

福岡県障がい児通所支援事業等の指定等
業務内容
【令和 7 年度】

福岡県福祉労働部障がい福祉課
障がい福祉サービス指導室

～ もくじ ～

(1) 事業者指定関係業務 (更新含む)	… 1
(2) 事業者の変更、廃止、休止、再開関係業務	… 41
(3) 障がい福祉サービス等報酬算定関係業務	… 51
(4) 障がい福祉サービス等情報の公表業務	… 57
(5) 国保連合会事業者台帳連携業務	… 59
(6) 電話等相談業務	… 62

(1) 事業者指定関係業務
(更新含む)

令和7年度 業務スケジュール

- 下記の予定を基本とする。
- 各スケジュールのうち必要な情報は、県ホームページへ掲載し、事業所へ通知する。

○	国保連請求エラーチェック対応日（毎月11日が基本）	
	新規指定申請の事前協議期限（申請書提出期限の前月末まで）	
	新規指定申請書類の提出期限（指定予定日の2月前の16日）	
	新規指定事業所の事前協議日（毎週水曜日が基本）	
	新規指定事業所の現地確認日（20日以降が基本）	※職員が対応
	新規指定・加算情報、指定更新・加算情報の入力日	

4月						
日	月	火	水	木	金	土
			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		

5月						
日	月	火	水	木	金	土
				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

6月						
日	月	火	水	木	金	土
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					

7月						
日	月	火	水	木	金	土
			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	

8月						
日	月	火	水	木	金	土
					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						

9月						
日	月	火	水	木	金	土
			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		

10月						
日	月	火	水	木	金	土
				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

11月						
日	月	火	水	木	金	土
						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						

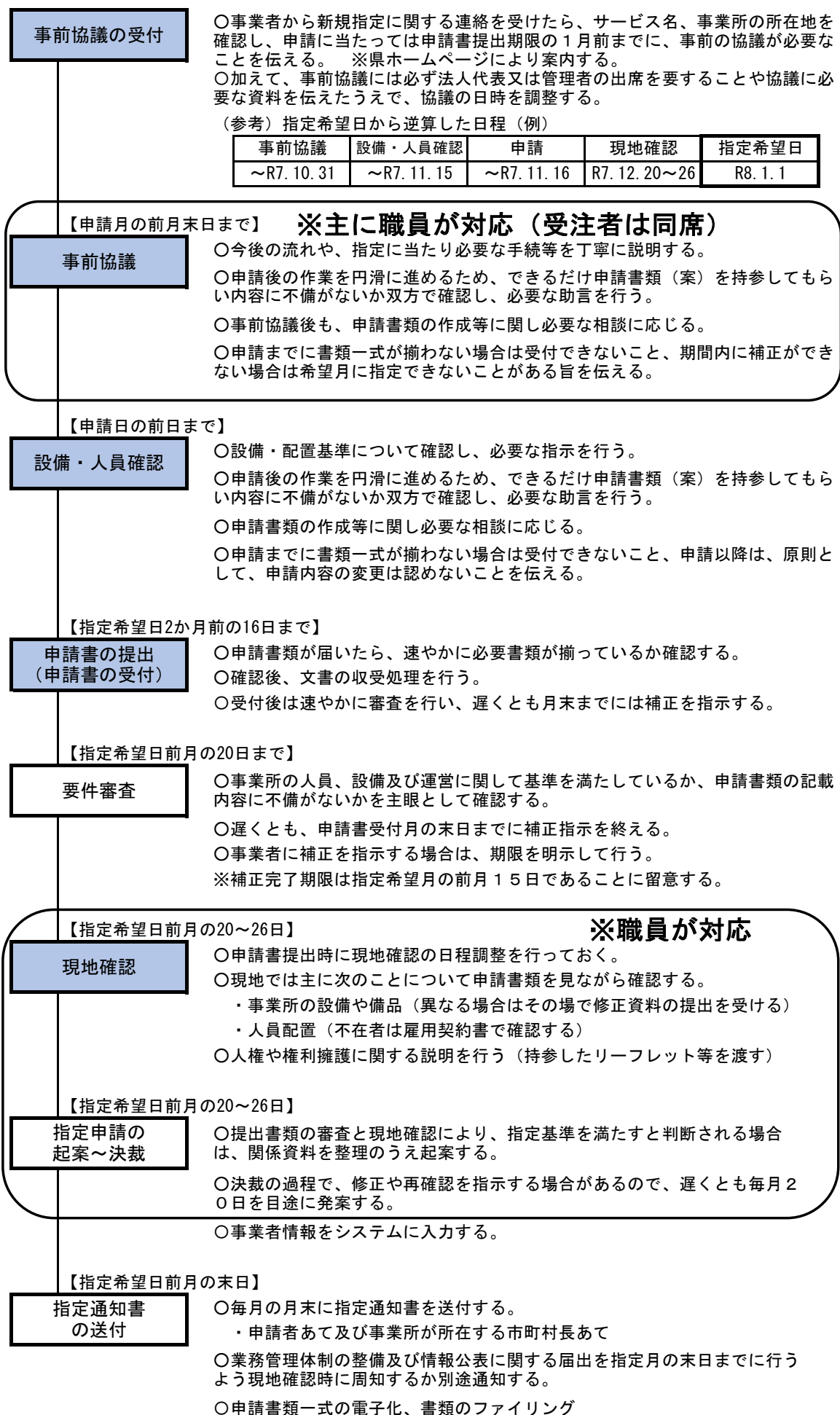
12月						
日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

1月						
日	月	火	水	木	金	土
					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						

2月						
日	月	火	水	木	金	土
				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

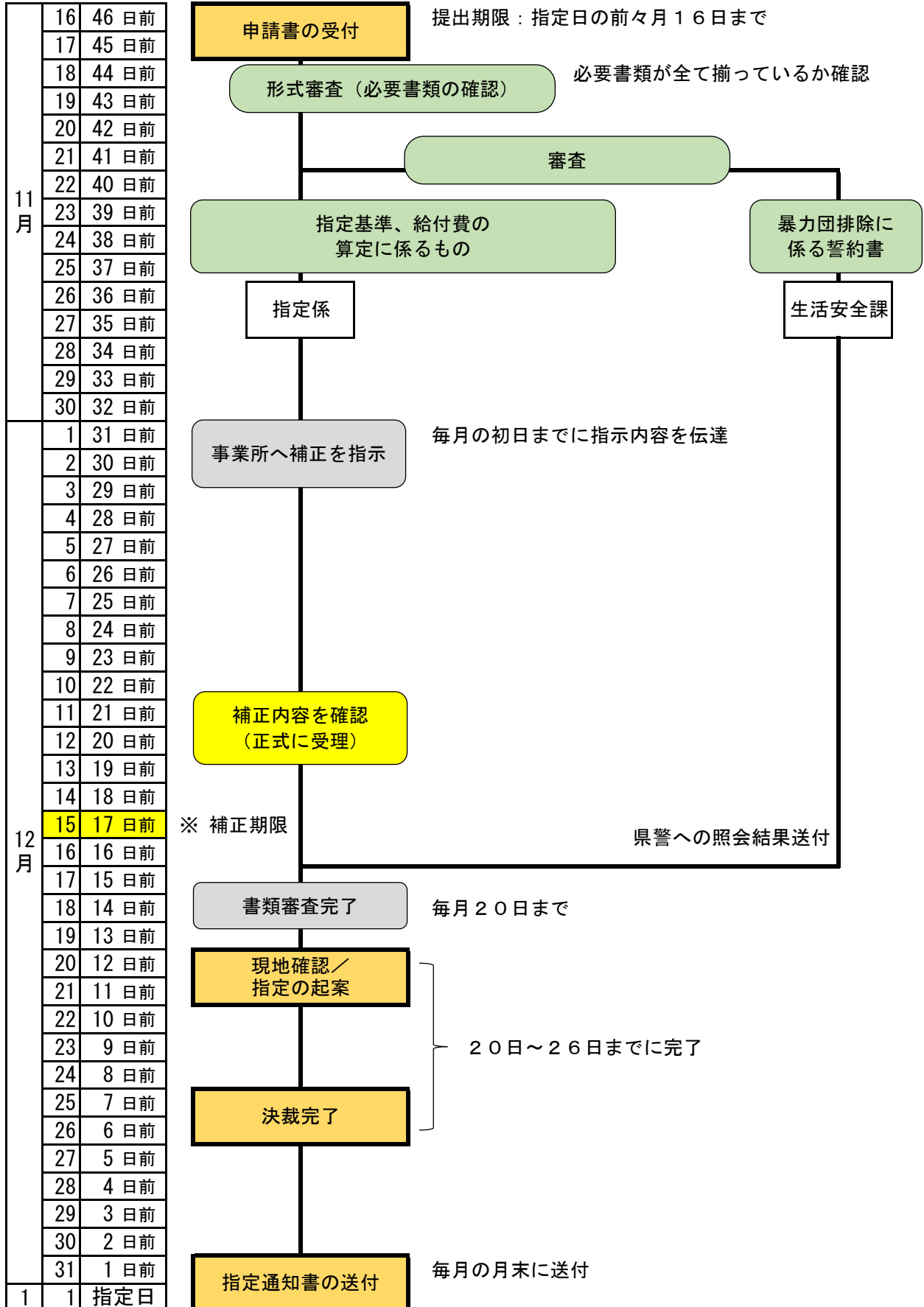
3月						
日	月	火	水	木	金	土
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

