

記載例

受付番号

指定障害児通所支援事業者
指定(更新)申請書
指定障害児入所施設

申請書受理時に記入するため、空欄にしてください。

令和 年 月 日

(宛先) 名古屋市長

所在地 名古屋市〇丁目〇番地

申請者 名称 社会福祉法人名古屋市

代表者氏名 理事長 名古屋 太郎

法人情報について、登記簿謄本どおり記載してください。

◎「社会福祉法人〇〇」 × 「社会福祉法人 〇〇」

◎「一丁目1番地1」 × 「1-1-1」

支援事業者
所施設

に係る指定(更新)を受けたいので、次のと

申請者	フリガナ 名称	シャカイフクシホウジンナゴヤシ 社会福祉法人名古屋市					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 123-4567 愛知県名古屋市〇丁目〇番地					
	法人の種類	社会福祉法人	法人所轄庁		名古屋市		
	連絡先	電話番号	052-000-0000	FAX番号	052-000-0001		
	代表者の職名・氏名・ 生 年 月 日	職 名	理事長	フリガナ 氏 名	ナゴヤ タロウ 名古屋 太郎	生年 月日	1980. 1. 1
指定を受けようとする事業等の種類	代表者の住所	(郵便番号) 345-6789 愛知県名古屋市△丁目△番地					
	フリガナ 名 称	ナゴヤデイサービス 名古屋デイサービス					
	施設又は事業所の所在地	(郵便番号) 名古屋市 □□区□丁目□番地 名古屋ビル1階					
	事業等の種別	指定申請する事業等の支援開始年月日					
	児童発達支援、放課後等デイサービス	令和☆年☆月 1 日					
	同一所在地において行う事業等の種類	事業所番号					
備考	同一所在地において他の障害福祉サービス事業所等を運営している場合、記載してください。						

事業所名は、平易で読みやすいものとし、使用可能な文字は原則、漢字、平仮名、片仮名、及びアラビア数字としてください。

住居表示どおり記載してください。

注1 「受付番号」欄は、記入しないでください。

2 「法人の種類」欄には、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入してください。

また、申請者が認可法人である場合は、「法人所轄庁」欄に、その主務官庁の名称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、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、事業等の種類を記入してください。

4 「事業所番号」欄には、名古屋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入してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入してください。

※この申請書は、児童福祉法第34条の3第2項による届出を兼ねています。(障害児通所支援事業の指定に係る届出の場合。事業等開始届)

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

付表15 児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

記載例

サービス種別(申請するものに○)		児童発達支援		放課後等デイサービス				
事業所	フリガナ 名称	ナゴヤデイサービス 名古屋デイサービス						
	所在地	(郵便番号 234 - 5678) 愛知県 名古屋市 〇丁目〇番地 名古屋ビル1階						
	連絡先	電話番号	052-000-0002	FAX	052-000-0003			
	E-Mail	jigyousho@〇〇.co.jp						
管理者	フリガナ 氏名	ナゴヤ ジロウ 名古屋 次郎		生年月日	1990 年 1 月 1 日			
	住所	(郵便番号 345 - 6789) 愛知県 名古屋市 ×丁目×番地						
	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	名古屋生活介護					
		兼務する職種及び勤務時間等	サービス管理責任者 9時~18時					
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名	ナゴヤ サブロー 名古屋 三郎		生年月日	1990 年 2 月 2 日			
	住所	(郵便番号 456 - 7890) 愛知県 名古屋市 ×丁目×番地						
	法人の定款に「児童福祉法に基づく障害児通所支援事業」が記載されている箇所							
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 2 条 第 1 項 第 1 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)	10							
利用者の推定数(人)	運営規程と一致すること		20 見込値					
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)		年末年始(12/29~1/4)を除く						
サービス提供時間	平日	11	:	00	~	17	:	00
	土曜				~			
	日・祝	運営規程と一致すること			~			
送迎の有無	有		無					
通常の事業の実施地域	名古屋市内全域							
協力医療機関	名称	〇〇内科医院			主な診療科名	内科		

(備考)

1. 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。
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。

記載例

(参考様式1)
平面図

事業所の名称	
--------	--

- ・既存の平面図でも差し支えありません。
- ・発達支援室、事務室、相談室等、部屋名を記載してください。
- ・発達支援室の面積を記載してください。
(面積は壁から壁の内寸とし、棚等については面積から除き、実活動スペースの面積としてください。)

備考1 各室の用途及び面積を記載してください。(用途：発達支援室、相談室、事務室、トイレ等)

2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合はそれぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示してください。

(参考様式2)
設備・備品等一覧表

支援の種類 (児童発達支援、放課後等デイサービス)
事業所名 (名古屋デイサービス)

