

福岡県障がい児通所支援事業等の指定等
業務内容
【令和8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	…	44
(3) 障がい福祉サービス等報酬算定関係業務	…	75
(4) 福祉・介護職員等処遇改善加算関係業務	…	132
(5) 障がい福祉サービス等情報の公表業務	…	134
(6) 国保連合会事業者台帳連携業務	…	136
(7) 電話等相談業務	…	139

(1) 事業者指定関係業務
(更新含む)

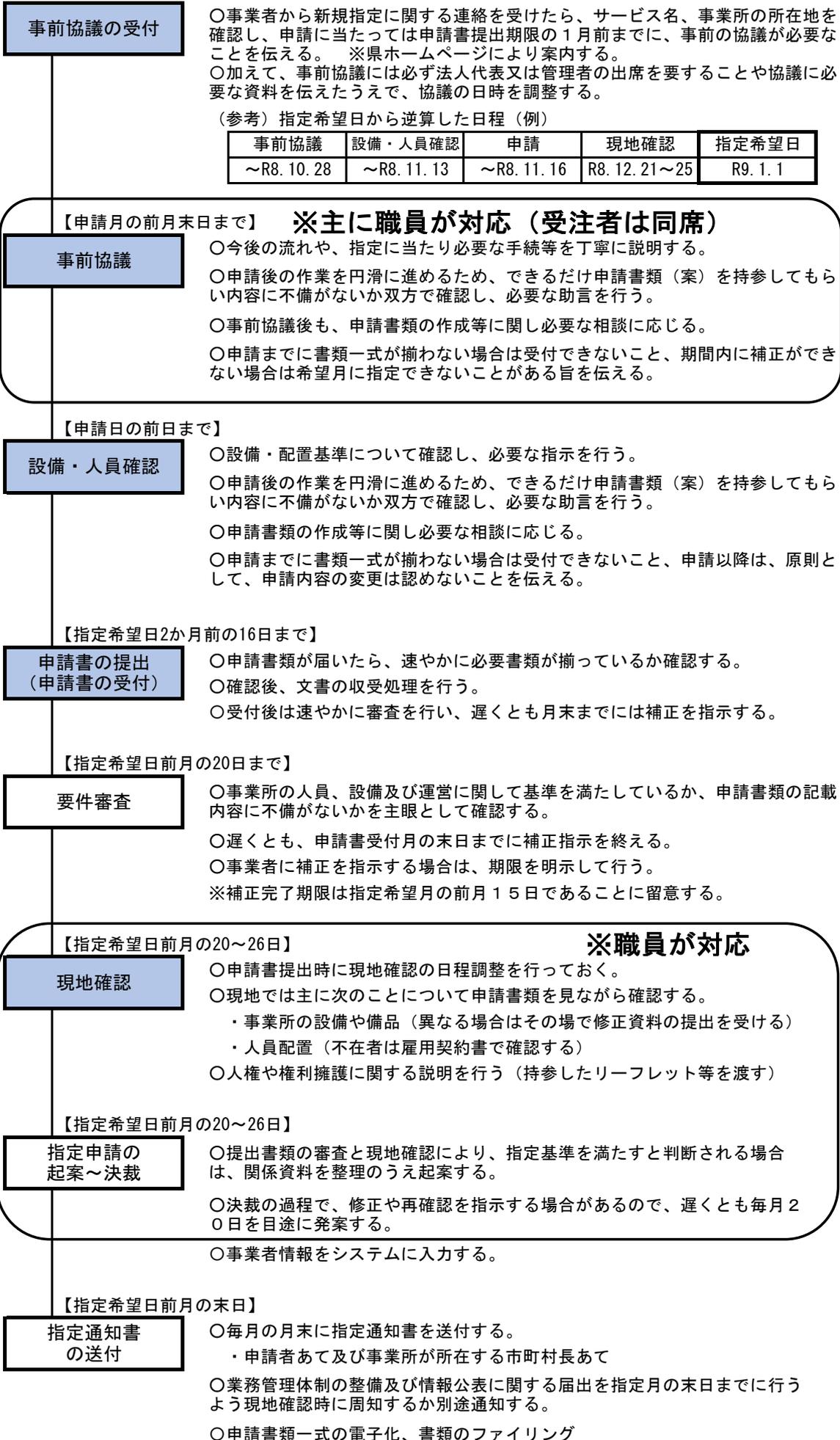
令和8年度 業務スケジュール

- 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	

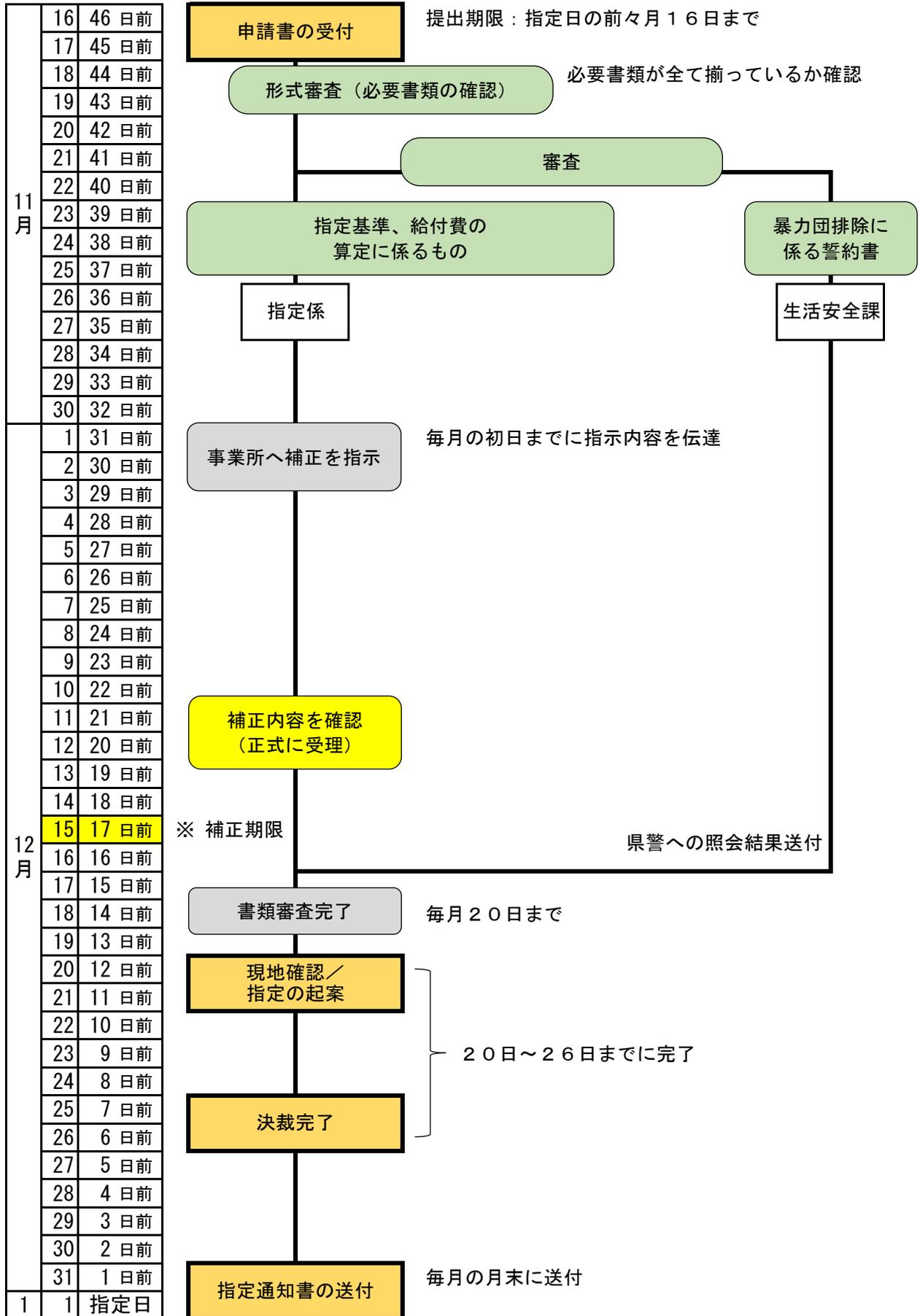


事業所指定までの流れ



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

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。必要な情報は県ホームページに掲載しているなので、双方でホームページを閲覧しながら説明することが望ましい。

① 事前協議の案内

開設予定市町村を確認し、県域（政令市、中核市以外）の障がい児通所支援事業所等であることが確認出来たら、指定申請書提出月の前月末までに事前協議が必要なことを伝え、事前協議申込書を電子メールで提出するよう指示し、協議日については、後日連絡（メール）する旨伝える。

加えて、県ホームページの案内、掲載内容を確認しておくよう指示する。

- ▶ 開設予定市町村が、政令・中核市の場合は、開設予定市の窓口を案内する。
また、サービスが障がい者（大人）の場合は、開設予定市町村を所管する保健福祉（環境）事務所の受付窓口を案内する。
- ▶ 児童発達支援、放課後等デイサービス、障がい児入所施設の開設の場合は、市町村が意見書を発行するのか確認するように伝える。発行しない場合は、指定できない旨併せて伝える。
- ▶ 協議日については、なるべく希望日で調整するが、希望に添えない場合もあることを伝える。

② 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
- (2) 人員・設備基準の確認（申請書提出日の前日まで）
- (3) 申請書提出期限（指定希望日の前々月の16日）
- (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）
- (5) 現地確認（指定希望日の前月の20日～26日）【職員が対応】
- (6) 指定通知書の交付等（指定希望日の前月末日）

2 事前協議申込書の受領及び日程調整

① 事前協議申込書の受領

- ・電子メールにより提出された申込書を所定のフォルダに格納する。

② 日程調整

- ・開設予定市町村を確認し、県担当者を確認。申込書の下欄「担当者」及び「OS」欄に担当者名を記入。
- ・事前協議受付簿にて、希望日の予定を確認。予定が空いていれば、希望日にて協議日を確定し、受付簿への入力及び申込書下欄「協議日」、「時間」欄に記入する。
- ・事業者へ協議日の連絡
- ・協議日が確定したら、指導係横ミーティングスペースをシステムで予約する。空き

がない場合は、社会参加係横のミーティングスペースでも可。

<希望日時で調整できない場合>

- ・複数候補日（希望日同日の別の時間帯、希望日の直近の日時など）を挙げ、担当者には事業者といずれかの日程で調整できるか確認する。
- ・確認ができたなら事業者へ連絡し、協議日を決定する。
- ・決定した日を受付簿へ入力、併せて申込書下欄「協議日」、「時間」欄に記入する。

3 事前協議（主に職員が対応）

- ・事前協議へ同席し、協議内容を記録（入力）する。
- ・協議録は、事業者から提出された申込書に別シートを追加し、そのシートに記録する。

▶担当職員が説明した内容（スケジュール等）については、記載の必要なし。
事業者からの質問内容や県の回答、県からの指示内容や期限等を記録しておく。

4 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、再度の確認は不要とする。

（設備基準）

- ・平面図で以下の施設が整備されているか確認を行う。
発達支援室（児発・放デイのみ）、事務室、相談室、静養室、トイレ

▶発達支援室の面積は、障がい児一人当たり 2.47 m²必要であり、複数の個室を合算して必要面積を満たせばよい。ただし、一部屋が、2.47 m²以下の個室については、合算しないものとする。（定員 10 名の場合、24.7 m²以上）
▶相談室や静養室、事務室については、兼用も可能とする。また、個室ではなく、パーテーション等で分けすることも可能。