事業所指定までの流れ



申請書類審査の流れ

(1/1指定の場合)



事業所指定までの事務処理手順（新規指定）

1 事業者からの問合せ対応

事業者から障がい児通所支援事業等の新規指定に関する連絡を受けたら、概ね次の手順で対応する。

① 事業概要の聴取

サービス名、事業所の所在地、指定希望年月日、事業所が所在する市町村との協議状況を確認。

② 事前協議の案内

指定申請月の前月末までには事前協議が必要であること、事前協議には法人代表又は管理者の出席を要すること、可能な範囲で申請書類（案）を持参することを伝え、事前協議の日時を調整。

（障がい児通所支援事業等）

児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援及び障がい児入所施設

※児童発達支援センター及び障がい児入所施設は指定のほか、認可も必要

※障がい児入所施設は、社会福祉法人のみ設置可

（事前協議の日程等の確保）

- ・事業者と日程を調整。（事前協議日は原則毎週水曜日）

（市町村への確認）

- ・事前協議の受付をしたら、事業所開設予定の市町村担当部署へ連絡し、事業者情報等を伝え、現状における意見等に関して確認。

（指定までの流れ）

① 事前協議（指定申請月の前月末までに完了）※主に職員が対応

- ・事前協議の場に同席し、職員の指示内容や事業者の発言内容についての議事録を作成する。
- ・事前協議では、人員体制や施設の状況について確認。
- ・事前協議には責任のある発言ができる者として、法人代表者又は事業所の管理者の出席と可能な範囲で申請書類（案）の提出を求める。
- ・事前協議では、申請書類を確認し書類の作成に関する助言を行うとともに、新規指定に当たり必要となる事業者の責務等を認識させる。
- ・申請書提出日の前日までに、設備、人員を確認するための仮申請を行う旨説明を行い、提出書類を確認。

※指定希望月の前月15日を補正期限とする。

② 設備・人員基準の確認（申請書提出日の前日まで）

- ・事前協議中に人員及び設備基準の確認ができた場合は不要。
- ・内容を確認し、基準や要件を満たしていない場合は、事業者へ連絡。補正や変更

を指示。

③ 申請書提出期限（指定希望日の前々月の１６日）

- ・必要書類が全て揃っているか確認し、受付を行う。揃っていない場合は、受け付け不可。

④ 申請書類審査（審査期間は補正指示・現地確認も含めて最大１か月半）

- ・受付後、記載内容や添付書類等を確認し、不備があった場合には、適宜、補正を指示。
- ・審査がすべて完了したら、職員に申請書類一式を引き渡す。

⑤ 現地確認（指定希望日の前月の２０日～２６日）【職員が対応】

- ・施設や設備が申請のとおりであるか確認を行うもの。併せて、従業者に対し、人権擁護等に関して指導。

⑥ 指定通知書の交付等（指定希望日の前月末日）

- ・職員が起案し決裁を受けた後、職員からの指示により、事業者情報等をシステムに入力し、月末に指定通知書を事業者あてに交付（郵送）する。
併せて事業所所在市町村に対して指定内容について通知する。
- ・必要に応じて、指定後に行う手続きについて、再度、周知する。

2 事前協議における対応

基本的に職員が対応するが、名刺交換等により出席者を確認し、持参した資料の内容を確認しながら、申請概要を把握する。

（事前協議の流れ）

- ① 事業所の概要について確認（開設市町村、サービス種別、定員等）
- ② 開設予定市町村の意向等の確認を行ったのか確認
- ③ 平面図、児童発達支援管理者について確認し、基準や要件を満たさない場合は、変更するよう指示
- ④ その他の書類があれば不備等を確認し、補正を指示
- ⑤ 今後の流れを説明。その際、本申請時には全ての書類が必要なこと、提出できない場合は指定できないこと等を伝える

3 人員・設備基準の確認

- ・事前協議の中で、人員及び設備基準の確認ができている場合は、再度の確認は不要。
- ・設備及び配置基準は、問題を解決するためには時間を要することから、先に確認することで申請後の事務処理を円滑に行う。
- ・従業者の資格等の確認を行い、不足する書類があれば追加書類の提出を求める。
- ・補正等の指示を行った内容は、補正等指示書により事業者へ連絡する。
- ・内容に問題がなければ、申請の準備を行うよう事業者に指示。
- ・書類の提出については、郵送・電子メール・持参のいずれも可能とする。

4 申請書の受付、收受

提出期限が指定希望日の前々月 16 日（週休日、祭日の場合はその翌日）であることに留意の上、收受する。

① 受付

- ・申請書が届いたら、速やかに全ての書類が揃っているかを確認。
- ・未提出の資料があれば期限までに提出するよう事業者に連絡。期限までに補正できない場合は、受理できない旨を伝えた上で書類一式を戻す。

② 收受

すべての書類が提出されていることを確認したら、收受処理を行うとともに、紛失防止のため書類一式をファイルに綴じて、インデックスを貼付。

5 申請書類の審査

事業所の人員、設備及び運営に関して基準を満たしているか、申請書類の記載内容に不備がないかを主に確認。現地確認を行う前にすべての審査を終えておく。

① 審査所管の振分け（受付日の翌日まで）

直接審査するもの以外の書類については次のとおり処理する。

- ・受付の翌日までには指導係審査分を指導係に依頼
- ・生活安全課に依頼（暴力団排除に関する誓約書関係）

② 審査（補正指示は受付月の末日まで、翌月 15 日までに審査完了）

主に次の事項について確認。

- ・申請書類に記入の誤りや漏れなどの不備がないか
- ・書類の内容に不明瞭な点がないか
- ・法人代表者、管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴等
- ・事業所の人員が基準を満たしているか
- ・給付費の届出は要件を満たしているか

③ 補正指示（受付月の末日まで）

事業者へ補正を指示する際は、日時や指示内容が確認できるように原則メールにより行う。

④ 申請書類の引き渡し

審査がすべて完了したら、職員に申請書類一式を引き渡す。特別な申し送り事項等がある場合は、確実に職員に伝える。

6 指定通知書の送付

事業者情報等をシステムに入力するとともに、毎月末日に指定通知書を事業者あてに送付。併せて事業所が所在する市町村長あてに指定内容を通知。

この際、指定後に届出等が必要な

- ・業務管理体制の整備に関する届出
- ・独立行政法人福祉医療機構が運営する情報公表システムを通じた報告
- ・社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票

を指定月の末日までに行うよう必要に応じて連絡する。

※期日までに届出がない場合は、速やかに督促し提出を促すこと。

7 申請書類一式の電子化等

処理が終わった申請書類一式を電子化（PDF）し、所定のフォルダに保存する。また、申請書類一式をファイリングし、所定の書架に保存する。

指定更新までの事務処理手順

1 事業者からの問合せ対応

事業者から障がい児通所支援事業等の更新に関する連絡を受けたら、書類の提出期限や必要書類等について回答する。

(更新までの流れ)

