

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

年 月 日

春日井市長 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

		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9															
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、申請を行う春日井市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。

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

年 月 日

春日井市長 殿

所在地 春日井市〇〇町1-2-3
 申請者 名称 △△会
 代表者 ○△ 太郎

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)		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
申請者 (設置者)	フリガナ	△△カイ														
	名称	△△会														
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 486 - 0000) 春日井市〇〇町4-5-6														
	連絡先	電話番号	0568-△△-〇〇〇〇											(内線)	〇〇〇〇	
		E-mailアドレス														
法人等の種類	社会福祉法人															
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 487 - 0000) 春日井市〇〇台7-8-9															
フリガナ	シテイクテイソウダンシエンジギョウショ ○〇△△センター															
名称	指定特定相談支援事業所 ○〇△△センター															
事業所(施設)の所在地	(郵便番号 480 - 0000) 春日井市△△町9876番地															
多機能型事業所に係る指定の申請の場合は																
○																
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	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9									
		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			○			令和〇年〇月1日	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			○			令和〇年〇月1日	付表15									
【既に指定を受けている場合】事業所番号																
(備考)																

- 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。
- 「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、更新の場合にあつては、現に指定を受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

住所
事業 者 (所在地)
氏名 印
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

	事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	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		
現に指定計画相談支援又は 指定障害児相談支援を受けていた者に 対する措置 (廃止・休止した場合のみ)		
休止予定期間		年 月 日～ 年 月 日

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

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 -)						
	主任相談支援専門員に該当			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							
	住 所	(郵便番号 -)						
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							

管理者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名					
	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		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	
相談支援員	住所	(郵便番号 -)				
	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	
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

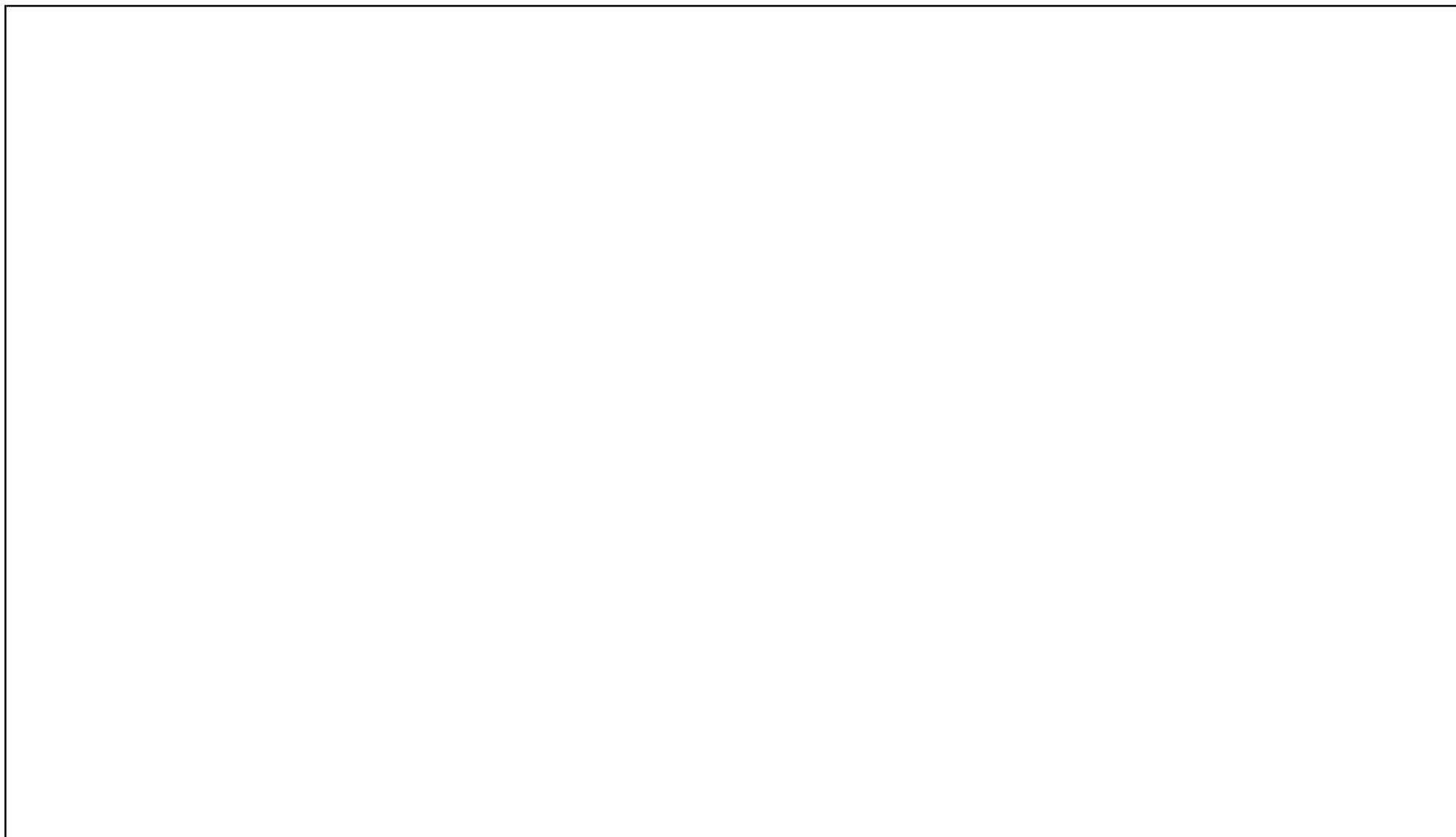
相談支援専門員	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		主任相談支援専門員に該当	有	無	
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		主任相談支援専門員に該当	有	無	
相談支援員	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士	
	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		保有資格	社会福祉士	精神保健福祉士		
住所	(郵便番号 -)					