（人員基準）

- ・勤務形態一覧表に記載の職務に必要な書類が提出されているか確認。不足書類があれば、追加書類の提出を求める。

職 務	提 出 書 類
管理者	経歴書 *管理者と兼務している職務がある場合は、各職務に必要な書類
児発管	経歴書 相談支援初任者研修修了証又は 1、2 日目講義部分受講証明書 児発管研修修了証（基礎研修＋実践研修又は更新研修） 実務経験証明書 資格証の写し（配置に関係があるもの）
児童指導員	別紙参照
保育士	保育士証の写し * 保母資格証、保育士試験合格証は不可

機能訓練職員	各種資格証の写し（PT、OT、ST など） *試験合格証は不可
看護職員	資格証の写し（看護師、准看護師、保健師、助産師）

- ▶ 保育士は、現在、保育士登録が必要であり、保母資格では保育士の配置は不可。（児童指導員としての配置は可能）
- ▶ 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。

5 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、受付、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確認し、文書管理簿に必要事項を入力する。未提出の資料があれば期限までに提出するよう事業者へ連絡する。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。

- ▶ 事前協議において説明している内容であり、原則として審査を進めない。
- ▶ 持参された場合、事業所控えに日付印を求められる場合があるが、対応できない旨伝える。

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る。

6 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）

チェックリストを参照し、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

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。

7 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、決裁が終了したもののから順次通知書の発送を行う。

(発送手順)

- ・封筒や押印する指定通知書は職員が準備する。
- ・特定記録郵便発送に必要な書類を準備。
- ・指定通知書は文書班の審査を受け、知事印を押印。文書班室内のコピー機で知事印押印後の通知文書をコピー（6通以上のコピーは不可であるため、書類が多い場合は室に持ち帰ってコピー）し、その後、原本は封入。文書班の窓口へ提出。
- ・使送便は、隣の部屋にある使送使用の棚に入れる。

8 申請書類のPDF化

- ・文書施行まで終了したら、執務室のコピー機で全ての申請書類をPDF化する。
- ・PDF化が終わったら、ファイルを所定のキャビネに保管する。

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。

- ▶ 事業所住所が、政令・中核市の場合は、市の窓口を案内する。
また、サービスが障がい者（大人）の場合は、事業所所在市町村を所管する保健福祉（環境）事務所の受付窓口を案内する。

① 指定更新までの流れ

- (1) 人員・設備基準の確認（申請書提出日の前日まで）
- (2) 申請書提出期限（指定希望日の前々月の16日）
- (3) 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）
- (4) 指定更新通知書の交付等（指定希望日の前月末日）

※新規指定申請とほぼ同様の流れ。事前協議及び現地確認については更新時は不要。

2 人員・設備基準の確認

（設備基準）

- ・平面図で以下の施設が整備されているか確認を行う。

発達支援室（児発・放デイのみ）、事務室、相談室、静養室、トイレ

- ▶ 発達支援室の面積は、障がい児一人当たり 2.47 m²必要であり、複数の個室を合算して必要面積を満たせばよい。ただし、一部屋が、2.47 m²以下の個室については、合算しないものとする。（定員10名の場合、24.7 m²以上）
- ▶ 相談室や静養室、事務室については、兼用も可能とする。また、個室ではなく、パーテーション等で分けすることも可能。

（人員基準）

- ・勤務形態一覧表に記載の職務に必要な書類が提出されているか確認。不足書類があれば、追加書類の提出を求める。

職 務	提 出 書 類
管理者	経歴書 *管理者と兼務している職務がある場合は、各職務に必要な書類
児発管	経歴書 相談支援初任者研修修了証又は1、2日目講義部分受講証明書 児発管研修修了証（基礎研修＋実践研修又は更新研修） 実務経験証明書 資格証の写し（配置に関係があるもの）
児童指導員	別紙参照
保育士	保育士証の写し *保母資格証、保育士試験合格証は不可

機能訓練職員	各種資格証の写し（PT、OT、ST など） *試験合格証は不可
看護職員	資格証の写し（看護師、准看護師、保健師、助産師）

- ▶ 保育士は、現在、保育士登録が必要であり、保母資格では保育士の配置は不可。（児童指導員としての配置は可能）
- ▶ 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

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確認し、文書管理簿に必要事項を入力する。未提出の資料があれば期限までに提出するよう事業者へ連絡する。

指定更新に必要な書類は、指定申請書類と比べ省略できるものが多いため留意すること。

- ▶ 持参された場合、事業所控えに日付印を求められる場合があるが、対応できない旨伝える。

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る。

4 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）

チェックリストを参照し、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

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。

5 更新通知書の送付

事業者情報等をシステムに入力するとともに、決裁が終了したものから順次通知書の発送を行う。

(発送手順)

- ・封筒や押印する指定通知書は職員が準備する。
- ・特定記録郵便発送に必要な書類を準備。
- ・指定通知書は文書班の審査を受け、知事印を押印。文書班室内のコピー機で知事印押印後の通知文書をコピー（6通以上のコピーは不可であるため、書類が多い場合は室に持ち帰ってコピー）し、その後、原本は封入。文書班の窓口へ提出。

※指定更新通知は市町村に送付しないため、使送便は発送不要。

6 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。

指定申請必要書類提出一覧

●：必須 △：該当する場合

No.	提出書類	サービス種別					
		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	福祉型障がい児入所施設	医療型障がい児入所施設
1	指定障害児通所・入所支援事業者指定申請書	●	●	●	●	●	●
2	障がい児通所支援事業等開始（変更）届	●	●	●	●	●	●
3	各種事業の指定に係る記載事項 （付表15～20）	●	●	●	●	●	●
4	履歴（登記）事項全部証明書 ※原本 発行日3か月以内	●	●	●	●	●	●
5	事業所の構造概要及び平面図 （参考様式1）	●	●	●	●	●	●
6	建物の登記簿又は賃貸借契約書の写し	●	●	●	●	●	●
7	需要量に係る市町村意見書	●	●	—	—	●	●
8	建築基準法等の適合状況を証する書面（他法関係の協議）	●	●	●	●	●	●
9	設備・備品一覧表 （参考様式2）	●	●	●	●	●	●
10	防災計画	●	●	—	—	●	●
11	事業計画書	●	●	●	●	—	—
12	収支予算書 （参考様式3）	●	●	●	●	●	●
13	経歴書（管理者・児童発達支援管理責任者） （参考様式4）	●	●	●	●	●	●
14	実務経験証明書 （参考様式5） ※児童発達支援管理責任者、（必要に応じ）児童指導員	●	●	●	●	●	●
15	研修修了証	●	●	●	●	●	●
16	運営規程 （参考様式6）	●	●	●	●	●	●
17	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 （参考様式7）	●	●	●	●	●	●
18	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	●	●	●	●	●	●
19	資格証の写し	●	●	●	●	●	●
20	組織体系図	●	●	●	●	●	●
21	児童福祉法第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 （参考様式8）	●	●	●	●	●	●
22	暴力団関係者排除に係る誓約書（法人）・役員名簿 （参考様式9）	●	●	●	●	●	●
23	暴力団関係者排除に係る誓約書（管理者） （参考様式9）	●	●	●	●	●	●
24	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 （参考様式10）	●	●	●	●	●	●
25	協力医療機関との契約内容が分かるものの写し （参考様式11）	●	●	—	●	●	—
26	医療法上に規定する医療機関として許可を受けたことが分かる証明書等の写し	—	—	—	—	—	●
27	不慮の事故に備えた体制が整備されているものが分かるものの写し（損害賠償責任保険等、送迎車の自動車保険証書等）	●	●	●	●	●	●
28	報酬・加算に関する届出	●	●	●	●	●	●

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

1

年 月 日

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/指定の変更を受けたいので、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 -)																						
	連絡先		電話番号																			(内線)	
			E-mailアドレス																				
	法人等の種類																						
	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 -)																							
指定を受けようとする事業所・施設の 種類	フリガナ 名称																						
	事業所(施設)の所在地 (郵便番号 -)																						
	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・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								付表1												
			重度訪問介護								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10												
			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																							

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「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。
- 3 「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。
- 4 「【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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあつては、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。

開始・変更しようとする事業	種 類	<input type="checkbox"/> 児童発達支援センター <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 居宅型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 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。

サービス種別(申請する種別に○)		児童発達支援			放課後等デイサービス			
児童発達支援センターに該当するか (該当する場合は、○)								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日		年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
	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 -)						
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等に係る記載事項								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日		年 月 日				
	住 所	(郵便番号 -)						
	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 -)						
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 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		

■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	

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -)						
	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 -)						
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)							
	平日	:		~		:		
営業時間	土曜	:		~		:		
	日・祝	:		~		:		
	利用料							
その他の費用								
通常の実業の実施 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 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				

事業所	フリガナ 名 称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	電話番号								
	E-Mail								
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日	年	月	日			
	住 所	(郵便番号 -)							
	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 -)							
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 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				

施設	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	電話番号						
	E-Mail						
管理者	フリガナ 氏名			生年月日	年 月 日		
	住所	(郵便番号 -)					
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 -)					
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 ○)	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 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				

■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 -)					
	電話番号						
	E-Mail						
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日	
	住所	(郵便番号 -)					
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 -)					
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 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				

■協力歯科医療機関

協力歯科医療機関	名称	
	名称	

(参考様式 1)

平面図

5

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5)

実務経験証明書

14

福岡県知事 様 年 月 日 番 号

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	
業 務 内 容	職名 ()

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、障がい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がい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	
指定障害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

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

年 月

サービス種別

事業所名

(1) 記載する期間

(2) 予定/実績の別

！申請するサービス類型を選択してください

18

(3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数

時間/週

時間/月

No.	(4) 職種	(5) 勤務形態	(6) 資格	(7) 氏名	(8)																												(9) 勤務時間数合計	(10) 週平均の勤務時間数	(11) 兼務状況 (兼務先/兼務する職務の内容)等				
					第1週							第2週							第3週							第4週										第5週			
					##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##	##				##	##	##	##
1																																		0	#NUM!				
2																																		0	#NUM!				
3																																		0	#NUM!				
4																																		0	#NUM!				
5																																		0	#NUM!				
6																																		0	#NUM!				
7																																		0	#NUM!				
8																																		0	#NUM!				
9																																		0	#NUM!				
10																																		0	#NUM!				
11																																		0	#NUM!				
12																																		0	#NUM!				
13																																		0	#NUM!				
14																																		0	#NUM!				
15																																		0	#NUM!				
16																																		0	#NUM!				
17																																		0	#NUM!				
18																																		0	#NUM!				
19																																		0	#NUM!				
20																																		0	#NUM!				
合計					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	0	0	0	0	0	0	#NUM!			
サービス提供時間																																							