① 申請書の受付、收受

書類の提出期限が更新日の前々月 16 日（週休日、祭日の場合はその翌日）であることに留意の上、收受する。

② 設備・人員基準の確認

- ・ 内容を確認し、基準や要件を満たしていない場合は、事業者へ連絡。補正や変更を指示。

③ 申請書類審査（審査期間は補正指示も含めて最大 1 か月半）

- ・ 受付後、記載内容や添付書類等を確認し、不備があった場合には、適宜、補正を指示。
- ・ 審査がすべて完了したら、職員に申請書類一式を引き渡す。

④ 更新通知書の交付等（指定希望日の前月末日）

- ・ 職員が起案し決裁を受けた後、職員からの指示により、指定有効期間の更新や変更が生じた事項についてシステムに入力し、月末に更新通知書を事業者あてに交付（郵送）する。

2 人員・設備基準の確認

- ・ 設備及び配置基準は、問題を解決するためには時間を要することから、先に確認することで申請後の事務処理を円滑に行う。
- ・ 従業者の資格等の確認を行い、不足する書類があれば追加書類の提出を求める。
- ・ 補正等の指示を行った内容は、補正等指示書により事業者へ連絡する。
- ・ 内容に問題がなければ、申請の準備を行うよう事業者に指示。
- ・ 書類の提出については、郵送・電子メール・持参のいずれも可能とする。

3 申請書の受付、收受

提出期限が指定希望日の前々月 16 日（週休日、祭日の場合はその翌日）であることに留意の上、收受する。

① 受付

- ・ 申請書が届いたら、速やかに必要書類が揃っているかを確認。
- ・ 未提出の資料があれば期限までに提出するよう事業者に連絡。期限までに補正できない場合は、受理できない旨を伝えた上で書類一式を戻す。

② 收受

すべての書類が提出されていることを確認したら、收受処理を行うとともに、紛

失防止のため書類一式をファイルに綴じスを貼付。

5 申請書類の審査

事業所の人員、設備及び運営に関して基準を満たしているか、申請書類の記載内容に不備がないかを主に確認。現地確認を行う前にすべての審査を終えておく。

① 審査（補正指示は受付月の末日まで、翌月 15 日までに審査完了）

主に次の事項について確認。

- ・申請書類に記入の誤りや漏れなどの不備がないか
- ・書類の内容に不明瞭な点がないか
- ・事業所の人員が基準を満たしているか
- ・給付費の届出は要件を満たしているか

② 補正指示（受付月の末日まで）

事業者へ補正を指示する際は、日時や指示内容が確認できるように原則メールにより行う。

③ 申請書類の引き渡し

審査がすべて完了したら、職員に申請書類一式を引き渡す。特別な申し送り事項等がある場合は、確実に職員に伝える。

6 更新通知書の送付

指定有効期間の更新や変更が生じた事項についてシステムに入力するとともに、毎月末日に更新通知書を事業者あてに送付。

7 申請書類一式の電子化等

処理が終わった申請書類一式を電子化（PDF）し、所定のフォルダに保存する。また、申請書類一式をファイリングし、所定の所定の書架に保存する。

障がい児通所事業所 指定申請 審査書類

	児童福祉法	施行規則	提出書類	番号
申請時	21条の5の15	18条の27 ①②③⑥	指定（更新）申請書 ・付表 1、5、7、8、9	① ②
		18条の27 ④	法人の登記事項証明書	
		18条の27 ⑤	事業所の平面図及び設備の概要 ・建物の登記簿又は賃貸借契約書の写し ・設備・備品一覧表	③ ④
		18条の27 ⑦	管理者及び児発管の経歴書（氏名、生年月日、住所、経歴） ・実務経験証明書 ・研修修了証及び資格証の写し	⑤ ⑥
		18条の27 ⑧	運営規程	
		18条の27 ⑨	基準50条 ・苦情を解決するために講ずる措置の概要	⑦
		18条の27 ⑩	従業者の勤務体制及び勤務形態 ・組織体系図	⑧
		18条の27 ⑪	法第21条の5の15第2項各号の規定に該当しない旨の誓約書	⑨
		18条の27 ⑫	基準14条 ・主たる対象者を特定する理由等	⑩
			基準20条 ・指定障がい児通所支援事業者との連携がわかるものの写し	
			基準40条 ・非常災害対策（防災計画）	
			基準40条の3 ・送迎車両への安全装置設置	
			基準42条 ・協力医療機関（契約内容が分かるものの写し）	
			基準52条 ・事故が発生した場合の損害賠償【保険等】	
			県条例 ・暴力団関係者排除に係る誓約書	⑪
			県通知 ・需要量に係る市町村意見書	
			関係法 ・関係法に抵触しないことの協議記録を記した書面	
	34条の3	36条の30の7	事業開始届 ・定款その他の基本約款 ・収支予算書 ・事業計画書	⑫
	留意事項通知		障がい児通所給付費等の算定に関する届出	⑬
指定後	21条の5の15	18条の27 ⑫	基準38条の2 ・業務継続計画（BCP） 基準40条の2 ・安全計画 基準41条 ・感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針 基準44条 ・身体拘束禁止のための指針、検討委員会の設置 基準45条 ・虐待防止のための検討委員会の設置	
	21条の5の26	18条の37～40	業務管理体制に関する届出	⑭
	33条の18	36条の30の2～6	情報公表対象支援の利用に資する情報の報告及び公表に関する届出	⑮
	基準26条の2		支援プログラムの公表	⑯
	留意事項通知		福祉・介護職員処遇改善加算計画書	
	他法の遵守		社会保険及び労働保険の加入状況にかかる確認票	⑰

指定障がい児通所支援事業所/指定障がい児入所施設
指定(更新)申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

所在地
申請者 名 称
代表者

表題の事業所・施設に係る指定/指定の更新を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

		法人番号(13桁)																			
申請者 (設置者)	フリガナ 名称																				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市																			
	連絡先	電話番号	(内線)								FAX番号										
		E-mailアドレス																			
	法人等の種類																				
	代表者の職・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 -) 県 郡・市																				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	フリガナ 名称																				
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市																			
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○																				
	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)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)														
	指定障がい児通所 支援事業所	児童発達支援					付表1														
		放課後等デイサービス					付表1														
居宅訪問型児童発達支援						付表9															
保育所等訪問支援						付表5															
指定障がい児入所施設						付表7/8															
【既に指定を受けている場合】事業所番号																					

(備考)

- 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。
- 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

付表1 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

2

サービス種別(申請するものに○)		児童発達支援		放課後等デイサービス				
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	連絡先 E-Mail	電話番号		FAX				
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日		年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	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 兼務する職種及び勤 務時間等						
児童 発達 支援 責任 者	フリガナ 氏 名	生年月日		年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
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								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
利用定員(人)								
利用者の推定数(人)								
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)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
送迎の有無	有		無					
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								
協力医療機関	名称				主な診療科名			
○一体的に実施する従たる事業所の指定に係る記載事項								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	連絡先 E-Mail	電話番号		FAX				
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日		年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	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 兼務する職種及び勤 務時間等						
児童 発達 支援 責任 者	フリガナ 氏 名	生年月日		年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
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								
利用定員(人)								
利用者の推定数(人)								
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)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
送迎の有無	有		無					
利用料								
その他の費用								

通常の事業の実 施地域				
協力医療機関	名称		主な診療科名	

(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. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名					
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名					
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名					
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏 名					
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市				

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	連絡先	電話番号			FAX			
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	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						
		兼務する職種及び勤 務時間等						
児童 発達 支援 管理 責任 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
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			
○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)							
営業時間	平日	:			~		:	
	土曜	:			~		:	
	日・祝	:			~		:	
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実施地域								