他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員について

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員を全て記載してください。					
1	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
2	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
3	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
4	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		
5	氏 名		事業所の名称		
	フリガナ		事業の種類		兼務する職種
	氏名		勤務時間		

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。

(標準様式 2)

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

サービス種類			計画相談支援・障がい児相談支援														事業所・施設名							4週 の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数							
職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週										第4週						
			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
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日			
																													0	0.0			
																													0	0.0			
																													0	0.0			
																													0	0.0			
																													0	0.0			
																													0	0.0			
																													0	0.0			
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	0.0
サービス提供時間																													0				
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数									1日： 時間 分							1週： 時間 分																	
(組織体制図)																																	

注1 1日が月曜日から始まると仮定した一般的な勤務形態の例をご記入ください。

注2 「職種」欄は、サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注3 各事業所・施設において私用している勤務割表等により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。

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表（記入例）

サービス種類			計画相談支援・障がい児相談支援														事業所・施設名														4週の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数
職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週									
			1 月	2 火	3 水	4 木	5 金	6 土	7 日	8 月	9 火	10 水	11 木	12 金	13 土	14 日	15 月	16 火	17 水	18 木	19 金	20 土	21 日	22 月	23 火	24 水	25 木	26 金	27 土	28 日			
管理者	常勤・兼務	A	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0	1.0
相談支援専門員	常勤・兼務	A	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0	0.5
相談支援専門員	常勤・専従	B	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
相談支援専門員	非常勤・専従	C	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0	0.5
相談支援員	常勤・専従	D	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160	40.0	1.0
補助職員	非常勤・専従	E	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80	20.0	0.5
																															0	0.0	
																															0	0.0	
合計			32	32	32	32	32	0	0	32	32	32	32	32	0	0	32	32	32	32	32	0	0	32	32	32	32	32	0	0	640	160.0	4.5
サービス提供時間			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160		
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数								1日： 8時間 00分							1週： 40時間 00分																		
(組織体制図)																																	

注1 1日が月曜日から始まると仮定した一般的な勤務形態の例をご記入ください。

注2 「職種」欄は、サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注3 各事業所・施設において私用している勤務割表等により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。

(標準様式 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

実務経験証明書

様 番 号
年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名 ()

- (注)
- 1 施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護等の種別も記入すること。
 - 2 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
 - 3 業務内容欄は、生活支援員、看護師等の職名を記入し、業務内容について具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
 - 4 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

実務経験見込証明書

様 番 号
年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名 ()

- (注)
- 1 施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護等の種別も記入すること。
 - 2 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行うと見込まれる期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
 - 3 業務内容欄は、生活支援員、看護師等の職名を記入し、業務内容について具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
 - 4 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

申請者 所在地
名称
代表者 住所
氏名

印

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者総合支援法第51条の20第2項において準用する同法第36条第3項（第4号、第10号及び第13号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

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

- 1 申請者が法人でないとき。
- 2 当該申請に係る特定相談支援事業所（第五十一条の二十第一項に規定する特定相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第五十一条の二十四第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第五十一条の二十四第二項の厚生労働省令で定める指定計画相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な特定相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、第五十条第一項（同条第三項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消の処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその特定相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含み、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該者の管理者であった者で当該取消の日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援事業者（第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定特定相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定特定相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 6 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。））申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるものうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定特定相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定特定相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7 申請者が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 8 申請者が、第四十八条第一項（同条第三項において準用する場合を含む。）又は第五十一条の二十七第一項若しくは第二項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事又は市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 9 申請者が、指定の申請前五年以内に相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 10 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号、第五号、第七号、第八号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

指定障がい児相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

(宛先) 春日井市長

申請者 所在地
名称
代表者 住所
氏名

印

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

記

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

- 申請者が法人でないとき。
- 当該申請に係る障がい児相談支援事業所（第二十四条の二十八第一項に規定する障がい児相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第二十四条の三十一第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 申請者が、第二十四条の三十一第二項の厚生労働省令で定める指定障がい児相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な障がい児相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 申請者又は申請者の役員等が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 申請者が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその障がい児相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下この条及び第二十一条の五の二十三第一項第十一号において「役員等」という。）であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含み、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、指定障がい児相談支援事業者（第二十四条の二十六第一項第一号に規定する指定障がい児相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障がい児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障がい児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの）のうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障がい児相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障がい児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障がい児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 申請者の役員等が、第二十一条の五の二十三第一項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該取消しの処分を受けた法人の役員等であつた者で、当該取消しの日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第二十四条の三十二第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、第二十四条の三十四第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第二十四条の三十二第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 申請者が、指定の更新の申請前五年以内に障がい児相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号、第五号、第八号、第九号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

(参考様式2)

備品等一覧表

事業所名 ()

設けられている室名	備品の品目及び数量

備考 1 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。