設備の概要	設備基準上適合すべき項目等についての状況	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要		
発達支援室	発達支援を行う部屋である。〇㎡の広さがあり利用児童を見渡せる部屋となっている。	
事務室	個人情報を管理するため、独立した部屋となっている。	
相談室	相談内容等が漏洩しないよう配慮している。	
トイレ 手洗い 非常災害設備等	建物は耐火構造となっている。 非常用通報装置を設置している。 避難しやすい動線を確認している。	
室名	備品の品目及び数量	
発達支援室	テーブル 1台 椅子 4脚 書棚 2台	
事務室	鍵付き書庫 1台 作業テーブル 1台 椅子 4脚	
相談室	テーブル 1台 椅子 3脚	
	<div style="border: 1px solid black; background-color: #4a7ebb; color: white; padding: 5px; display: inline-block;"> 細かな療育の道具の記載は不要です。 </div>	

注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。

2 「適合の可否」欄には、何も記載しないでください。

施設・設備（地域連携・消防・建築）等申請調書

(該当部分を記入し、□にチェックをつけてください)

① 法人の名称	社会福祉法人名古屋市		
② 事業所の名称	名古屋デイサービス	利用定員	10人
③ サービス種類	児童発達支援、放課後等デイサービス		
④ 近隣住民に対する事業説明の実施状況 〔平面図及び設備の変更の場合は不要〕	<p>説明方法（説明会の開催、近隣への戸別訪問等）、実施日、説明の相手方（町内会長、近隣住民○○さん等）、説明した内容等を具体的に記入してください。説明用に配付した資料があれば添付すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 説明方法：近隣へ戸別訪問 実施日：令和○年○月○日 説明の相手方：近隣住民 説明内容：別添チラシのとおり <p>消防署に確認連絡をする場合があるため、必ず担当者名を記載してください。</p>		
⑤ 消防法における必要な要件の確認 消防署への確認欄 図面、消防設備の写真を持参して確認すること。併せて、確認時に消防署へ持参した書類（写）を添付してください。	相談日	令和 △年 △月 △日	
	相談部署	中 消防署（例：千種消防署）担当者名 消防太郎	
	内容	適用条項 <input checked="" type="checkbox"/> 別表 6 項口 <input type="checkbox"/> 別表 6 項ハ <input type="checkbox"/> 別表__項__	
		使用開始までに新たに設置が必要な設備 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 消火器 <input checked="" type="checkbox"/> 誘導灯 <input checked="" type="checkbox"/> 避難器具 <input type="checkbox"/> 自動火災報知設備（煙感知器含む） <input type="checkbox"/> 火災通報装置 <input type="checkbox"/> スプリンクラー設備 <input type="checkbox"/> その他（)	
		防火管理者の配置 <input checked="" type="checkbox"/> 要（修了証写添付） <input type="checkbox"/> 不要	
実施時期	令和 □年 □月 □日頃（対応が必要な場合に記入）		
注意：指定日前に必要な設備の設置が完了していない場合、指定は受けられません。（指定日前に受付印押印のある消防用設備設置届の写しを提出すること。）			
⑥ 建築基準法等における必要な要件の証明 ア、イのどちらかに記載してください。 児童福祉法 6 条の 2 の 2 に定める児童発達支援、放課後等デイサービス事業を行うことのできる建築物であることの証明を建築士にもらってください。申請書類受理前に、建築士作成した平面図等での確認が必要です。	ア.既存建物で用途変更面積が 200 m ² を超える場合又は新築・増築の場合 建築確認申請について <input type="checkbox"/> 実施済み ⇒ 確認済証(写)添付(工事完了後は検査済証等(写)) <input type="checkbox"/> 未実施 ⇒ 実施時期(令和 年 月 日頃) 注意 1: 指定日前に必要な手続きが完了していない場合、指定は受けられません。(現地確認日前に検査済証又は受付印押印のある工事完了届の写しを提出すること。) 注意 2: 建築基準法での建築物の用途が児童福祉施設等又は診療所であることが必要です。(不動産登記上の用途ではありません。)		
	イ.既存建物で用途変更面積が 200 m ² 以下の場合 提出した平面図に記載の児童発達支援・放課後等デイサービスの指定を受けようとする建築物又は建築物の部分は、建築基準法施行規則別記様式に定める、児童福祉施設等の用途の区分に適合していることを確認した。(別紙「建築物の現況調査による適合証明証書」を添付) 令和 ×年 ×月 ×日 建築士氏名 建築 太郎 建築士事務所名 ○○建築事務所 電話番号 000-000-0000 イの場合、別紙の提出が必要です。		