(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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童 発達 支援 管理 責任 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	連 絡 先	電話番号			FAX			
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
児童 管理 者 発 達 支 援 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
併設する施設の 名称及び概要	名称							
	概要							
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								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
居室	1 室の最大定員(人)							
	入所者 1 人あたりの最小床面積 (㎡)							
設置部分(設置されているものに○)	居室		調理室		浴室		便所	
	医務室		静養室		職業指導に必要な設備		遊戯室	
	支援室		音楽に関する設備		身体の機能の不自由を助ける設備		映像に関する設備	
	屋外遊戯場							
入所定員(人)								
利用者の推定数(人)								
利用料								
その他の費用								
協力医療機関	名称				主な診療科名			
協力歯科医療機関	名称							

(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. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		

■協力医療機関

協力医療機関	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
	名称		主な診療科名	
協力歯科医療機関	名称			
	名称			
	名称			

施設	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
	連 絡 先	電話番号			FAX			
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
児童 管理 者 発 達 支 援 責 任 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市						
併設する施設の 名称及び概要	名称							
	概要							
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								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
居室	1室の最大定員(人)							
	入所者1人あたりの最小床面積(m ²)							
設置部分(設置さ れているものに ○)	支援室		浴室		静養室		屋外遊戯場	
	ギブス室		特殊工芸の 作業を支援 するに必要 な設備		義肢装具を 製作する設 備		身体の機能 の不自由を 助ける設備	
	* 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること							
入所定員(人)								
利用者の推定数 (人)								
利用料								
その他の費用								
協力歯科医療機関	名称							

(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. 更新の場合には、「利用者の推定数」欄は前年度の平均利用者数を記入してください。
3. 「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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		
	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡 ・ 市		

■協力歯科医療機関

協力歯科医療 機関	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	
	名称	

付表9 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

2

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号			FAX			
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	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						
		兼務する職種及び勤 務時間等						
児童 発達 支援 責任 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市						
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								
○運営・設備に関する基準の確認に必要な事項								
専用の区画の有無	有		無					
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)							
営業時間	平日	:		~		:		
	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
利用料								
その他の費用								
通常の事業の実 施地域								
協力医療機関	名称				主な診療科名			

(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。

記入欄不足時の資料

■児童発達支援管理責任者

児童 発達 支援 管理 責任 者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市						
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -) 県 郡・市						

(参考様式 1)

3

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。

(参考様式2)

4

設備・備品等一覧表

支援の種類 ()
事業所名 ()

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		
非常災害設備等		
室名	備品の品目及び数量	

- 備考 1 申請する支援の種類に関して、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。

(参考様式 3)

○○○經歷書

5

事業所の名称					
フリガナ					
氏名				生年月日 年 月 日	
住所		(郵便番号 -)			
電話番号					
主な職歴等					
年 月 ~ 年 月		勤務先等		職務内容	
職務に関連する資格					
資格の種類			資格取得年月日		
備考（研修等の受講の状況等）					

- 備考 1 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
- 2 「〇〇〇」は、「管理者」又は「児童発達支援管理責任者」と記載してください。
- 3 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。

(参考様式 7)

6

実 務 経 験 証 明 書

福岡県知事 様 平成 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名
電話番号

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	(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	
業 務 内 容	職名 ()

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、障害児通所支援事業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支援の業務又は相談支援の業務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. 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。

利用者(入所者)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	
指定障がい福祉サービス等の種類	

措置の概要

1 利用者(入所者)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

従業員等の勤務の体制及び勤務形態一覧表（年 月分）

支援の種類()
事業所名()

[illegible]

備考1 *欄には、当該月の曜日を記載してください。

2 申請する事業に係る従業者全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務すべき時間数を記載してください。勤務時間ごとにあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号を付し、その番号を記載してください。

(記載例1-勤務時間 ①8:30~17:00、②10:00~19:00、③9:00~18:00、④休日)

(記載例2サービス提供時間 a 9:00~12:00、b 13:00~16:00、c 10:30~13:30、d 14:30~17:30、e 休日)

※複数単位実施の場合、その全てを記載してください。

3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。

勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務

4 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

5 施設において使用している勤務割表等により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間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。

誓 約 書

年 月 日

福岡県 知事 殿

申請者 (名称)

(代表者の職名・氏名)

申請者が別紙のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

	別紙①： 障がい児通所支援事業者向け
	別紙②： 障がい児入所施設向け

注 該当する種別に○を付けてください。

(別紙①： 障がい児通所支援事業者向け)
児童福祉法第21条の5の15第3項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る障害児通所支援事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第二十一条の五の十九第一項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第二十一条の五の十九第二項の都道府県の条例で定める指定通所支援の事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害児通所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。
- 四 申請者が禁錮以上の刑に処せられ、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。
- 五 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。
- 五の二 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。
- 六 申請者が、第二十一条の五の二十四第一項又は第三十三条の十八第六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通所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二十四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、指定障害児通所支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消し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通所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通所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内閣府令で定めるものに該当する場合を除く。
- 七 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内閣府令で定めるもの(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内閣府令で定めるもののうち、当該申請者と内閣府令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第二十一条の五の二十四第一項又は第三十三条の十八第六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、指定障害児通所支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消し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通所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通所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内閣府令で定めるものに該当する場合を除く。
- 八 削除
- 九 申請者が、第二十一条の五の二十四第一項又は第三十三条の十八第六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二十一条の五の二十四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。
- 十 申請者が、第二十一条の五の二十二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二十一条の五の二十四第一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内閣府令で定めるところにより都道府県知事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。)までの間に第二十一条の五の二十四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。
- 十一 第九号に規定する期間内に第二十一条の五の二十四第四項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該事業の廃止の届出に係る法人(当該事業の廃止について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない者(当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。)の管理者であつた者で、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。
- 十二 申請者が、指定の申請前五年以内に障害児通所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。
- 十三 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第九号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであると
- 十四 申請者が、法人でない者で、その管理者が第四号から第六号まで又は第九号から第十二号までのいずれかに該当する者であるとき。

(別紙②： 障がい児入所施設向け)
児童福祉法第24条の9第3項

- 一 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 二 当該申請に係る障害児入所施設(第四十二条に規定する障害児入所施設をいう。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、第二十四条の十二第一項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 三 申請者が、第二十四条の十二第二項の都道府県の条例で定める指定障害児入所施設等の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害児入所施設の運営をすることができないと認められるとき。
- 四 申請者が禁錮以上の刑に処せられ、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。
- 五 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。
- 五の二 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。
- 六 申請者が、第二十四条の十七又は第三十三条の十八第六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入所施設を管理する者(以下この条において「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、指定障害児入所施設(第二十四条の二第一項に規定する指定障害児入所施設をいう。)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入所施設の設置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入所施設の設置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内閣府令で定めるものに該当する場合を除く。
- 九 申請者が、第二十四条の十七又は第三十三条の十八第六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二十四条の十四の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十 申請者が、第二十四条の十五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十七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内閣府令で定めるところにより都道府県知事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十四の規定による指定の辞退をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十一 第九号に規定する期間内に第二十四条の十四の規定による指定の辞退があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前六十日以内に当該指定の辞退に係る法人(当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該届出に係る法人でない者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であつた者で、当該辞退の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 十二 申請者が、指定の申請前五年以内に障害児入所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。
- 十三 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第九号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであると
- 十四 申請者が、法人でない者で、その管理者が第四号から第六号まで又は第九号から第十二号までのいずれかに該当する者であるとき。

指定障害児（通所・入所）支援事業の主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害児（通所・入所）支援事業の種類	

1 申請に係る指定障害児（通所・入所）支援事業の主たる対象者※該当するものを○で囲むこと。

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

暴力団関係者排除に係る誓約書（法人）

令和 年 月 日

福岡県知事 様

所 在 地

申請者 名 称

代表者名

印

当法人（裏面に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる事項のいずれにも該当しないことを誓約します。