・最初に「年月欄」「サービス種別」「事業所名」を入力してください。

- (1) 「4週」・「暦月」のいずれかを選択してください。
- (2) 「予定」・「実績」のいずれかを選択してください。
- (3) 事業所における常勤の従業者が勤務すべき時間数を入力してください。
- (4) 従業者の職種を入力してください。

記入の順序は、職種ごとにまとめてください。

- (5) 従業者の勤務形態について、下記のうち該当する区分の記号を入力してください。

記号	区分
A	常勤で専従
B	常勤で兼務
C	非常勤で専従
D	非常勤で兼務

(注) 常勤・非常勤の区分について

当該事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用の形態は考慮しません。

(例えば、常勤者は週に40時間勤務することとされた事業所であれば、非正規雇用であっても、週40時間勤務する従業者は常勤扱いとなります。)

- (6) 従業者の保有する資格を入力してください。
保有資格を全て記入するのではなく、人員基準上、求められる資格等を入力してください。
※選択した資格及び研修に関して、**必要に応じて、資格証又は研修修了証等の写しを添付資料として提出してください。**
- (7) 従業者の氏名を記入してください。
- (8) 申請する事業に係る従業者（管理者を含む。）の1ヶ月分の勤務時間を入力してください。
- (9) 常勤の職員の休暇等については、その期間が暦年で1月を超えるものでない限り、常勤換算の計算上は勤務したものとみなすことができます。
その場合、勤務時間欄には「休」と記入し、勤務時間の合計に含めてください（非常勤職員の休暇等は常勤換算の計算に含めることはできません）。
※指定基準の確認に際しては、4週分の入力で差し支えありません。
- (10) 従業者ごとに、合計勤務時間数を入力してください。
※ 入力することができる時間数は、当該事業所において常勤の従業者が勤務すべき勤務時間数を上限とします。
- (11) 従業者ごとに、週平均の勤務時間数を入力してください。
- (12) 申請する事業所以外の事業所・施設との兼務がある場合は、兼務先の事業所・施設の名称、兼務する職務の内容について記入してください。
同一事業所内の兼務についても兼務する職務の内容を記入してください。
その他、特記事項欄としてもご活用ください。
- (13) 本表には計算式を設定していますが、結果に誤りがないかご確認ください。
- (14) 必要項目を満たしていれば、各事業所で使用するシフト表等をもって代替書類として差し支えありません。

誓約書

21

年 月 日

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: 障害福祉サービス事業者向け
	別紙②: 障害者支援施設向け
	別紙③: 一般相談支援事業者向け
	別紙④: 特定相談支援事業者向け
	別紙⑤: 障害児通所支援事業者向け
	別紙⑥: 障害児入所施設向け
	別紙⑦: 障害児相談支援事業者向け

注 該当する種別に○を付けてください。

(別紙⑤： 障害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き。
- 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⑥： 障害児入所施設向け)

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。)の従業員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き。
- 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。

指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害福祉サービス等の種類	

1 申請に係る指定障害福祉サービス等の主たる対象者

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

(有り ・ 無し)

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

(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 「法人の種類」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、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記載してください。
- 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・入所給付費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。

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

申請者 所在地
名称代表者 住所
氏名

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 (和 暦)	住所		性別
	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

注 当該法人の役員（取締役、執行役、持分会社における業務を執行する社員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、法人に対し取締役、執行役、持分会社における業務を執行する社員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。）は、表面事項を確認のうえ、記入してください。

暴力団関係者排除に係る誓約書（管理者）

23

令和 年 月 日

福岡県知事 様

管理者 所在地

氏 名

生年月日

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

協力医療機関であることの確約書（例）

25

医療法人AA病院 院長 ○○○○（以下「甲」という。）と、社会福祉法人○○会 理事長 ○○○○（以下「乙」という。）は、次のことを確約した。

- 1 甲は、乙が運営する障害児通所支援事業（○○○○事業）の利用者の健康問題について、治療及び医療上必要な指導・助言を行い、利用者の病状の急変に際して適切に対処する。

令和 年 月 日

（甲）住 所
名 称
院 長

印

（乙）住 所
名 称
理事長

印

(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。

変更指定のスケジュールは新規指定申請と同様。

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
変更指定申請	変更月の前々月16日まで

(2) 届出書の受付、收受

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 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

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
- ・児童発達支援管理責任者の変更の場合は、資格要件・実務経験要件を満たしているか

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

変更届出を要する事項	必要となる添付書類																						
	変更届出書(様式第2号)	法人登記事項証明書(履歴事項全部証明書)	事業所の構造1)概要及び平面図	建物登記事項証明書又は賃借契約事項証明書又は賃借契約事項証明書の写し	需要量に係る市町村意見書(児童発達支援・放課後等デイサービス)	建築基準法の協議録・都市計画法・消防法等	設備・備品等一覧表	事業所の写真	防災計画書	経歴書(参考様式4)	実務経験証明書(参考様式5)	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	組織体系図	暴力団関係者排除に係る誓約書(参考様式9)	主たる対象者を特定する理由等(参考様式10)	協力医療機関との契約内容が分かる者の写し(参考様式11)	付表(サービスに応じたもの)	委託契約書の写し		
1 事業所(施設)の名称	●													●									
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所) <small>提出期限:前々月の16日まで</small>	●		●	●	△※1	●	●	●	●					●									
3 事業所(施設)の連絡先(電話番号)	●																						
4 申請者(設置者)の名称	●	●												●									
5 申請者の主たる事務所の所在地	●	●												●									
6 申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	●	●															●						
7 法人等の種類	●	●												●									
8 登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	●	●																					
9 共生型サービスの該当有無	●																						
10 事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要	●		●	△※2		△※2	●	●															
11 利用者又は入所者の定員【短期入所】	●													●									
12 管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	●									●					●	●	●						
13 サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	●									●	●	●	●		●	●							
14 指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴	●									●	●	●			●							●	
15 運営規程	●													●									
16 協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科目名・契約内容	●																			●			
17 提携就労支援機関の名称	●																						
18 提供する障害福祉サービス等の種類【重度障がい者等包括支援】	●													●								●	
19 第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等【重度障がい者等包括支援】	●													●								●	●
20 事業実施形態(事業所の種別等)【短期入所】	●													●									
21 従業者の勤務の体制及び勤務形態	●														●	●							
22 その他																							

・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
	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（参考様式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(参考様式3)
	経歴書(参考様式4)
	実務経験証明書(参考様式5)
	研修修了証及び資格証の写し
	運営規程（参考様式6）
	従業者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。

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
 変更届出書

年 月 日

知事 殿

所在地
 申請者 名称
 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。

- 指定障害福祉サービス事業所等の指定に係る事項の変更の届出先(以下「指定権者」という。)と指定障害福祉サービス事業所等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出先(以下「監督権者」という。)が同一の自治体であり、かつ、変更事項が「事業所(施設)の所在地」又は「申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」の場合であって、同事項に係る事実の確認に支障がないと認めるときは、監督権者への変更の届出又は届出書への記載については、指定権者への変更の届出があったことをもって省略させることができることとされているので、その場合には左のチェックボックス(□)に✓を付けてください。なお、当該変更届出を受理した指定権者は、当該変更届出の写しを監督権者へ回付してください。

	事業所番号
指定を受けた内容を変更した事業所又は施設	名称
	所在地
サービスの種類	
変更年月日	年 月 日
変更があった事項(該当に○)	変更の内容
事業所(施設)の名称	(変更前)
事業所(施設)の所在地	
事業所(施設)の連絡先(電話番号)	
申請者の名称	
申請者の主たる事務所の所在地	
申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	
法人等の種類	
登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	
共生型サービスの該当有無	
事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要	
利用者又は入所者の定員	(変更後)
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	
指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴	
運営規程	
協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容	
提携就労支援機関の名称	
提供する障害福祉サービス等の種類	
第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等	
事業実施形態(事業所の種別等)	
従業員の勤務の体制及び勤務形態	
その他	

(備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。
 2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

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
 指定変更 申請書

年 月 日

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/指定の変更を受けたいので、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 -)																				
	連絡先	電話番号																		(内線)	
		E-mailアドレス																			
	法人等の種類																				
	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 -)																					
指定を受けようとする事業所・施設の 種類	フリガナ 名称																				
	事業所(施設)の所在地 (郵便番号 -)																				
	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・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					付表1														
		重度訪問介護					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10														
		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																					

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変更して使用してください。
- 2 「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。
- 3 「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。
- 4 「【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。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあつては、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15 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等に係る記載事項

サービス種別(申請するものに○)		特定相談支援			障害児相談支援		
事業所	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	電話番号						
	E-Mail						
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -)					
	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(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						
相談支援専門員	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -)					
	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		
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	主任相談支援専門員に該当		有	無			
相談支援員	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
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	:		~		:	
通常の事業の実施地域							
○一体的に実施する従たる事業所の指定等に係る記載事項							
事業所	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	電話番号						
	E-Mail						
	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日		
	住 所	(郵便番号 -)					

管理者	住所								
	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(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							
相談支援専門員	フリガナ				生年月日	年	月	日	
	氏名				主任相談支援専門員に該当	有	無		
	住所	(郵便番号 -)							
	フリガナ				生年月日	年	月	日	
	氏名				主任相談支援専門員に該当	有	無		
	住所	(郵便番号 -)							
相談支援員	フリガナ				生年月日	年	月	日	
	氏名				保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士		
	住所	(郵便番号 -)							
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				
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	:			~		:		
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

■相談支援専門員及び相談支援員

相談支援専門員	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有		無
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有		無
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
			主任相談支援専門員に該当	有		無
相談支援員	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
			保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
		保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士		
住所	(郵便番号 -)					

付表16 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等に係る記載事項

サービス種別(申請する種別に○)		児童発達支援		放課後等デイサービス				
児童発達支援センターに該当するか (該当する場合は、○)				/				
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日			
	住 所	(郵便番号 -)						
	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 -)						
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等に係る記載事項								
事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名	生年月日	年	月	日			
	住 所	(郵便番号 -)						
	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 -)						
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 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		

■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	

付表17 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -)						
	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 -)						
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)							
	平日	:		~		:		
営業時間	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 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		

付表18 保育所等訪問支援事業所の指定等に係る記載事項

事業所	フリガナ 名 称							
	所在地	(郵便番号 -)						
	電話番号							
	E-Mail							
管理者	フリガナ 氏 名			生年月日	年 月 日			
	住 所	(郵便番号 -)						
	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 -)						
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 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	(郵便番号 -)		

付表 19 障害児入所支援(福祉型障害児入所施設)の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名 称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	電話番号						
	E-Mail						
管理者	フリガナ 氏 名		生年月日		年	月	日
	住 所	(郵便番号 -)					
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 -)					
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 ○)	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 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				

■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			

付表 20 障害児入所支援(医療型障害児入所施設)の指定等に係る記載事項

施設	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	電話番号						
	E-Mail						
管理者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日	
	住所	(郵便番号 -)					
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 -)					
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 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日
	住所	(郵便番号 -)				

