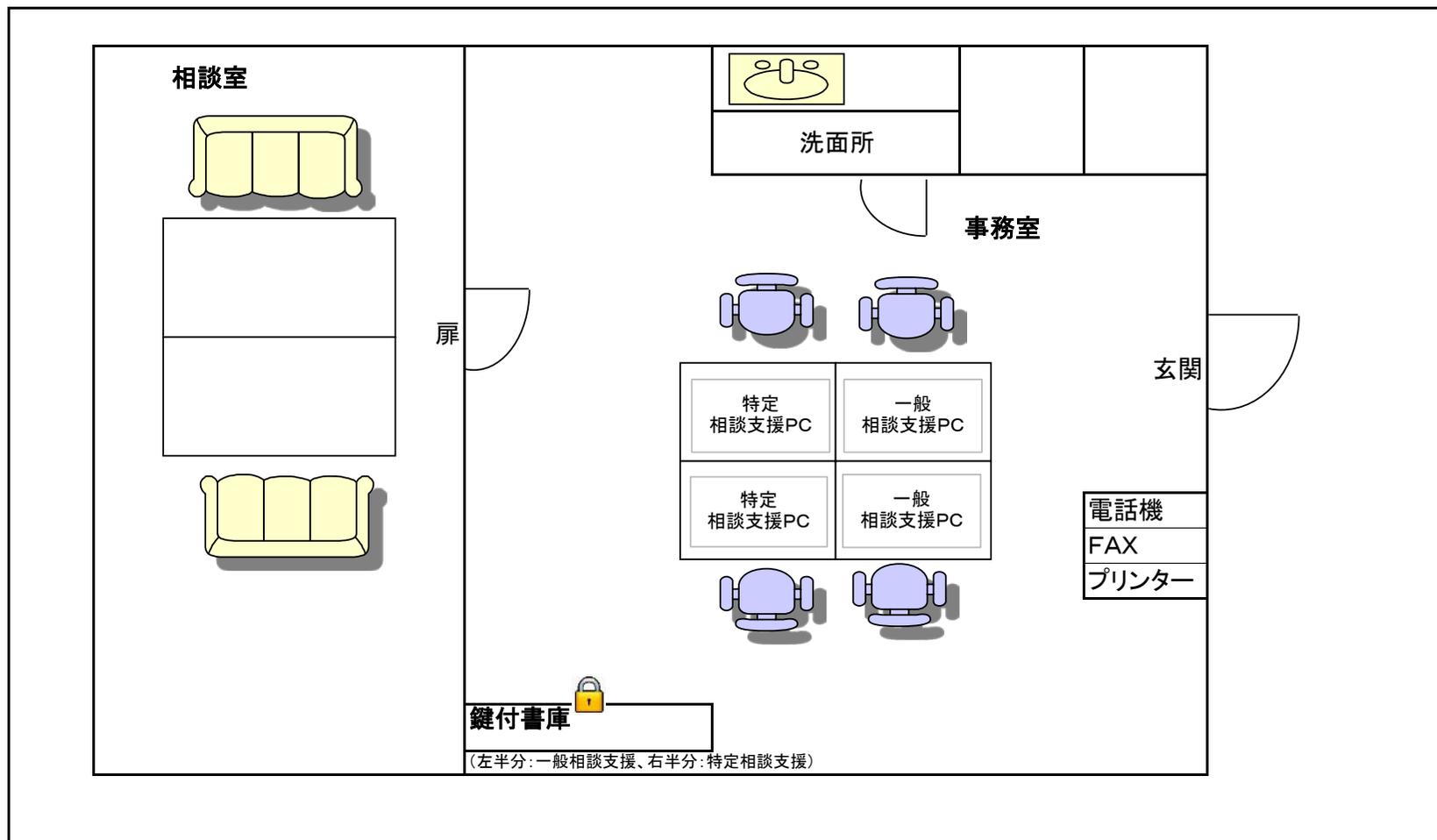


- 備考1 各室の用途を記載してください。※事務室・相談スペース・手指洗浄設備(洗面所等)が必要です。
- 2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共有部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。
- 3 必要な設備及び備品(机、椅子、鍵付書庫、通信機器等)を記載してください。
- 4 この様式は参考様式です。上記事項を満たす書類の添付に代えることも可能です。

(参考様式1)

平面図

事業所の名称	
--------	--



備考1 各室の用途を記載してください。※事務室・相談スペース・手指洗浄設備(洗面所等)が必要です。

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共有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。

(例: 他事業所等と共有部分がある場合、事務机、鍵付書庫の使用部分を分かり易く表示してください。)

3 必要な設備及び備品(机、椅子、鍵付書庫、通信機器等)を記載してください。

4 この様式は参考様式です。上記事項を満たす書類の添付に代えることも可能です。

(参考様式4)