なお、本誓約書の内容について、福岡県が福岡県警察本部に照会することを承諾します。

- 一 その役員等のうちに、暴力団員又は暴力団員でなくなった日から五年を経過しない者がある法人
- 二 暴力団又は暴力団員がその事業活動を支配する法人
- 三 福岡県暴力団排除条例（平成21年福岡県条例第59号）第15条第2項、第17条の3、第19条第2項又は第20条第2項の規定に違反した法人で、同条例第23条第1項の規定により、同条例第22条の勧告に従わなかった旨を公表された日から起算して2年を経過しないもの
- 四 その役員等のうちに、福岡県暴力団排除条例第15条第2項、第17条の3、第19条第2項又は第20条第2項の規定に違反した者で、同条例第23条第1項の規定により、同条例第22条の勧告に従わなかった旨を公表された日から起算して2年を経過しないものがある法人
- 五 福岡県暴力団排除条例第25条第1項第3号の規定により罰金の刑に処せられた法人で、その刑の執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して5年を経過しないもの
- 六 その役員等のうちに、福岡県暴力団排除条例第25条第1項第3号の規定により懲役又は罰金の刑に処せられた者で、その刑の執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して5年を経過しないものがある法人

(裏面)

役員等名簿

申請者(法人)名 ()

(ふりがな) 氏名	生年月日	住所		性別	押印
	役職名・呼称	TEL	FAX	就任年月日	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	
				男 ・ 女	

暴力団関係者排除に係る誓約書（管理者）

令和 年 月 日

福岡県知事 様

管理者 住 所

ふりがな
氏 名

㊞

性 別 （ 男 ・ 女 ）

生年月日 年 月 日生

私は、下記に掲げる事項のいずれにも該当しないことを誓約します。

なお、本誓約書の内容について、福岡県が福岡県警察本部に照会することを承諾します。

- 一 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。）第2条第6号に規定する暴力団員（以下単に「暴力団員」という。）又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
- 二 暴力団対策法第2条第2号に規定する暴力団（以下単に「暴力団」という。）又は暴力団員がその事業活動を支配する者
- 三 福岡県暴力団排除条例（平成21年福岡県条例第59号）第15条第2項、第17条の3、第19条第2項又は第20条第2項の規定に違反した者で、同条例第23条第1項の規定により、同条例第22条の勧告に従わなかった旨を公表された日から起算して2年を経過しないもの
- 四 福岡県暴力団排除条例第25条第1項第3号の規定により懲役又は罰金の刑に処せられた者で、その刑の執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して5年を経過しないもの

開始・変更 しようとする 事業	種 類	☐ 児童発達支援センター ☐ 児童発達支援事業 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 居宅型児童発達支援 ☐ 保育所等訪問支援	
	提供する便宜等の 内 容		
経営者 (法人)	氏名(名称)		
	住 所 (事務所の所在地)		
基本約款		別 添 定 款 の と お り	
職員の職種		職 務 の 内 容	職員の定数
			人
			人
			人
		合 計	人
主な職員の氏名			
主な職員の経歴		別 添 指 定 申 請 書 の と お り	
事業を行おうと する 区 域		※市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含む。	
事業の用に供する 施 設	名 称		
	種 類		
	所 在 地		
	通所定員		
事業開始の予定年月日			
1 上記のとおり障がい児通所支援事業等を開始しますので児童福祉法第34条の3第2項の規定により届け出ます。 2 上記のとおり児童福祉法第34条の3第2項の規定により届け出た事項を変更しましたので、同条の第3項の規定により届け出ます。 年 月 日 事業経営者 住所(事務所の所在地) 氏名(名称) 福岡県知事 殿			

(備考)

- 1 標題の届出名のうち、開始・変更のいずれか該当する事項を○で囲むこと。
- 2 開始・変更しようとする事業の種類は、該当するものにチェックマークを記入し、障がい児通所支援事業等の場合は、サービスの種類を記入すること。
- 3 複数の種類の障がい児通所支援事業等を開始又は変更する際には、開始又は変更届はそれぞれの種類ごとに作成すること。
- 4 開始届には、収支予算書及び事業計画書を添付すること。ただし、インターネットを利用してこれらの内容を閲覧することができる場合は、この限りではない。
- 5 記載事項が多いため、この様式によることができないときは、適宜別紙によることとし、あるいは用紙の枚数を増加し、この様式に準じた届を作成すること。

年 月 日

届出者 所在地
事業所名
代表者名

届出者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	(郵便番号) 県 郡市			
事業所・施設の状況	フリガナ 名称				
	事業所番号 (新規の場合空欄)				
	主たる事業所・施設の所在地	(郵便番号) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	管理者の住所	(郵便番号) 県 郡市			

(裏面有り)

(裏面)

(通所・入所) 支援の種類		指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
			1 新規 2 変更 3 終了		
特 記 事 項	変更前			変更後	
関係書類		別紙のとおり			

- 注 1 「法人の種別欄」は、申請者が法人である場合に、「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」等の別を記入してください。
- 注 2 「法人所轄庁」欄は、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。
- 注 3 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 注 4 「異動項目」欄は、(別紙 1)「障がい児通所給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」又は(別紙 2)「障がい児入所給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 注 5 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

受付番号	
------	--

業務管理体制に係る届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者(法人)番号																
1 届出の内容																
(1) 児童福祉法第21条の5の26第2項、第24条の19の2、第24条の38第2項関係(整備)																
(2) 児童福祉法第21条の5の26第4項、第24条の19の2、第24条の38第4項関係(区分の変更)																
2 事 業 者	フリガナ															
	名称又は氏名															
	(主たる事務所の所在地)		(郵便番号 —)													
			都道 郡 市 府県 区													
			(ビルの名称等)													
	連絡先		電話番号				FAX番号									
	法人の種別															
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名		フリガナ 氏名		生年月日		年 月 日							
	代表者の住所		(郵便番号 —)													
			都道 郡 市 府県 区													
(ビルの名称等)																
3 事業所名称等及び所在地		事業所名称			指定年月日			事業所番号			所在地					
		計 カ所														
4 児童福祉法上の該当する条文(事業者の区分)		(1) 法第21条の5の26(指定障害児通所支援事業者等)														
		(2) 法第21条の19の2(指定障害児入所施設等の設置者)														
		(2) 法第24条の38(指定障害児相談支援事業者)														
5 児童福祉法施行規則第18条の38、第25条の23の2及び第25条の26の9第1項第2号から第4号に基づく届出事項		第2号		法令遵守責任者の氏名(フリガナ)								生年月日				
		第3号		業務が法令に適合することを確保するための規程の概要												
		第4号		業務執行の状況の監査の方法の概要												
6 区 分 変 更	区分変更前行政機関名称、担当部(局)課															
	事業者(法人)番号															
	区分変更の理由															
	区分変更後行政機関名称、担当部(局)課															
	区分変更日				年 月 日											

情報公表システムにおける基本情報登録依頼書

15

※(必須項目)は、全てご入力お願いいたします。

		※提出日 令和 年 月 日
法人情報	法人番号(13桁)※	
	種類※	
	(ふりがな)※	
	名称※	
	所在地※	〒(—)
	電話番号※	
	FAX番号	
	ホームページ URL	
	システムからの連絡用メールアドレス(★1)※	
	代表者の職名/氏名※	
	設立年月日(西暦)※	

- ★1 ・最初に法人アドレスを登録した際に、ID及び仮パスワードが通知されます。
 ・システムからの連絡用アドレスの登録、ログインID/パスワードは1法人につき、1つになります。
 法人内でご共有をお願いいたします。

事業所情報	事業所番号(10桁)※		
	(ふりがな)※		
	名称※		
	所在地※	〒(—)	
	電話番号※		
	FAX番号		
	メールアドレス※		
	ホームページ URL		
	管理者氏名※		
	管理者職名※		
	サービスの種類(★2)※	1	
		2	
3			
4			
5			

- ★2 同一事業所番号で複数サービスがある場合、同じシートにご入力下さい。

○情報公表システム担当者名※

○連絡先※

shiteishidou@pref.fukuoka.lg.jp

にご送付くださいますようお願いいたします。(Excelデータ)

支援プログラムの公表状況に関する届出書

法人名			
事業所名			
サービスの種別	①児童発達支援 ②放課後等デイサービス ③①・②の多機能 ④居宅訪問型児童発達支援		
事業所所在地 (区市町村名)			
指定年月 (児童発達支援)	年 月	指定年月 (放課後等デイサービス)	年 月
指定年月 (居宅訪問型児童発達支援)	年 月		