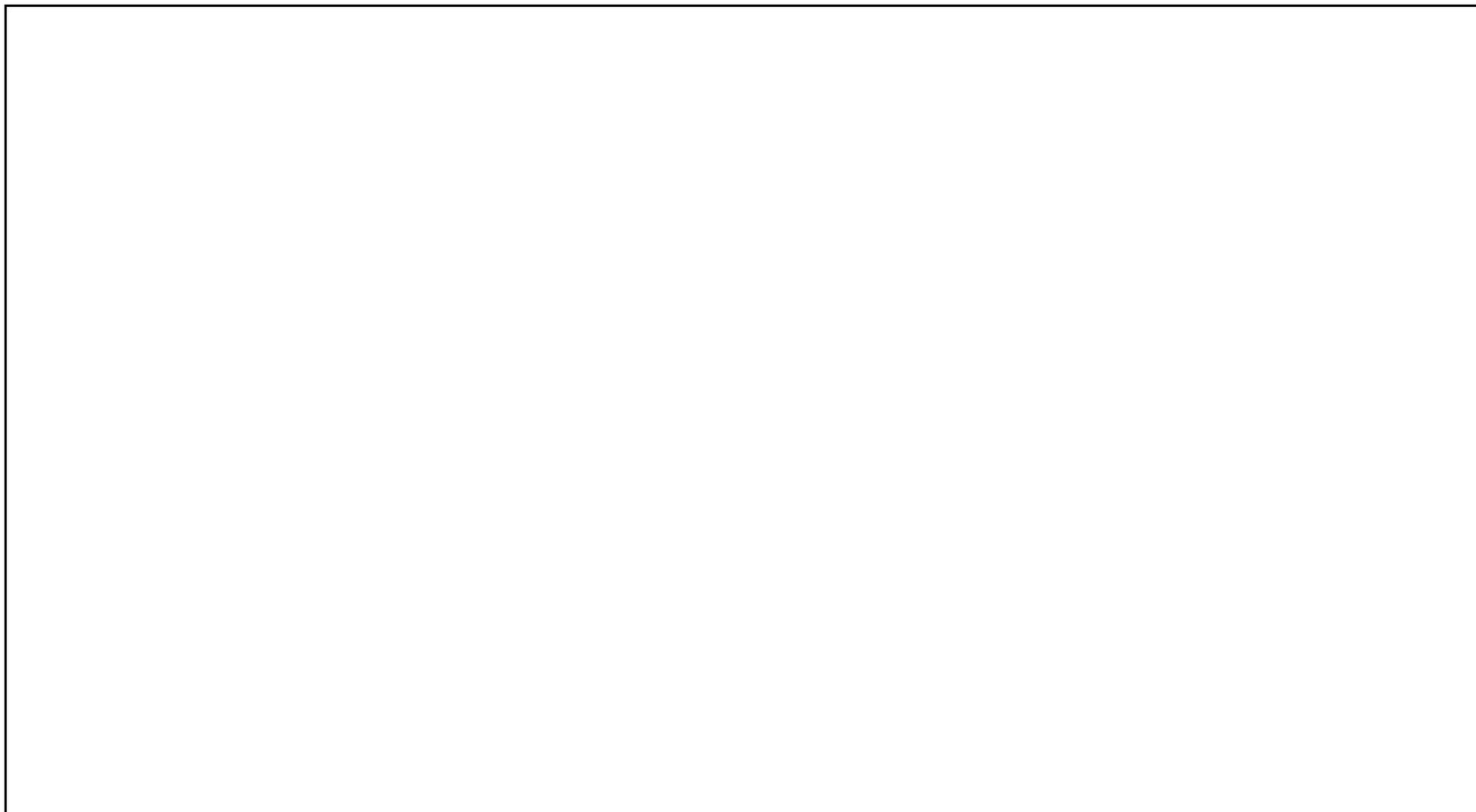
■協力歯科医療機関

協力歯科医療機関	名称	
	名称	

(参考様式 1)

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5)

実務経験証明書

福岡県知事 様 年 月 日 番 号

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	
業務内容	職名 ()

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、障がい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がい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。

(参考様式 7)

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	
指定障害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

(参考様式 1)

指定障害福祉サービス等の主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
指定障害福祉サービス等の種類	

1 申請に係る指定障害福祉サービス等の主たる対象者

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

(有り ・ 無し)

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

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)

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						

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

- ・「各種加算一覧」に記載されている添付書類がそろっているか確認。
- ・各種加算の要件を満たしているかを添付書類や過去提出分の資格証、Q & A等により確認。

② 補正指示

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 システム入力・申請書類の引き渡し

審査がすべて完了したら、システムに入力し、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。

(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 「法人の種類」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、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記載してください。
- 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・入所給付費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。

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無	定員規模(※1)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等					適用開始日	
					地域区分	11. 一級地 16. 六級地	12. 二級地 17. 七級地	13. 三級地 23. その他	14. 四級地		15. 五級地
各サービス共通					地域区分	11. 一級地 16. 六級地	12. 二級地 17. 七級地	13. 三級地 23. その他	14. 四級地	15. 五級地	
障害児通所給付費 児童発達支援			1. 児童発達支援センター 2. 児童発達支援センター以外	1. 重症心身障害以外 2. 重症心身障害	未就学児等支援区分	1. 非該当 2. I 3. II					
					定員超過	1. なし 2. あり					
					職員欠如	1. なし 2. あり					
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり					
					開所時間減算	1. なし 2. あり					
					開所時間減算区分(※2)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満					
					自己評価結果等未公表減算	1. なし 2. あり					
					支援プログラム未公表減算	1. なし 2. あり					
					身体拘束廃止未実施	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	1. なし 2. あり					
					情報公表未報告	1. なし 2. あり					
					児童指導員等加配体制	1. なし 4. その他従業者 6. 常勤専従(経験5年以上) 7. 常勤専従(経験5年未満) 8. 常勤換算(経験5年以上) 9. 常勤換算(経験5年未満)					
					看護職員加配体制(重度)	1. なし 2. I 3. II					
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I					
					栄養士配置体制(※3)	1. なし 2. その他栄養士 3. 常勤栄養士 4. 常勤管理栄養士					
					食事提供加算区分	1. 非該当 2. I 3. II					
					強度行動障害加算体制	1. なし 2. あり					
					送迎体制	1. なし 2. あり					
					送迎体制(重度)	1. なし 2. あり					
					送迎体制(医ケア)	1. なし 2. あり					
					延長支援体制	1. なし 2. あり					
					専門的支援加算体制	1. なし 2. あり					
					中核機能強化加算対象	1. なし 2. I 3. II 4. III					
					中核機能強化事業所加算対象	1. なし 2. あり					
					視覚・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり					
					人工内耳装用児支援体制	1. なし 2. I 3. II					
					入浴支援体制	1. なし 2. あり					
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※9)	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(※10)	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)					
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当					
					共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当					
共生型サービス体制強化(※4)	1. 非該当 2. I 3. II 4. III										
共生型サービス体制強化(医療的ケア)(※4)	1. なし 2. あり										
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当										
経過措置対象区分	1. 非該当 2. 該当										

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無	定員規模 (※1)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等	
					適用開始日	
各サービス共通					地域区分	11. 一級地 12. 二級地 13. 三級地 14. 四級地 15. 五級地 16. 六級地 17. 七級地 23. その他
旧医療型 児童発達支援			1. 医療型児童発達支援センター 2. 指定発達支援医療機関		定員超過	1. なし 2. あり
					開所時間減算	1. なし 2. あり
					開所時間減算区分(※2)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満
					支援プログラム未公表減算	1. なし 2. あり
					身体拘束廃止未実施	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	1. なし 2. あり
					情報公表未報告	1. なし 2. あり
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I
					食事提供加算区分	1. 非該当 2. I 3. II
					送迎体制(重度)	1. なし 2. あり
					送迎体制(医ケア)	1. なし 2. あり
					入浴支援体制	1. なし 2. あり
					保育職員加配	1. なし 3. I 4. II
					延長支援体制	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※9)	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(※10)	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)
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当					
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当					

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無	定員規模 (※1)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等	
						適用開始日
各サービス共通					地域区分	11. 一級地 12. 二級地 13. 三級地 14. 四級地 15. 五級地 16. 六級地 17. 七級地 23. その他
					定員超過	1. なし 2. あり
放課後等デイサービス				1. 重症心身障害以外 2. 重症心身障害	開所時間減算	1. なし 2. あり
					開所時間減算区分(※2)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満
					職員欠如	1. なし 2. あり
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり
					自己評価結果等未公表減算	1. なし 2. あり
					支援プログラム未公表減算	1. なし 2. あり
					身体拘束廃止未実施	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	1. なし 2. あり
					情報公表未報告	1. なし 2. あり
					児童指導員等加配体制	1. なし 4. その他従業者 6. 常勤専従(経験5年以上) 7. 常勤専従(経験5年未満) 8. 常勤換算(経験5年以上) 9. 常勤換算(経験5年未満)
					看護職員加配体制(重度)	1. なし 2. I 3. II
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I
					強度行動障害加算体制	1. なし 3. I 4. II
					送迎体制(重度)	1. なし 2. あり
					送迎体制(医ケア)	1. なし 2. あり
					延長支援体制	1. なし 2. あり
					専門的支援加算体制	1. なし 2. あり
					中核機能強化事業所加算対象	1. なし 2. あり
					個別サポート体制(I)	1. なし 2. あり
					視覚・聴覚等支援体制	1. なし 2. あり
					人工内耳装用児支援体制	1. なし 2. あり
					入浴支援体制	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※9)	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(※10)	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)
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当
					共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当
					共生型サービス体制強化(※4)	1. 非該当 2. I 3. II 4. III
					共生型サービス体制強化(医療的ケア)(※4)	1. なし 2. あり
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無	定員規模 (※1)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等					適用開始日							
					地域区分	11. 一級地 16. 六級地	12. 二級地 17. 七級地	13. 三級地 23. その他	14. 四級地		15. 五級地						
各サービス共通					地域区分												
保育所等訪問支援					訪問支援員特別体制			1. なし	2. あり								
					児童発達支援管理責任者欠如			1. なし	2. あり								
					自己評価結果等未公表減算			1. なし	2. あり								
					身体拘束廃止未実施			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(※8)			1. なし	2. あり								
					情報公表未報告			1. なし	2. あり								
					多職種連携支援体制			1. なし	2. あり								
					強度行動障害加算体制			1. なし	2. あり								
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※9)			1. なし	2. I	4. III	5. IV	6. V					
					福祉・介護職員等処遇改善加算(V)区分(※10)			1. V(1)	2. V(2)	5. V(5)	7. V(7)	8. V(8)	10. V(10)	11. V(11)	13. V(13)	14. V(14)	
					指定管理者制度適用区分					1. 非該当	2. 該当						
					地域生活支援拠点等					1. 非該当	2. 該当						
					居宅訪問型 児童発達支援					訪問支援員特別体制			1. なし	2. あり			
児童発達支援管理責任者欠如			1. なし	2. あり													
支援プログラム未公表減算			1. なし	2. あり													
身体拘束廃止未実施			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(※8)			1. なし	2. あり													
情報公表未報告			1. なし	2. あり													
多職種連携支援体制			1. なし	2. あり													
強度行動障害加算体制			1. なし	2. あり													
福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※9)			1. なし	2. I						4. III	5. IV	6. V					
福祉・介護職員等処遇改善加算(V)区分(※10)			1. V(1)	2. V(2)						5. V(5)	7. V(7)	8. V(8)	10. V(10)	11. V(11)	13. V(13)	14. V(14)	
指定管理者制度適用区分										1. 非該当	2. 該当						
地域生活支援拠点等										1. 非該当	2. 該当						