令和 ×年 ×月 ×日

法人名 社会福祉法人名古屋市

代表者 職・氏名 理事長 名古屋 太郎

記入日

※この調書は、児童発達支援、放課後等デイサービスの場合に作成してください。

建築物の**現況調査**による適合証明証書

【証明する者】

建築士事業所名 〇〇建築事務所建築士 氏名 建築 太郎建築士番号 1級建築士 第〇〇〇〇〇〇号

児童発達支援・放課後等デイサービスの指定を受けようとする以下の建築物又は建築物の部分については、建築基準法施行規則別記様式の用途区分による児童福祉施設等として、建築基準法及び建築基準法関係法令に適合していることを目視にて確認しました。

- 1 建築物の住所（部屋番号）
名古屋市〇丁目〇番地 名古屋ビル1階
- 2 障害児通所支援事業所名称
名古屋デイサービス
- 3 事業所実施法人

法人住所 名古屋市〇丁目〇番地法人名 社会福祉法人名古屋市代表者職氏名 理事長 名古屋 太郎

※この証明は施設・設備（地域連携・消防・建築）等申請調書（参考様式3）⑥イの場合に、現地確認より前に提出してください。

(参考様式6)

実務経験証明書

名古屋市長 様 記入日 令和 〇年 〇月 〇日

証明者
(勤務していた法人)

施設又は事業所所在地及び名称

愛知県名古屋市〇丁目〇番地
社会福祉法人〇〇

代表者氏名 理事長〇〇

電話番号 000-000-0000

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	名古屋 三郎	生年月日	1990年 2月 2日
現住所	名古屋市×丁目×番地		
施設又は事業所名	事業所A 施設・事業所の種別:事業所番号(障害児通所支援事業 :No. 1111111111)		
業務期間	平成29年 4月 1日～ 令和3年 3月 31日 (4年 月間)		
うち業務に従事した日数	868日		
業務内容	職名 (児童指導員) 障害児に対して、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練、その他必要な支援		

- (注)
- 施設又は事業所名欄の施設・事業所の種別欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。また、法令上の施設・事業所種別の名称を記入すること。
 - 業務期間欄は、証明を受ける者が勤務し当該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)
業務期間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。
高齢者の事業所と障害者の事業所のように複数の事業所での業務期間を記載する場合は、事業所毎の業務期間及び日数を記入してください。
 - 証明内容を訂正した場合は、原則受付できません。
 - 1年あたり180日以上に従事日数が必要です。

(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	名古屋デイサービス
指定サービス等の種類	児童発達支援、放課後等デイサービス

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

○相談、苦情に対する常設の窓口として、児童発達支援管理責任者を苦情受付担当者として配置する。また、担当者が不在の時は、苦情解決責任者である管理者をはじめ、全職員が対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぐこととする。

- ・苦情受付担当者：児童発達支援管理責任者 名古屋 三郎
- ・受付時間：月～土曜日 9：00～18：00 ただし、年末年始（12月29日～1月3日）は除く
- ・電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
- ・苦情解決責任者：管理者 名古屋 次郎

○障害児又はその保護者からの苦情に適切に対処するため、当事業所関係者及び利用者以外の中立・公平な「第三者委員」を設置し、双方の間に入って助言を行い、話し合いに立ち会う等、積極的な役割を担っていただく予定である。

- ・第三者委員
 - 委員A（社会福祉法人名古屋市 監事）
 - 委員B（〇〇大学社会福祉学部 准教授）
 - 委員C（弁護士）

第三者委員会を設置している場合は、その内容について記載してください。

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

- ・苦情があった場合は、直ちに苦情受付担当者が相手方に連絡を取り、直接出向くなどして詳しい事情を聞くとともに、関係職員からも事情を確認します。
- ・苦情受付担当者が必要と判断した場合には、管理者まで含めて検討会議を開催します。
- ・検討会議を開催しない場合であっても、必ず管理者まで処理結果を報告します。
- ・検討後、翌日までには必ず具体的な対応を行います。
- ・苦情に関する記録を台帳に保管し、今後の再発防止に役立てます。

※具体的な対応方針

別添「苦情解決マニュアル」のとおり

マニュアル等がある場合は、添付してください。

3 その他参考事項

- ①名古屋市子育て支援部子ども福祉課 電話：052-972-3187
- ②社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会 電話：052-212-5515

(参考様式8)

誓約書

令和〇年〇月〇日

名古屋市長 殿

記入日

申請者 (名称) 社会福祉法人名古屋市

(代表者の職名・氏名) 理事長 名古屋 太郎

申請者が以下のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

児童福祉法第21条の5の15第3項

- 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 申請者と密接な関係を有する者(申請者(法人に限る。以下この号において同じ。)の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として内閣府令で定めるもの(以下この号において「申請者の親会社等」という。)、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として内閣府令で定めるもの)のうち、当該申請者と内閣府令で定める密接な関係を有する法人をいう。)が、第二十一条の五の二十四第一項又は第三十三条の十八第六項の規定により指定を取り消され、その取消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。
- 削除
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。