【支援プログラムの公表状況】

公表の実施時期	年 月
公表方法	① インターネット ② その他() ①の場合は公表内容欄にURLを記載、②の場合は公表内容欄に詳細を記載
公表内容	

- 備考1 支援プログラムの公表については、都道府県に届出がされていない場合に減算することとなる点に留意下さい。
- 2 減算は、届出がされていない月から届出がされていない状態が解消されるに至った月まで、障害児全員について減算する点に留意下さい。
- 3 都道府県に届出がされていない場合であっても令和7年3月31日までの間は減算されませんが、総合的な支援と支援内容の見える化を進める観点から、速やかに取組を進める必要がある点に留意下さい。

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況									
1	加入している。 → 下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可) ● 保険料の領収証書 ● 社会保険料納入証明書 ● 社会保険料納入確認書 ● 健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書 ● 健康保険・厚生年金保険適用通知書 ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。 (本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 30px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
2	現在、加入手続中である。								
3	今後、加入手続を行う。 (申請から3ヶ月以内に適用要件(法人事業所または従業員5人以上の個人事業所)に該当する予定の場合を含む。) () 年 () 月頃に手続予定。(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)								
4	適用要件に該当しない。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって従業員が4名以下の場合。申請から3ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。)								
5	適用要件に該当するか不明である。 (個人事業所(法人ではない事業所)であって、正社員と、正社員以外で1週間の所定労働時間及び1ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の4分の3以上である者との合計が5人以上か不明な場合。)								

(該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。)

加入状況																			
1	加入している。 →下記のいずれかの書類の写しを提出してください。(提示も可) ●労働保険概算・確定保険料申告書 ●納付書・領収証等 ●保険関係成立届 ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。 (本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> <td style="width: 10%;"> </td> </tr> </table>																		
2	現在、加入手続中である。																		
3	今後、加入手続を行う。(申請から3ヶ月以内に従業員(パート・アルバイトを含む)を雇う予定がある場合を含む。) 平成()年()月頃に手続予定。(申請から3ヶ月以内の年月をご記入ください。)																		
4	適用要件に該当しない。(事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員(パート・アルバイトを含む)がいない、申請から3ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。)																		

電話番号

※ 社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。

(2) 事業者の変更、廃止、休止、 再開関係業務

事業者の変更、廃止、休止、再開関係業務の業務内容

1 概要

事業者から提出される変更、廃止、休止、再開に関する届出について、問い合わせ対応及び審査等を行うもの。

※ 障がい児通所・入所給付費の請求に関する変更については、「(3) 障がい福祉サービス等報酬算定関係業務」のとおり

2 業務内容

(1) 事業者からの問合せ対応等

- ① 事業者から変更届等に関する連絡を受けたら、必要となる添付書類等について説明する。

項目	必要となる添付書類
変更届	別添「障がい福祉サービス等に係る変更届点変更指定申請添付書類一覧」のとおり
廃止届	①利用者（契約者）リスト ②面談記録
休止届	①利用者（契約者）リスト ②面談記録
再開届	※当該施設に係る職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

- ② 変更指定申請については、事前協議が必要となるので、問い合わせがあったら、「(1) 事業者指定関係業務」のとおり事前協議を行う。

変更指定申請 … 既に指定を受けている以下のサービスの定員追加又は単位追加

・児童発達支援 ・放課後等デイサービス

○各届出の提出期限

項目	提出期限
変更届	変更があった日から10日以内 ※ 指定申請と同様の業務
廃止届	廃止の1月前まで
休止届	休止の1月前まで
再開届	再開してから10日以内

(2) 届出書の受付、収受

① 受付

- ・届出書が提出されたら、速やかに全ての書類が揃っているかを確認。
- ・未提出の書類があれば提出するよう事業者に連絡。

② 収受

すべての書類が提出されていることを確認したら、収受処理を行うとともに、受付簿に概要を入力。

(3) 申請書類の審査

各種加算の要件を満たしているか、申請書類の記載内容に不備がないかを主に確認。

① 審査

主に次の事項について確認。

- ・申請書類に記入の誤りや漏れなどの不備がないか
- ・書類の内容に不明瞭な点がないか

② 補正指示

事業者へ補正を指示する際は、日時や指示内容が確認できるように原則メールにより行う。

③ 申請書類の引き渡し

審査がすべて完了したら、職員に申請書類一式を引き渡す。特別な申し送り事項等がある場合は、確実に職員に伝える。

障がい福祉サービス等に係る変更届・変更指定申請添付書類一覧

- 変更届については、変更があった日から10日以内に届け出てください。
- 変更する事項により必要な添付資料が異なりますので、下表を確認し、変更届に添付の上提出してください。
- 事業実施場所の変更の場合は、変更希望日の前々月16日までに変更届を提出して内容審査を受けてください。
- 変更に伴い、加算の変更が生じる場合は、別途「障がい児(通所・入所)給付費算定に係る体制等に関する届出書」を提出してください。

変更届添付書類一覧

	変更の届出を要する事項	変更届出書（様式第2号）	必要となる添付書類																
			法人登記事項証明書（履歴事項全部証明書）	事業所の構造概要及び平面図 （参考様式1）	賃物の登記事項証明書又は 建物の登記事項証明書の写し （参考様式2）	（児童に発達支援・放課後等 デイサービス） 需要量に係る市町村意見書	建築基準法・都市計画法・消防法等 関係法令の協議録	設備・備品等一覧表 （参考様式2）	事業所の写真	防災計画書	経歴書（参考様式3）	実務経験証明書（参考様式7）	資格証	研修修了証（※3）及び資格証の写し	運営規程	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 （様式3）	組織体系図	暴力団関係者排除に係る誓約書	主たる対象者を特定する理由等 （参考様式8）
1	事業所（施設）の名称	●												●					
2	事業所（施設）の所在地（設置の場所） 提出期限：前々月の16日まで	●		●	●	△※1	●	●	●	●				●					
3	申請者（設置者）の名称	●	●											●					
4	主たる事業所の所在地	●	●											●					
5	代表者の氏名及び住所	●	●														●		
6	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	医療法第7条の許可を受けた病院又は診療 所であること	●												●	●				
8	事業所（施設）の平面図及び設備の概要	●		●	△※2		△※2	●	●										
9	事業所（施設）の管理者の氏名及び住所	●									●				●	●	●		
10	事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の 氏名及び住所	●									●	●	●	●	●	●			
11	主たる対象者	●												●				●	
12	運営規程	●												●					
13	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当 該協力医療機関との契約の内容	●																	●

・上記書類のほか、必要に応じて別途追加書類の提出を求める場合があります。

※1 同一市町村内の所在地の変更であれば、需要量に係る市町村意見書は不要です。

※2 事業所の面積を変更する場合、必要に応じて提出してください。

※3 以下の①及び②の研修の修了証を提出してください。

① 相談支援従事者初任者研修(講義部分)

② (～H31年度までの受講者)児童発達支援管理責任者・サービス管理責任者研修(旧カリキュラム)又は児童発達支援管理責任者・サービス管理責任者更新研修
(R1～R3の受講者)児童発達支援管理責任者・サービス管理責任者基礎研修(新カリキュラム)及び実践研修(修了している場合)
(R4以降の受講者)児童発達支援管理責任者・サービス管理責任者基礎研修(新カリキュラム)及び実践研修

変更指定申請添付書類一覧

- 定員の増員を伴う変更（サービス単位の追加を含む）の場合は、事前協議を行った上で、変更希望日の前々月16日までに変更指定申請書を提出してください。

変更指定申請を要する事項	必要な添付書類
既に指定を受けている以下のサービスの定員追加又は単位追加 ・ 児童発達支援 ・ 放課後等デイサービス	変更指定申請書（様式第21号の17の2）
	付表 ※変更指定申請に係る付表に加え、既存事業の付表を「参考」と明記の上添付
	事業所の構造概要及び平面図（参考様式1） ※変更指定申請に係る箇所と既存事業の実施箇所が分かるように明記の上添付
	需要量に係る市町村意見書
	事業所の設備・備品等一覧表（添付様式2） ※変更指定申請に係る一覧表に加え、既存事業の一覧表を「参考」と明記の上添付
	事業所の写真
	事業計画書
	収支予算書
	経歴書
	実務経験証明書
	研修修了証及び資格証の写し
	運営規程
	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表 ※変更指定申請に係る一覧表に加え、既存事業の一覧表を「参考」と明記の上添付
	組織体系図 ※変更指定申請に係る従業者と既存事業の従業者が分かるように明記の上添付
	報酬・加算に関する届出