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無	定員規模(※1)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
各サービス共通					地域区分	11. 一級地 12. 二級地 13. 三級地 14. 四級地 15. 五級地 16. 六級地 17. 七級地 23. その他	
福祉型障害児入所施設			1. 当該施設が単独施設 2. 当該施設に併設する施設が主たる施設 3. 当該施設が主たる施設	1. 知的障害児 2. 自閉症児 3. 盲児 4. ろうあ児 5. 肢体不自由児	重度障害児入所棟設置(知的・自閉)(※5)	1. なし 2. あり	
					重度肢体不自由児入所棟設置(※5)	1. なし 2. あり	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					身体拘束廃止未実施	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	1. なし 2. あり	
					情報公表未報告	1. なし 2. あり	
					日中活動支援体制	1. なし 2. あり	
					重度障害児支援(強度行動障害)	1. なし 2. あり	
					強度行動障害加算体制	1. なし 3. I 4. II	
					心理担当職員配置体制(※6)	1. なし 2. I 3. II	
					看護職員配置体制	1. なし 2. I 3. II	
					児童指導員等加配体制	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等	
					自活訓練体制(I)	1. なし 2. あり	
					自活訓練体制(II)	1. なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					栄養士配置体制(※3)	1. なし 2. その他栄養士 3. 常勤栄養士 4. 常勤管理栄養士	
					小規模グループケア体制	1. なし 4. I 5. II 6. II(9~10人) 7. I・II 8. I・II(9~10人) 9. II・II(9~10人) 10. I・II・II(9~10人)	
					小規模グループケア体制(サテライト型)	1. なし 2. あり	
					ソーシャルワーカー配置体制	1. なし 2. あり	
要支援児童加算(II)体制	1. なし 2. あり						
福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※9)	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(※10)	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)						
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						
障害者支援施設等感染対策向上体制	1. なし 2. I 3. II 4. I・II						

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無	定員規模(※1)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等					適用開始日											
					地域区分	11. 一級地 16. 六級地	12. 二級地 17. 七級地	13. 三級地 23. その他	14. 四級地		15. 五級地										
各サービス共通					地域区分																
医療型障害児入所施設			1. 医療型障害児入所施設 2. 指定発達支援医療機関		重度障害児入所棟設置(知的・自閉)(※5)			1. なし	2. あり												
					重度肢体不自由児入所棟設置(※5)			1. なし	2. あり												
					定員超過			1. なし	2. あり												
					身体拘束廃止未実施			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			1. なし	2. あり												
					情報公表未報告			1. なし	2. あり												
					重度障害児支援(強度行動障害)			1. なし	2. あり												
					強度行動障害加算体制			1. なし	3. I	4. II											
					心理担当職員配置体制(※6)			1. なし	2. I	3. II											
					自活訓練体制(I)			1. なし	2. あり												
					自活訓練体制(II)			1. なし	2. あり												
					福祉専門職員配置等			1. なし	3. II	4. III	5. I										
					保育職員加配			1. なし	2. あり												
					小規模グループケア体制			1. なし	4. I	5. II	6. II (9~10人)	7. I・II	8. I・II (9~10人)	9. II・II (9~10人)	10. I・II・II (9~10人)						
					ソーシャルワーカー配置体制			1. なし	2. あり												
					要支援児童加算(II)体制			1. なし	2. あり												
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象(※9)			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(※10)			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)
					指定管理者制度適用区分			1. 非該当	2. 該当												
地域生活支援拠点等			1. 非該当	2. 該当																	

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無	定員規模 (※1)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等					適用開始日
					地域区分	11. 一級地 16. 六級地	12. 二級地 17. 七級地	13. 三級地 23. その他	14. 四級地	
各サービス共通					地域区分					
相談支援 障害児相談支援					相談支援機能強化型体制			1. なし 2. II 4. I 5. III 6. IV		
					虐待防止措置未実施			1. なし 2. あり		
					業務継続計画未策定(※8)			1. なし 2. あり		
					情報公表未報告			1. なし 2. あり		
					行動障害支援体制			1. なし 2. II 3. I		
					要医療児者支援体制			1. なし 2. II 3. I		
					精神障害者支援体制			1. なし 2. II 3. I		
					主任相談支援専門員配置			1. なし 2. II 3. I		
					ピアサポート体制			1. なし 2. あり		
					地域生活支援拠点等			1. 非該当 2. 該当		
					地域体制強化共同支援加算対象(※7)			1. なし 2. あり		
地域生活支援拠点等機能強化体制			1. なし 2. あり							
高次脳機能障害支援体制			1. なし 2. II 3. I							

- ※1 「定員規模」欄には、定員数を記入すること。
- ※2 「開所時間減算区分」欄は、開所時間減算が「2. あり」の場合に設定する。
- ※3 栄養士配置加算(Ⅰ)については「3. 常勤栄養士または4. 常勤管理栄養士」を選択する。
栄養士配置加算(Ⅱ)については「2. その他栄養士」を選択する。
栄養マネジメント加算については「4. 常勤管理栄養士」を選択する。
- ※4 「共生型サービス対象区分」欄が「2. 該当」の場合に設定する。
- ※5 「重度障害児入所棟(知的・自閉)」及び「重度肢体不自由児入所棟」は、「厚生労働大臣が定める施設基準」の要件を満たすこと。
- ※6 「心理担当職員配置体制」欄の「3. II」は、配置した心理指導担当職員が公認心理師の資格を有している場合に設定する。
- ※7 「地域体制強化共同支援加算対象」欄は、地域生活支援拠点等が「1. 非該当」の場合、「1. なし」または「2. あり」を設定する。
地域生活支援拠点等が「2. 該当」の場合、「1. なし」を設定する。
- ※8 以下のサービスについて、「業務継続計画未策定」欄は、令和7年4月1日以降の場合に設定する。
保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援、障害児相談支援
- ※9 「福祉・介護職員等処遇改善加算対象」欄は、令和7年4月1日以降の場合、「6. V」を設定しない。
- ※10 「福祉・介護職員等処遇改善加算(V)区分」欄は「福祉・介護職員等処遇改善加算対象」が「6. V」の場合に設定する。

各種加算一覧

※各加算・届出書の名称をクリックすると、当該加算のシートに遷移します。	添付書類	該当サービス								
		児童発達支援 (主として難聴児)	児童発達支援 (主として重心児)	児童発達支援 (旧医療型)	児童発達支援	放課後等デイサービス	居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援	福祉型障がい児入所施設	医療型障がい児入所施設
指定児童発達支援・指定放課後等デイサービスの報酬算定区分に関する届出書	—	●	●	●	●	●				
福祉専門職員配置等加算に関する届出書	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	●	●	●	●	●			●	●
自己評価結果等の公表状況に関する届出書	自己評価結果	●	●	●		●		●		
支援プログラムの公表状況に関する届出書	支援プログラム	●	●	●	●	●	●			
児童指導員等加配加算に関する届出書	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	●	●	●		●				
看護職員加配加算に関する届出書	資格証の写し	●		●		●				
栄養士配置加算に関する届出書	資格証の写し	●	●	●						
食事提供加算届出書	資格証の写し、(委託契約書の写し)	●	●	●	●					
強度行動障害児支援加算に関する届出書 (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に関する届出書 (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					●				
送迎加算に関する届出書(重症心身障害児・医療的ケア児)	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	●	●	●	●	●				
延長支援加算に関する届出書	運営規定	●	●	● (従前)	●	●				
専門的支援体制加算に関する届出書	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)	●	●	●		●				
専門的支援実施加算に関する届出書	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)	●	●	●	●	●				
中核機能強化加算・中核機能強化事業所加算に関する届出書	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	●				●				
視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算に関する届出書	資格証の写し	●				●				
人工内耳装用児支援加算に関する届出書	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	●	●			●				
入浴支援加算に関する届出書	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)	●	●	●	●	●				
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に関する届出書	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	●				●				
保育職員加配加算に関する届出書	保育士：資格証の写し 児童指導員：要件が確認できる書類				●					●
個別サポート加算(1)に関する届出書	強度行動障害支援者養成研修修了証(基礎研修)の写し	●			●	●				
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)	有資格者：資格証の写し 実務経験証明書						●	●		
重度障害児支援加算に関する届出書	施設平面図								●	●
重度障害児支援加算(実践研修等修了分)に関する届出書	資格証の写し								●	●

指定児童発達支援・指定放課後等デイサービスの報酬算定区分に関する届出書

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 サービスの種類	① 指定児童発達支援（児童発達支援センターに限る。） ② 指定児童発達支援（児童発達支援センターを除く。） ③ 指定放課後等デイサービス
4 申請する報酬算定区分	医療的ケア区分（あり ・ なし）

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 「申請する報酬算定区分」には、該当する番号に○を付してください。

注3 3及び4の組み合わせに応じて必要な人員配置が異なる（利用する障害児それぞれの医療的ケア区分の度合によっても異なる）ため、当該人員配置の体制を満たしている場合のみ申請が可能です。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書

(療養介護・生活介護・自立訓練(機能訓練・生活訓練)・就労選択支援・就労移行支援・就労継続支援・自立生活援助・共同生活援助・児童発達支援・放課後等デイサービス・福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設)

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 サービスの種類	
4 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算(I) ※有資格者35%以上 2 福祉専門職員配置等加算(II) ※有資格者25%以上 3 福祉専門職員配置等加算(III) ※常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上

※生活介護のみ福祉専門職員配置等加算(I)又は(II)の算定とともに(III)も算定可能である。

5 社会福祉士等の状況	① 生活支援員等の総数 (常勤)	人	→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上	有・無
	② ①のうち社会福祉士等の 総数(常勤)	人		
6 常勤職員の状況	① 生活支援員等の総数 (常勤換算)	人	→ ①に占める②の割合が 75%以上	有・無
	② ①のうち常勤の者の数	人		
7 勤続年数の状況	① 生活支援員等の総数 (常勤)	人	→ ①に占める②の割合が 30%以上	
	② ①のうち勤続年数3年以上 の者の数	人		

注1 常勤とは、「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の事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

注2 生活支援員等とは、

- 療養介護にあつては、生活支援員
- 生活介護にあつては、生活支援員又は共生型生活介護従業者
- 自立訓練(機能訓練)にあつては、生活支援員又は共生型自立訓練(機能訓練)従業者
- 自立訓練(生活訓練)にあつては、生活支援員、地域移行支援員又は共生型自立訓練(生活訓練)従業者
- 就労選択支援にあつては、就労選択支援員
- 就労移行支援にあつては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員
- 就労継続支援A型・B型にあつては、職業指導員又は生活支援員
- 自立生活援助にあつては、地域生活支援員
- 共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員(外部サービス利用型にあつては、世話人)
- 児童発達支援にあつては、加算(I)(II)においては、児童指導員、障害福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従業者、加算(III)においては、児童指導員、保育士若しくは障害福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従業者
- 放課後等デイサービスにあつては、加算(I)(II)においては、児童指導員、障害福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従業者、加算(III)においては、児童指導員、保育士若しくは障害福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従業者