相談支援専門員実務経験証明書

年 月 日

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	〒															
事業所名																
事業所の種別																
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)															
職名																
業務内容																
相談支援専門員の実務経験となる業務(別紙による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) 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。

業務期間欄は、受験申込者が要援護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。

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について、老人デイサービス事業における○○業務、○○実施要綱の○○事業の○○業務等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。

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。

(別紙)

相談支援専門員の要件となる実務経験等

1 相談支援専門員の要件となる実務経験者

- (1) 第1の期間が通算して3年以上である者
- (2) 第2、第3、第5及び第6の期間が通算して5年以上ある者
- (3) 第4の期間が通算して10年以上である者
- (4) 第2から第6までの期間が通算して3年以上かつ第7の期間が通算して5年以上である者

※ 3年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が通算して3年以上であり、かつ当該業務に従事した日数が540日以上

※ 3年以上(540日以上) 5年以上(900日以上) 10年以上(1800日以上)

2 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、イ又はロに掲げる者として相談支援の業務(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事者

第2 イ又はニに掲げる者が、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(※1)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、排せつ、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、知的障害者通勤寮、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業者

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ら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らに準ずる施設の従事者

第6 特別支援学校その他これらに準ずる機関において障害のある児童及び生徒の就学相談、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、視能訓練士、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(管理栄養士を含む)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

(※1) 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

(参考様式4)

相談支援専門員実務経験見込証明書

年 月 日

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	〒															
事業所名																
事業所の種別																
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)															
職名																
業務内容																
相談支援専門員の実務経験となる業務(別紙による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) 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。

業務期間欄は、受験申込者が要援護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。

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について、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等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。

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4)

相談支援専門員実務経験証明書

年 月 日

事業所所在地及び名称

〇〇ヘルパーセンター

代表者氏名 〇〇 〇〇

印

電話番号 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	(生年月日 年 月 日)												
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇〇2-1-1													
事業所名	〇〇ヘルパーセンター													
事業所の種別	障害者自立支援法に基づく居宅介護事業所													
業務期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日～平成〇〇年〇〇月〇〇日 (5 年 6 月間)													
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 ※居宅介護事業における相談助言については、別紙第3の介護等の業務の期間として算定する。													
相談支援専門員の実務経験となる業務(別紙による区分により該当するものを○で囲む)	第1	イ □	第2	イ □	ハ	ニ	第3	イ	○ □	ハ	第4	第5	第6	第7

(注) 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。

業務期間欄は、受験申込者が要援護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。

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について、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等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。

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)

主たる対象者を特定する理由等

事	業	所	名	
---	---	---	---	--

1 申請に係る指定計画相談支援又は指定障害児相談支援の主たる対象者

※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者 ・ 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

(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	
------	--

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。

(参考様式7)

指定を受けようとする事業名に○をします。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

特定相談支援・障害児相談支援を担当する者として従事する場合、該当する支援形態に○をします。	サービス種類		勤務形態	氏名	特定相談支援・障害児相談支援																												事業所名			東京福祉支援センター											
	特定相談支援	障害児相談			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												
					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															
			常勤・兼務	○○ ○○	4	4	4	4	4							4	4	4	4	4							4	4	4	4	4							80	20.0	0.5							
○	○		常勤・専従	■ ■ ■ ■	8	8	8	8	8							8	8	8	8	8							8	8	8	8	8							160	40.0	1.0							
○	○		常勤・兼務	□ □ □ □	4	4	4	4	4							4	4	4	4	4							4	4	4	4	4							80	20.0	0.5							
○	○		常勤・専従	▲ ▲ ▲ ▲	8	8	8	8	8							8	8	8	8	8							8	8	8	8	8							160	40.0	1.0							
	○		非常勤・専従	△ △ △ △	5	5	5	5	5							5	5	5	5	5							5	5	5	5	5							100	25.0	0.6							
																																					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								
			合計		25	25	25	25	25	0	0	25	25	25	25	25	0	0	25	25	25	25	25	0	0	25	25	25	25	25	0	0	25	25	25	25	25	0	0	500	125.0	3.1					
			1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																										40																		
			サービス提供時間		8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8						160											

この合計は、直接サービス提供職員の時間数の合計と

他業務と「兼務」する場合は、「勤務時間数」<「当該事業所における勤務すべき時間数」となります。(8時間のうち、他業務に従事する時間を差し引いた時間数となります)

- 注1 *欄は、当該月の曜日を記入してください。
- 注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
- 注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 注4 各事業所・施設において私用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(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

年 月 日

新宿区長 様

所在地
申請者 名称
代表者名

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（以下「法」という。）第51条の20第2項において準用する法第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

【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。
- 6 申請者が、第五十一条第一項（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つ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、指定の更新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。

(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

年 月 日

新宿区長 様

所在地
申請者 名称
代表者名

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。
- 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。