- ・上記書類のほか、必要に応じて別途追加書類の提出を求める場合があります。

(様式第2号)

変 更 届 出 書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
事 業 者 (所在地)
(施設の設置者)氏 名
(名称及び代表者氏名) 印

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		
指定内容を変更した施設	名 称	
	所 在 地	
	支 援 の 種 類	
	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)	
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)		
3 申請者(設置者)の名称		
4 主たる事務所の所在地		
5 代表者の氏名及び住所		
6 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 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること		
8 事業所(施設)の平面図及び設備の概要		(変更後)
9 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所		
10 事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所		
11 主たる対象者		
12 運営規程		
13 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容		
変更年月日	年 月 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。

障がい児(通所・入所)支援変更指定申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

申請者
(設置者) 所在地
名 称
代表者

印

児童福祉法に規定する□指定障がい児通所支援(児童発達支援・放課後等デイサービス) □指定障がい児入所施設に係る変更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。

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者 (設置者)	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市				
	法人である場合その種別		法人所轄庁				
	連絡先	電話番号	FAX 番号				
		電子メール					
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ	氏 名		
変更指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	代表者の住所		(郵便番号 —) 県 郡・市				
	フリガナ						
	名 称						
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様 式	実施事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備 考
	所指定支援障がい児通所						
	例)児童発達支援	○		付表2	○	別紙のとおり	
	所指定施設障がい児入所						
	例)障がい児入所支援施設	○		付表8	○	別紙のとおり	
	〇〇事業所番号						
同一の法律において既に指定を受けている場合							

(備考)

- 「受付番号」「事業所(施設)所在地市町村番号」欄には記載しないでください。
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「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。
- 「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。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄には「○」を記載してください。
- 「〇〇事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

様式第21号の18の2(第19条の5関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
事業者 (所在地)
氏 名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり支援の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

	事業所番号	
廃止(休止・再開)する施設	名 称	
	所 在 地	
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日	
廃止・休止した理由		
現に指定(入所・通所)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)		
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

- (注) 1 支援の再開に係る届出にあつては、当該施設に係る職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 再開の場合は、休止した事業を再開したときから10日以内に届け出てください。
3 休止又は廃止の場合は、指定通所支援事業を廃止または休止しようとする日の1月前までに
届け出てください。

事業所名(

)

サービス種類(

)

受給者証番号	支給決定 市町村	利用者名	異動先の希望サービス	異動先事業所名	異動予定年月日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

面談記録

		面談日		年	月	日
ふりがな		男・女	生年月日	. . (歳)		
利用者氏名						
担当職員名		経過報告欄		管理者	児童発達支援管理責任者	
現在実施している支援内容						
異動先の希望サービス及び事業所名						
異動希望日		備考				
利用調整結果						
関係機関との連携結果						
保護者への説明	年 月 日	保護者サイン				

(3) 障がい福祉サービス等報酬算定関係業務

障がい福祉サービス等報酬算定関係業務の業務内容

1 概要

事業者から提出される「障がい児通所・入所給付費の請求に関する変更」の届出について、問い合わせ対応及び審査等を行うもの。

2 業務内容

(1) 事業者からの問合せ対応

事業者から各種加算に関する連絡を受けたら、各種加算に必要な要件及び書類について説明する。(各種加算に必要な添付書類は別添「各種加算一覧」のとおり)

(2) 申請書の受付、收受

毎月15日までに書類を提出した場合に「翌月」から加算を反映することが可能なことに留意の上、收受する。

① 受付

- ・申請書が届いたら、速やかに全ての書類が揃っているかを確認。
- ・未提出の書類があれば期限までに提出するよう事業者に連絡。期限までに提出できない場合は、加算の算定ができない旨を説明する。
- ・申請書類に記入の誤りや漏れなどの不備がないか、また書類の内容に不明瞭な点がないかを確認。

② 收受

すべての書類が提出されていることを確認したら、收受処理を行うとともに、受付簿に概要を入力。

(3) 申請書類の審査

各種加算の要件を満たしているか、申請書類の記載内容に不備がないかを主に確認。

① 審査 ※職員が対応

② 補正指示

職員が審査した結果、申請内容に補正が生じる場合は、その内容を事業者へ指示する。補正指示は、日時や指示内容が確認できるように原則メールにより行う。

③ 申請書類の引き渡し

審査がすべて完了したら、職員に申請書類一式を引き渡す。特別な申し送り事項等がある場合は、確実に職員に伝える。

各種加算一覧

加算名	添付書類
福祉・介護職員処遇改善加算	処遇改善計画書
ピアサポート体制加算	研修修了証、研修の実施要綱、カリキュラム
延長支援加算	(運営規定)
看護職員加配加算	資格証の写し
共生型サービス体制強化加算・共生型サービス医療的ケア児支援加算	保育士・看護職員：資格証の写し 児童指導員：要件が確認できる書類
強度行動障害児支援加算（児童発達支援・居宅訪問型児童発達支援・保育所等訪問支援）	強度行動障害支援者養成研修修了証（基礎研修又は実践研修）の写し
強度行動障害児支援加算（放課後等デイサービス）	強度行動障害支援者養成研修修了証（実践研修・中核的人材）の写し
強度行動障害児特別支援加算（福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設）	医師：資格証の写し、経歴書 心理担当職員：資格証の写し、加算開始月の勤務表 児童指導員：要件が確認できる書類 強度行動障害支援者養成研修修了証（実践研修・中核的人材）の写し
個別サポート加算（Ⅰ）	強度行動障害支援者養成研修修了証（基礎研修）の写し
視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算	資格証の写し
児童指導員等加配加算（通所・福祉型入所）	勤務形態一覧 実務経験証明書 有資格者：資格証の写し 研修修了者：修了証の写し 児童指導員：要件が確認できる書類
小規模グループケア加算	勤務形態一覧（施設全体） 保育士：資格証の写し 児童指導員：要件が確認できる書類 平面図、本体施設等を含む地図（サテライトのみ）
障害者支援施設等感染対策向上加算（福祉型入所）	ー（事業所に算定根拠となる資料を保管）
食事提供加算	資格証の写し、（委託契約書の写し）
人工内耳装用児支援加算	平面図又は聴覚検査室の写真 勤務形態一覧 資格証の写し
専門的支援実施加算	有資格者：資格証の写し 児童指導員：要件が確認できる書類 研修修了者：修了証の写し 実務経験証明書（保育士・児童指導員のみ）

各種加算一覧

加算名	添付書類
専門的支援体制加算（通所）	有資格者：資格証の写し 児童指導員：要件が確認できる書類 研修修了者：修了証の写し 実務経験証明書（保育士・児童指導員のみ）
送迎加算	有資格者：資格証の写し 喀痰吸引実施者（3号）：認定証の写し
地域生活支援拠点等機能強化加算	—
地域生活支援拠点等に関連する加算の届出 （地域移行・地域定着）	運営規定
中核機能強化加算・中核機能強化事業所加算	勤務形態一覧 有資格者：資格証の写し 児童指導員：要件が確認できる書類 実務経験証明書
日中活動支援加算	勤務形態一覧 有資格者：資格証の写し 実務経験証明書
入浴支援加算	入浴設備がわかる図面又は写真 安全計画（入浴に係る取組を記載）
訪問支援員に関する届出書 （訪問支援員特別加算・多職種連携加算・ケア ニーズ対応加算関係）	勤務形態一覧（事業所全体） 有資格者：資格証の写し 実務経験証明書
心理担当職員配置加算・要支援児童加算	平面図 資格証の写し 実務経験証明書
心的外傷のため心理支援を必要とする障害児 名簿 ※対象児童変更の都度提出	児童相談所等が作成した名簿