- 福祉型障害児入所施設にあっては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員、加算（Ⅲ）においては、児童指導員又は保育士
- 医療型障害児入所施設にあっては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員又は指定発達医療機関の職員、加算（Ⅲ）においては、児童指導員若しくは保育士又は指定発達医療機関の職員のことをいう。

自己評価結果等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 ③保育所等訪問支援		
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 (保育所等訪問支援)	年 月		

【自己評価結果等の公表状況等】

公表の実施時期	年 月	保護者への提示	行った ・ 行っていない
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		
公表内容	①の場合(URL:)		
改善内容			

- 備考1 自己評価結果等とは、その提供する支援の質の評価及び改善を行うに当たって従業者による評価を受けた上で行う、自己評価(自ら評価することをいう。)、保護者評価(通所給付決定保護者による評価をいう。)及び改善内容のことを指します。自己評価結果等の公表については、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 公表内容については、すべての項目について公表が行われていることを確認の上、記入してください。(インターネットで公表している場合はURLを記入するのみで構いません。)改善内容については、自己評価及び保護者評価を踏まえた改善の内容について記入してください。

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。

児童指導員等加配加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
サービス種別	① 児童発達支援	② 放課後等デイサービス	③ ①・②の多機能
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 従業者の状況	①常勤専従で児童指導員等を配置する場合	単位①	単位②
	基準人数の総数 A	人	人
	従業者の総数 B	人	人
	うち経験5年以上の児童指導員等の員数(常勤専従)	人	人
	うち児童指導員等の員数(常勤専従)	人	人
	②③以外の場合	単位①	単位②
	基準人数の総数 A	人	人
	従業者の総数 B(常勤換算)	人	人
	うち経験5年以上の児童指導員等の員数(常勤換算)	人	人
	うち児童指導員等の員数(常勤換算)	人	人
	うちその他の従業者の員数(常勤換算)	人	人
	加配人数(B-A)	人	人
	児童指導員等加配加算算定区分	ア 児童指導員等(常勤専従・経験5年以上)	ア 児童指導員等(常勤専従・経験5年以上)
		イ 児童指導員等(常勤専従)	イ 児童指導員等(常勤専従)
ウ 児童指導員等(常勤換算・経験5年以上)		ウ 児童指導員等(常勤換算・経験5年以上)	
エ 児童指導員等(常勤換算)		エ 児童指導員等(常勤換算)	
	オ その他従業者	オ その他従業者	

備考1 「サービス種別」、「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「従業者の状況」には、サービス毎に単位を分けている場合は、児童指導員等の数を単位別に記載してください。

3 多機能型(人員配置特別の利用なし)の場合は、「従業者の状況」単位①・②欄にそれぞれ児童発達支援と放課後等デイサービスの「基準人数」等をそれぞれ記載してください。

4 「うち経験5年以上の児童指導員等の員数(常勤専従)」「うち経験5年以上の児童指導員等の員数(常勤換算)」には、サービス毎に配置されている5年以上児童福祉事業に従事した経験を有する理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、心理担当職員又は視覚障害者の生活訓練の養成を行う研修を終了した従業者、児童指導員、手話通訳士、手話通訳者、特別支援学校免許取得者、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了した指導員の数を単位別に記載してください。

5 「うち児童指導員等の員数(常勤専従)」「うち児童指導員等の員数(常勤換算)」には、サービス毎に配置されている児童福祉事業に従事した経験が5年に満たない理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、心理担当職員又は視覚障害者の生活訓練の養成を行う研修を終了した従業者、児童指導員、手話通訳士、手話通訳者、特別支援学校免許取得者、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了した指導員の数を単位別に記載してください。

6 「うちその他の従業者の員数(常勤換算)」の数を単位別に記載してください。

7 常勤専従で加配する者については、基準人員で求められている常勤1以上に該当する従業者とは異なる者であることを留意ください。

8 経験5年以上の児童指導員等については、実務経験を証明する書類を添付してください。

9 算定区分について、該当項目に○を付してください。

10 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

11 「算定に必要な従業者」とは、障害児に対して一定の割合で配置する必要がある児童指導員又は保育士のみを指すのではなく、指定基準に定める全ての職種を指したものです。よって、例えば、児童指導員や保育士を指定基準で置くこととしている員数+1の配置がされていても、児童発達支援管理責任者に欠如が生じている等の場合は、本加算を算定することはできない点に留意ください。

看護職員加配加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
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	③ ①・②の多機能	
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了	
2 看護職員の状況		単位①	単位②	
	基準人数 A	人	人	
	医療的ケア区分に伴う基本報酬を算定する上で配置する看護職員の人数 B	人	人	
	看護職員の総数 C (常勤換算)	人	人	
	うち保健師の員数	人	人	
	うち助産師の員数	人	人	
	うち看護師の員数	人	人	
	うち准看護師の員数	人	人	
	加配人数 (C-B-A)	人	人	
	3 医療的ケア児の医療的ケアスコア	月	①利用した医療的ケア児のスコア (※)	②開所日数
4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
1月				
2月				
3月				
合計				
<p>(※) 「①利用した医療的ケア児のスコア」の計算方法</p> <p>ア : 医療的ケア児の医療的ケアスコアに当該医療的ケア児が利用した日数を乗じる。 イ : 各月に利用実績がある医療的ケア児全員について、アの計算を行い、計算後の数値を合計する。</p> <p>例) 4月に医療的ケアスコア20点の医療的ケア児Aは10日利用、医療的ケアスコア32点の医療的ケア児Bは15日利用。 ⇒ 20点×10日+32点×15日=680点</p>				

備考1 「サービスの種別」、「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「看護職員の状況」には、サービス毎に単位を分けている場合は、看護職員の数単位別に記載してください。

3 多機能型(人員配置特例の利用あり)の場合、は、「看護職員の状況」単位①・②欄にそれぞれ児童発達支援と放課後等デイサービスの「基準人員」等をそれぞれ記載してください。

- 4 「うち保健師の員数」等には、サービス毎に配置されている看護職員の数を単位別に記載してください。
- 5 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

栄養士配置加算に関する届出書

1 児童発達支援センターの名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 栄養士配置加算(I) 2 栄養士配置加算(II)

4 栄養士配置の状況		常勤	非常勤
	管理栄養士	人	人
	栄養士	人	人

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

食事提供加算届出書

事業所・施設の名称		
1 異動区分	① 新規	② 変更
		③ 終了
2 届出項目	1 食事提供加算(I)	2 食事提供加算(II)
3 調理室での調理	① 行っている	② 行っていない
4 助言・指導を行う栄養士または管理栄養士		
食事提供加算 (I)		所属 氏名
	栄養士	
食事提供加算 (II)		所属 氏名
	管理栄養士	

- 備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 3 「調理室での調理」の欄については、該当する番号に○を付してください。
- 4 助言、指導を行う栄養士または管理栄養士は、資格を証明する書類を添付してください。
- 5 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

強度行動障害児支援加算に関する届出書
(放課後等デイサービス)

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 終了
2 届出項目	① 強度行動障害児支援加算 (I) ② 強度行動障害児支援加算 (II)
3 職員の体制	※加算 (I) 1 強度行動障害支援者養成研修 (実践研修) 修了者 配置 ※加算 (II) 2 強度行動障害支援者養成研修 (中核的人材) 修了者 配置

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

送迎加算に関する届出書（重症心身障害児・医療的ケア児）

1 事業所の名称				
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了			
3 サービス種別	① 児童発達支援（児童発達支援センター又は主として重症心身障害児を 通わせる事業所で行われるものを除く） ② 児童発達支援（児童発達支援センター又は主として重症心身障害児を 通わせる事業所で行われるものに限る） ③ 放課後等デイサービス			
4 送迎の対象に 含まれる児童	1 重症心身障害児 2 医療的ケア児 3 1及び2			
5 送迎の体制 （運転手以外）		氏名	職種	喀痰吸引等の 実施可否
	1			
	2			
	3			
	計			

備考1 「異動区分」欄及び「サービス種別」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 重症心身障害児又は医療的ケア児に対して支援を提供する児童発達支援事業所、児童発達支援センター、放課後等デイサービス事業所においてそれぞれ作成してください。

3 「送迎の対象に含まれる児童」欄については、1から3のうちいずれかの番号に○を付してください。

4 「喀痰吸引等の実施可否」欄については、送迎同乗者が実施可能な医療的ケアについて記載してください。

延長支援加算に関する届出書

1 事業所名	
2 サービス種別	① 児童発達支援 ② 放課後等デイサービス ③ ①・②の多機能
2-2 サービス種別の詳細	① 主として重症心身障害児を通わせる事業所 ② 共生型サービス ③ 基準該当サービス ④ その他
3 運営規程上の営業時間	() 時間
4 延長支援時間帯に職員を2以上配置しているか	①あり ②なし

備考1 「サービス種別の詳細」欄で①・②・③に該当する場合には、「運営規程上の営業時間」が8時間以上である必要があります。

2 「サービス種別の詳細」欄で④に該当する場合(※)には、「運営規程上の営業時間」が6時間以上である必要があります。
※放課後等デイサービス事業所については、学校休業日に指定放課後等デイサービスを行う場合

専門的支援体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
サービス種別	① 児童発達支援	② 放課後等デイサービス	③ ①・②の多機能
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 従業者の状況		単位①	単位②
	基準人数の総数 A	人	人
	従業者の総数 B (常勤換算)	人	人
	うち理学療法士等の員数 (保育士及び児童指導員を除く。)	人	人
	うち5年以上保育士の員数	人	人
	うち5年以上児童指導員の員数	人	人
	加配人数 (B-A)	人	人
専門的支援体制加算の算定対象となる従業者	ア 理学療法士等 (保育士及び児童指導員を除く。) イ 5年以上保育士 ウ 5年以上児童指導員	ア 理学療法士等 (保育士及び児童指導員を除く。) イ 5年以上保育士 ウ 5年以上児童指導員	

備考1 「サービス種別」、「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「従業者の状況」には、サービス毎に単位を分けている場合は、それぞれの員数を単位別に記載してください。

3 多機能型 (人員配置特例の利用なし) の場合は、「従業者の状況」単位①・②欄にそれぞれ児童発達支援と放課後等デイサービスの「基準人数」等をそれぞれ記載してください。

4 「うち理学療法士等の員数 (保育士及び児童指導員を除く。)」には、サービス毎に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理担当職員又は視覚障害者の生活訓練の養成を行う研修を終了した従業者の数を単位別に記載してください。

5 「うち5年以上保育士の員数」には、保育士の資格を得てから5年以上児童福祉事業に従事した経験を有する保育士の数を単位別に記載してください。

6 「うち5年以上児童指導員の員数」には、児童指導員として任用されてから5年以上児童福祉事業に従事した経験を有する児童指導員の数を単位別に記載してください。

7 5年以上児童福祉事業に従事した経験については、実務経験を証明する書類を添付してください。

8 算定対象となる従業者については、該当項目に○を付してください。

9 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

10 「算定に必要な従業者」とは、障害児に対して一定の割合で配置する必要がある児童指導員又は保育士のみを指すのではなく、指定基準に定める全ての職種を指したものです。よって、例えば、児童指導員や保育士を指定基準で置くこととしている員数+1の配置がされていても、児童発達支援管理責任者に欠如が生じている等の場合は、本加算を算定することはできない点に留意ください。

専門的支援実施加算に関する届出書

1 事業所の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

3 理学療法士等	理学療法士	名
	作業療法士	名
	言語聴覚士	名
	心理担当職員	名
	保育士（児童福祉事業経験5年以上）	名
	児童指導員（児童福祉事業経験5年以上）	名
	視覚障害者の生活訓練を専門とする技術者の養成を行う研修を修了した者	名

- 備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 配置する職員の資格を証明する書類を添付してください。
 - 3 保育士・児童指導員については実務経験を証明する書類を添付してください。
 - 4 保育士・児童指導員については、資格を得てから5年以上児童福祉事業に従事した経験を有している必要があります。
 - 5 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

中核機能強化加算・中核機能強化事業所加算に関する届出書

事業所・施設の名称							
事業所・施設種別	① 児童発達支援センター ② 児童発達支援事業所 ③ 放課後等デイサービス						
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了						
2 配置する専門職員の状況		配置する専門職員の職種				障害児支援に従事した経験年数	
	1人目						
	2人目						
3 支援体制の状況 (中核機能強化加算 (I)を算定する場合のみ)	各職種の職員数(常勤換算)						
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	看護職員	心理担当職員	保育士(備考5)	児童指導員(備考5)

備考1 「施設種別」、「異動区分」欄については、該当する番号に○を付けてください。

- 2 「配置する専門職員の職種」は、以下の職種のうちいずれかに該当するものを記入してください。なお、基準人員に加えて(児童指導員等加配加算又は専門支援体制加算を算定している場合においては、当該加算の算定に必要なとなる従業者の員数を含む。)配置する(加配する)者について記載してください。

※対象となる職種

以下の職種であって、障害児通所支援又は障害児入所支援、若しくは障害児相談支援に5年以上従事した経験のある者(常勤専任による配置)。経験年数は、資格取得後から当該支援に従事した経験年数とする。

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、心理担当職員、保育士、児童指導員

- 3 「障害児支援に従事した経験年数」欄は、配置する専門職員について、障害児通所支援又は障害児入所支援、若しくは障害児相談支援に従事した経験年数を記入すること。なお、5年以上従事した経験がない場合、加算の対象になりません。
- 4 中核機能強化加算(I)及び(II)を算定する場合には「1人目」欄及び「2人目」欄に、中核機能強化加算(III)を算定する場合には「1人目」欄に記入されている必要があります。
- 5 「支援体制の状況」欄の保育士・児童指導員は、障害児通所支援又は障害児入所支援に3年以上従事した者である必要があります。また、従事歴などの実務経験については、それを証明する書類を添付してください。
- 6 「支援体制の状況」欄において、常勤換算により1以上配置する職種が5つ以上ないと算定できません。なお、この配置については、以下の点に留意してください。
- ・ 基準人員、児童指導員等加配加算、専門的支援体制加算により加配した人員、上記イ及びロの人員でも可能とする。
 - ・ 配置すべき者に係る職種のうち2職種までは常勤換算ではない配置によることも可能である。
 - ・ 同一者が複数の職種を有している場合には、2職種までに限り評価を可能とする。
- 7 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算に関する届出書

視覚障害児等との意思疎通に関し専門性を有する者

職 名	氏 名	専門性を有する者が要する資格又は意思疎通の専門性

備考1 本加算は以下の児童が対象となります。

- ① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当する者
- ② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当する者
- ③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当する者

2 「専門性を有する者が要する資格又は意思疎通の専門性」欄には、次のiからiiiまでのいずれかの内容を記載してください。

- i 視覚障害児の専門性については、点字の指導、点訳、歩行支援等に関する専門性
- ii 聴覚障害児又は言語機能障害児の専門性については、手話通訳等に関する専門性
- iii 障害のある当事者が支援する場合には、障害特性に応じて、当事者としての経験に基づきコミュニケーション支援を行うことができる経験

人工内耳装用児支援加算に関する届出書

事業所・施設の名称		
1 異動区分	① 新規	② 変更
2 届出項目	1 人工内耳装用加算(Ⅰ)	2 人工内耳装用加算(Ⅱ)
3 聴力検査室の設置状況 ※児童発達支援センターのみ	① あり	② なし
4. 言語聴覚士の配置		
人工内耳装用加算(Ⅰ)		人数等
	言語聴覚士(常勤換算)	人
人工内耳装用加算(Ⅱ)		人数等
	言語聴覚士	人

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

3 「聴力検査室の設置状況」欄については、該当する番号に○を付してください。
また、新規の場合は、聴力検査室の設置状況がわかる図面又は写真を提出してください。

4 人工内耳装用児支援加算(Ⅰ)については、児童発達支援センターのみ算定が可能です。

5 「言語聴覚士の配置」欄のうち、人工内耳装用児加算(Ⅰ)の言語聴覚士の配置は基準人員に加えて配置する(加配する)人員数について記載してください。なお、旧主として難聴児を通わせる児童発達支援センターにあっては、本加算の算定に必要な言語聴覚士の配置は加配ではなく、配置している人員数を記載する点に留意ください。

6 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

入浴支援加算に関する届出書

1 事業所の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 入浴設備	1 あり 2 なし
4 安全計画の整備	1 あり 2 なし

- 備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 新規の場合は、入浴設備がわかる図面又は写真を提出してください。
 - 3 入浴に係る安全確保の取り組みを記載した安全計画を提出してください。

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に関する届出書

事業所・施設の名称					
サービス種別	①児童発達支援 ②放課後等デイサービス				
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了				
2 児童発達支援管理責任者等の配置の状況	(共生型サービス体制強化加算を算定する場合) <table border="1"> <tr> <td>児童発達支援管理責任者</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>保育士又は児童指導員</td> <td>人</td> </tr> </table>	児童発達支援管理責任者	人	保育士又は児童指導員	人
児童発達支援管理責任者	人				
保育士又は児童指導員	人				
3 看護職員の配置の状況	(共生型サービス医療的ケア児支援加算を算定する場合) <table border="1"> <tr> <td>看護職員</td> <td>人</td> </tr> </table>	看護職員	人		
看護職員	人				
4 地域に貢献する活動の内容	【自由記述】				

備考1 「異動区分」欄及び「サービス種別」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

保育職員加配加算に関する届出書

施設の名称													
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了												
2 保育職員の状況	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>人数等</th></tr></thead><tbody><tr><td>基準人数 A</td><td>人</td></tr><tr><td>従業者の総数 B (常勤換算)</td><td>人</td></tr><tr><td>うち児童指導員の員数</td><td>人</td></tr><tr><td>うち保育士の員数</td><td>人</td></tr><tr><td>加配人数 (B-A)</td><td>人</td></tr></tbody></table>		人数等	基準人数 A	人	従業者の総数 B (常勤換算)	人	うち児童指導員の員数	人	うち保育士の員数	人	加配人数 (B-A)	人
	人数等												
基準人数 A	人												
従業者の総数 B (常勤換算)	人												
うち児童指導員の員数	人												
うち保育士の員数	人												
加配人数 (B-A)	人												

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

個別サポート加算（I）に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 終了
2 サービス種別	放課後等デイサービス
3 職員の勤務体制	1 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者 配置

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

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)

事業所・施設の名称	
サービス種別	① 居宅訪問型児童発達支援 ② 保育所等訪問支援
異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了

○訪問支援員の配置状況

氏名	職種（資格）	資格取得日	障害児支援 経験年数
1			年 月
			年 月
			年 月
			通算： 年 月

氏名	職種（資格）	資格取得日	障害児支援 経験年数
2			年 月
			年 月
			年 月
			通算： 年 月

氏名	職種（資格）	資格取得日	障害児支援 経験年数
3			年 月
			年 月
			年 月
			通算： 年 月

- 備考1 「異動区分」欄及び「サービス種別」欄については、該当する番号に○を付してください。
- 2 事業所に配置されている訪問支援員について記載してください。記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。
- 3 障害児支援経験年数には、資格取得後の障害児支援事業所等又は任用後の障害児支援事業所等の実務経験年数を記載してください。また、実務経験を証明する書類を添付してください。

4 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

重度障害児支援加算に関する届出書

1 施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 重度棟の設置状況	重度棟の設置の有無
	有 (定員 人) 無

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「重度棟の設置状況」には、重度棟の有無について、該当する番号に○を付し、有の場合は定員を記載してください。

3 重度棟の設置がない場合、施設平面図と職員の勤務体制一覧を添付してください。

日中活動支援加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
職業指導員氏名		経験年数	

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

心理担当職員配置加算・要支援児童加算に関する届出書

1 施設の名称			
2 施設種別	1 福祉型障害児入所施設	2 医療型障害児入所施設	
3 届け出る加算	1 心理担当職員配置加算	2 要支援児童加算	3 1及び2
4 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
5 心理担当職員	氏名	障害児支援に従事した 経験年数	
	氏名	障害児支援に従事した 経験年数	
6 心理支援に必要な部屋・設備			

備考1 「施設種別」欄、「届け出る加算」欄、「移動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 心理支援を行う部屋・設備については、具体的に記載するほか、図面等を添付してください。
- 3 心理担当職員配置加算に関する届出にあつては、心的外傷のため心理支援を必要とする障害児について、別紙名簿を提出し、対象児童に変更があつた場合は、その都度、別紙名簿のみを提出してください。
- 4 心理担当職員配置加算を算定する場合には、「5 心理担当職員」欄の「障害児支援に従事した経験年数」を記載するとともに、実務経験を証明する書類を添付してください。
- 5 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

心的外傷のため心理支援を必要とする障害児名簿
(心理担当職員配置加算関係)

施設の名称	
公認心理師資格の有無	① 有 ② 無

	氏名	年齢	入所日	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

備考1 備考欄には、「契約による入所、措置による入所」の区別等を記入してください。

2 心的外傷のため心理療法を必要とする障がい児かどうかの判断のため、福祉総合相談センター又は各児童相談所が作成した対象児童名簿の写しを添付してください。

※福祉総合相談センター及び各児童相談所においては、対象児童について適宜名簿を作成し、各施設あて送付してください。

3 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

看護職員配置加算に関する届出書

事業所の名称			
事業所の所在地			
異動区分		① 新規	② 変更
連絡先	電話番号	担当者名	
	FAX番号		
看護職員の配置状況	保健師	常勤換算	人
	助産師	常勤換算	人
	看護師	常勤換算	人
	准看護師	常勤換算	人

医療的ケア児の医療的ケアスコア	月	①利用した医療的ケア児のスコア(※)	②開所日数	③医療的ケアスコアの合計の点数(①÷②)
	4月			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> ③の数値が40点以上の場合は、看護職員配置加算(Ⅱ)の算定要件を満たすことになる。 </div>
	5月			
	6月			
	7月			
	8月			
	9月			
	10月			
	11月			
	12月			
	1月			
	2月			
	3月			
	合計			

(※) 「①利用した医療的ケア児のスコア」の計算方法

ア：医療的ケア児の医療的ケアスコアに当該医療的ケア児が利用した日数を乗じる。
 イ：各月に利用実績がある医療的ケア児全員について、アの計算を行い、計算後の数値を合計する。