- ※ 複数の加算を届出する場合で添付書類が重複する場合は、1部提出してもらう
- ※ 原本証明は不要
- ※ 勤務形態一覧には、各従業者が基準での配置又は加配による配置であるか記載してもらう
- ※ 児童指導員の要件確認を行うための書類は、別紙を参照

(様式第1号)

障がい児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

福 岡 県 知 事 殿

届出者所在地

事業所名

代表者名

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。

届出者	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 都市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 都市			
事業所・施設の状況	フリガナ 名称				
	事業所番号 (新規の場合空欄)				
	主たる事業所・ 施設の所在地	(郵便番号 —) 県 都市			
	連絡先	電話番号		F A X 番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	管理者の住所	(郵便番号 —) 県 都市			

(裏面有り)

(裏面)

(通所・入所) 支援の種類		指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
			1 新規 2 変更 3 終了		
特 記 事 項	変更前			変更後	
関係書類		別紙のとおり			

- 注 1 「法人の種別欄」は、申請者が法人である場合に、「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」等の別を記入してください。
- 注 2 「法人所轄庁」欄は、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。
- 注 3 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 注 4 「異動項目」欄は、(別紙 1)「障がい児通所給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」又は(別紙 2)「障がい児入所給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 注 5 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

（４）障がい福祉サービス等情報の公表 業務

障がい福祉サービス等情報公表業務の業務内容

1 概要

独立行政法人福祉医療機構（WAM）が運営する WAM NET（ワムネット）において、障がい福祉サービス等情報を公表するもの。

WAM NET（ワムネット）…福祉・保健・医療に関する情報を提供する総合情報サイト

URL:<https://www.int.wam.go.jp/sfkohyoin/URP030100E00.do>

2 業務内容

（１）申請内容の確認

- ① 事業者から届けられる法人・事業所基本情報等を WAM NET に入力する。
- ② その後、事業者が詳細な情報を入力し、県に報告。その報告内容について、確認（加算の内容等）を行い、内容に不足等があれば差し戻し、内容に特段問題がなければ承認する。
- ③ 承認後、WAM NET 上で公表依頼を行う。

（２）公表内容の更新

毎年５月ごろに WAM NET 上で情報の更新依頼が事業者になされるため、事業者からの情報の更新申請について、上記と同様に処理する。

(5) 国保連合会事業者台帳連携業務

国保連合会事業者台帳連携業務の業務内容

1 概要

事業者が福岡県国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」という。）に請求する障害介護給付費等について、事業所台帳（県が国保連合会に登録している事業所の情報）と国保連合会の受給者台帳の不突合によるエラーの内容確認等を行うもの。

2 業務内容

（１）当月分の新規事業者情報の送付【月初旬】

当月新規事業者の一覧表を作成し、一覧表と連携データを国保連合会に送付する。

（２）当月のエラー対応分、加算連携データの送付【原則：毎月１１日】

ニッセイシステムの情報を国保連合会に送付する。

（３）エラー・警告一覧の確認【月中旬】

- ・国保連合会からエラー・警告一覧が送付されてくるので、出先機関及び政令指定都市・中核市に内容の確認を依頼する。
 - ・当課で対応が必要なエラー・警告については、事業者に電話で確認する等により、確認結果及び対応等をまとめ、別添「請求エラー・警告確認結果表」を作成する。
- ※ エラーは当日中、警告は翌日の午前中までに対応。

（４）エラー・警告一覧の取りまとめ【月中旬】

出先機関及び政令指定都市・中核市から提出された「請求エラー・警告確認結果表」を取りまとめ、国保連合会に送付する。

- ※ 国保連合会から未解消のエラー・警告一覧が送付されてきた場合も同様の対応を行う。

（５）事業所一覧及び新規指定等事業所の県ホームページへの掲載等【月下旬】

- ・事業所一覧及び新規指定等事業所一覧を作成し、県ホームページへ掲載する。
- ・事業所一覧に記載されているメールアドレスについて、事業所メールアドレス一覧を作成する。

請求エラー・警告確認結果表

- ①～④のいずれか
「入力・決裁済」／
「〇日〇時まで」に
入力・決裁完了予
定」／「訂正済」※
②請求誤り
③国保連連携漏
れ
請求誤りの場合は
入力不要
④確認中

事業所番 号	事業所名 称	サービス提 供年月	サー ビス	エラー コード	内部コード(チェックエラーコード)	エラー 件数	エラー理 由	請求内容	システム	確認結果	対応	備考
		201504	22	PA31	※受付:定員区分の算定要件を満た していません	6	222161	生活介護26	定員区分20人以 下	請求誤り		
		201504	22	PB48	※受付:送迎加算の算定要件が一 致しません	32	226590	生介送迎加算 I	送迎加算なし	システム誤り	入力・決裁済	
		201504	43	PB48	※受付:送迎加算の算定要件が一 致しません	7	436590	就移送迎加算 I	送迎加算 II	請求誤り		
		201504	33	PB46	※受付:台帳の夜間支援等体制加 算対象利用人数と不一致の請求で 満たしていません	28	335633	生援夜間支援等体 制加算 II 4	①4人、②3人	システム誤り	入力・決裁済	
		201504	46	PA02	※受付:人員配置区分の算定要件を 満たしていません	1	461251	就継B II 1	人員配置区分 I	システム誤り	訂正済	
		201504	46	PB48	※受付:送迎加算の算定要件が一 致しません	17	466591	就継B送迎加算 II	送迎加算 I	システム誤り	〇月〇までに入 力・決裁予定	
		201504	22	PB53	※受付:開所時間減算の請求であり ません	16	222361	生活介護46	開所時間減算有	土曜日のみ開所 時間減算有		市町村審査で対応
		201504	43	PB56	※受付:就労移行・定着実績がない 場合の区分と一致していません	10	431261	就移3・実績無1	定着実績有	確認中		
		201504	46	PA31	※受付:定員区分の算定要件を満た していません	38	465256	成指導員配置加算 2	加算なし	請求誤り		
		201504	46	PA31	※受付:定員区分の算定要件を満た していません	1	461151	就継B I 1	定員区分21人以 上40人以下	請求誤り		
		201504	43	PB48	※受付:送迎加算の算定要件が一 致しません	14	436590	就移送迎加算 I	送迎加算 I	国保連連携もれ		
		201504	43	PB56	※受付:就労移行・定着実績がない 場合の区分と一致していません	1	431183	就移2・実績無3	過去4年の定着者 がゼロ	国保連連携もれ		

確認・対応結果を入力

（ 6 ） 電話等相談業務

電話等相談業務の業務内容

1 概要

(1)～(5)の業務について、事業者等からの問い合わせに対応するもの。

2 業務内容

- ・ 障がい福祉課障がい福祉サービス指導室指定係への受電対応若しくは来庁者応対を行う。
- ・ 電話相談対応の対象範囲は、具体的には(1)～(5)の業務のうち、当県から準備対応の際、別途提示する事務処理マニュアルに従って対応できる範囲とする。
- ・ 原則電話での質問を受け付けず、県ホームページの電子照会により質問を受け付ける。
- ・ 受注者でやむを得ず対応できない場合は、相談者又は当県職員へのサービス向上及びリスクマネジメントの観点から、障がい福祉サービス指導室指定係職員又は制度所管課職員に転送等により引き継ぐ。

(参考例)

- ・ 各種研修の要件等 ⇒ 障がい福祉サービス指導室指定係
- ・ 事業者への苦情、虐待案件等 ⇒ 障がい福祉サービス指導室指導係、市町村

(対応範囲の基本的な考え方)

項目	県	受注者
(1)～(5)の業務のうち、申請に関する相談や必要書類に関すること		○
別途提示するQ&Aに記載されているもの		○
(1)～(5)の業務のうち、Q&Aに記載されていない法令及び制度の解釈に関すること	○	

- ・ 受電内容を記録する受電記録票、受電対応マニュアル、FAQなどを作成し、月の件数について統計処理を行う。作成した受電記録票については、月ごとに職員に提出すること。
 - ・ 電子照会により受け付けた質問については、回答を作成し、職員の確認を受け、原則営業日5日以内に電子メール等により回答する。職員による対応が必要なものは確実に職員に引き継ぐこと。