例) 4月に医療的ケアスコア20点の医療的ケア児Aは30日利用、医療的ケアスコア32点の医療的ケア児Bは28日利用。
 ⇒ 20点×30日+32点×28日=1,496点

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

児童指導員等加配加算に関する届出書（福祉型障害児入所施設）

事業所・施設の名称															
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了												
2 従業者の状況	<table border="1"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">人数等</td> </tr> <tr> <td>基準人数の総数 A</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>従業者の総数 B (常勤換算)</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>うち理学療法士等の員数</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>うち児童指導員等の員数</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> <tr> <td>加配人数 (B-A)</td> <td style="text-align: center;">人</td> </tr> </table>			人数等	基準人数の総数 A	人	従業者の総数 B (常勤換算)	人	うち理学療法士等の員数	人	うち児童指導員等の員数	人	加配人数 (B-A)	人	
		人数等													
	基準人数の総数 A	人													
	従業者の総数 B (常勤換算)	人													
	うち理学療法士等の員数	人													
	うち児童指導員等の員数	人													
加配人数 (B-A)	人														

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 「うち理学療法士等の員数」には、サービス毎に配置されている理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、心理担当職員又は視覚障害者の生活訓練の養成を行う研修を終了した従業者の数を単位別に記載してください。
- 3 「うち児童指導員等の員数」には、サービス毎に配置されている児童指導員又は強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了した指導員の数を単位別に記載してください。
- 4 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。
- 5 「算定に必要な従業者」とは、障害児に対して一定の割合で配置する必要がある児童指導員又は保育士のみを指すのではなく、指定基準に定める全ての職種を指したものです。よって、例えば、児童指導員や保育士を指定基準で置くこととしている員数+1の配置がされていても、児童発達支援管理責任者に欠如が生じている等の場合は、本加算を算定することはできない点に留意ください。

自活訓練加算に関する届出書

施設の名称	
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
2 届出項目	1 自活訓練加算(I) 2 自活訓練加算(II)

3 自活訓練の場所	1 施設の同一敷地内 → I を算定 2 それ以外の場所 → 隣接した借家等において訓練を行った場合、II を算定。									
4 過去2か年度の退所状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>加算対象人数</th> <th>退所人数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年度</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>年度</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※措置費による加算対象者も含めて記載</p>		加算対象人数	退所人数	年度			年度		
	加算対象人数	退所人数								
年度										
年度										

備考1 「異動区分」、「届出項目」、「自活訓練の場所」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「過去2か年度の退所状況」欄には、加算の対象となる自活訓練を行おうとする年度の前年度及び前々年度の状況を記載してください。

(過去2か年度の自活訓練修了者のうち1人以上が就労等による退所をしていない場合は算定できません)

3 加算の対象となる障害児について、別紙名簿等を提出してください。

4 過去2か年度の退所状況により算定の可否を判断するため、年度ごとに届出が必要です。

自活訓練を必要とする障害児名簿等
(自活訓練加算関係)

施設の名称	
-------	--

1 対象児童

	氏名	年齢(学年等)	自活訓練の期間	備考
1				
2				
3				
4				
5				

2 担当職員

	氏名	職種	指導経験年数	備考
1			年 月(年 月)	実務上の責任者
2			年 月(年 月)	
3			年 月(年 月)	
4			年 月(年 月)	

3 居住場所

住居区分	自活訓練専用棟・職員宿舎・アパート・その他()
自活訓練の場所	施設の同一敷地内・それ以外の場所
建物構造	m ²
建物面積	m ² (うち居室数 室)
建物利用面積	m ² (原則として個室又は2人部屋)
対象者の居室	m ²
居室の設備	

備考1 「1 対象児童」及び「2 担当職員」の備考欄には、「契約による入所、措置による入所」の区別等を記入してください。

2 「2 担当職員」の指導経験年数には、現に勤務する施設の勤続年数を記入し、()には、他の社会福祉施設での障害児(者)の福祉に従事した通算勤続年数を記入してください。

3 施設と居住場所との位置図・居住場所の平面図及び自活訓練計画書（指導員のチーム編成・勤務形態・日課・スケジュール・実習予定先等）を添付してください。

栄養士配置加算・栄養マネジメント加算に関する届出書

施設の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 栄養士配置の状況		常勤	非常勤
	管理栄養士	人	人
	栄養士	人	人
4 栄養マネジメントの状況	常勤の管理栄養士		人
	栄養マネジメントに関わる者		
	職種	氏名	
	医師		
	管理栄養士		
	看護師		

備考1 「栄養マネジメントに関わる者」欄には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

2 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

小規模グループケア加算に関する届出書

施設名		施設種別	福祉型 ・ 医療型
		入所定員	人
異動区分	1. 新規	2. 変更	3. 終了

単位 1

一単位当たりの定員	人	専任職員の配置	人（職種： ）
-----------	---	---------	---------

設備	専用・共用の別	備考
居室	専 ・ 共	児童一人当たりの面積（ m ² ）
台所	専 ・ 共	
食堂・居間	専 ・ 共	
浴室	専 ・ 共	
便所	専 ・ 共	
玄関	専 ・ 共	
その他	専 ・ 共	

単位 2

一単位当たりの定員	人	専任職員の配置	人（職種： ）
-----------	---	---------	---------

設備	専用・共用の別	備考
居室	専 ・ 共	児童一人当たりの面積（ m ² ）
台所	専 ・ 共	
食堂・居間	専 ・ 共	
浴室	専 ・ 共	
便所	専 ・ 共	
玄関	専 ・ 共	
その他	専 ・ 共	

備考 1 福祉型障害児入所施設及び医療型障害児入所施設において小規模なグループケアを実施する場
合

に届け出てください。

2 小規模グループケアの単位の定員は、4～8名です。

3 居室の床面積は、4.95㎡以上である必要があります。

4 小規模グループケアを実施する場合は、専任の職員として児童指導員又は保育士1名以上を加

配

し、他の職員と連携してケアを行う必要があります。

5 小規模グループケアを行う施設の平面図を添付してください。

6 小規模グループケアの単位ごとに届出書を作成してください（表が足りない場合は、適宜追加

し

てください。）

7 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

対象児童の状況

単位 1				障害児の人数	人
児童氏名	年齢	性別	本体施設での入所期間	グループケア実施期間	

単位 2				障害児の人数	人
児童氏名	年齢	性別	本体施設での入所期間	グループケア実施期間	

小規模グループケア加算（サテライト型）に関する届出書

施設名		入所定員	人
異動区分	1. 新規	2. 変更	3. 終了

単位 1

一単位当たりの定員	人	専任職員の配置	(職種：)
-----------	---	---------	--------

設備	備考
居室	児童一人当たりの面積 (m ²)
居間	
台所	
食堂	
浴室	
便所	
玄関	
その他	

本体施設との距離及び交通経路並びに移動に係る所要時間	
----------------------------	--

備考 1 福祉型障害児入所施設において、サテライト型として小規模なグループケアを実施する場合に届

け出てください。

2 小規模グループケアの単位の定員は、4～6名です。

3 居室の床面積は、4.95㎡以上であることが必要です。

4 小規模グループケアを実施する場合は、専任の職員として児童指導員又は保育士3以上を配置し、そのうち1以上は専任としたうえで、他の職員と連携してケアを行うことが必要がありま

す。

5 「本体施設との距離及び交通経路並びに移動に係る所要時間」欄には地図等の貼付とすること

も

できます。

6 サテライト型として小規模グループケアを行う施設の平面図を添付してください。

7 小規模グループケアの単位ごとに届出書を作成してください（表が足りない場合は、適宜追加

し

てください。）

対象児童の状況

単位 1

児童氏名	年齢	性別	本体施設での入所期間	グループケア実施期間

ソーシャルワーカー配置加算に係る届出書

事業所・施設の名称			
1 施設種別	① 福祉型障害児入所施設 ② 医療型障害児入所施設		
2 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了		
3 配置する社会福祉士等の状況		配置する社会福祉士等の資格等 (①か②を記入)	専従・兼任の別
	1人目		①専従 ・ ②兼任
	2人目		①専従 ・ ②兼任

備考1 「施設種別」欄及び「異動区分」欄については、該当する番号に○を付けてください。

- 2 「配置する社会福祉士等の資格等」は、以下の選択肢のいずれかを記入してください。
(両方に該当する場合、①を選択してください)

- ①：社会福祉士
②：5年以上障害福祉サービス、相談支援、障害児通所支援、障害児入所支援若しくは障害児相談支援に係る業務に従事した者

- 3 「専従・兼任の別」欄は、該当する番号に○を付けてください。なお、「①専従」に○が付かない場合、加算の対象にならないので注意してください。

- 4 社会福祉士等として専従で配置した従業者は、基準人員としては数えられないことに注意してください。

- 5 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。

(4) 福祉・介護職員等処遇改善
加算関係業務

福祉・介護職員等処遇改善加算関係業務の業務内容

1 概要

事業者から提出される「福祉・介護職員等障遇改善加算」に係る計画書及び実績報告書について、問い合わせ対応及び審査等を行うもの。

2 業務内容

福祉・介護職員等障遇改善加算

(1) 事業者からの問合せ対応

事業者から加算に関する連絡を受けたら、加算に必要な要件及び書類について説明する。

(2) 計画書の受付、收受

当該加算に係る書類の提出期限は、以下のとおり。他の加算と異なるため留意すること。

- ・R8年度の計画書の提出：令和8年4月15日
- ・新たに加算を取得する場合：加算開始月の前々月末日
※ただし、新規指定事業所については指定月末までに提出

① 受付

- ・計画書の受付は、県電子申請システムにより行う。(データは、職員が保存)
- ・保存された計画書を確認し、処遇改善加算分の計画書か、届出先に誤りがないか確認する。
 - * 補助金の計画書 ⇒ 加算の計画書で提出するよう事業者へ伝える。
 - * 届出先の誤り ⇒ 政令・中核市の事業所：各市の受付窓口
介護に係る加算の届出：介護の受付窓口を案内

② 收受

上記を確認したら、「收受」フォルダーヘデータの移行を行うとともに、受付簿に必要事項を入力。

(3) 申請書類の審査

① 審査

- ・計画書内のオレンジ色のセルが「○」になっているか確認。
- ・全てのセルが「○」の場合 ⇒ 「審査完了」フォルダーヘデータ移行
「×」のセルがある場合 ⇒ 「要補正」フォルダーヘデータ移行

② 補正指示

審査した結果、計画書の修正が必要な場合は、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。
※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。

③ システム入力

審査がすべて完了したら、システムに入力し、「入力済み」フォルダーヘデータ移行。

※実績報告書の提出の場合も、計画書提出時と同様の処理を行う。

(5) 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。

(6) 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」/
 「○日○時までに入力・決裁完了予定」/
 「訂正済」※
 請求誤りの場合は入力不要
- ①システム誤り
 ②請求誤り
 ③国保連連携漏れ
 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者数と不一致の請求で	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	○月○までに入力・決裁予定	
		201504	22	PB53	※受付:開所時間減算の請求ではありません	16	222261	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

(7) 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。