

児(参考様式2)

組 織 体 制 図

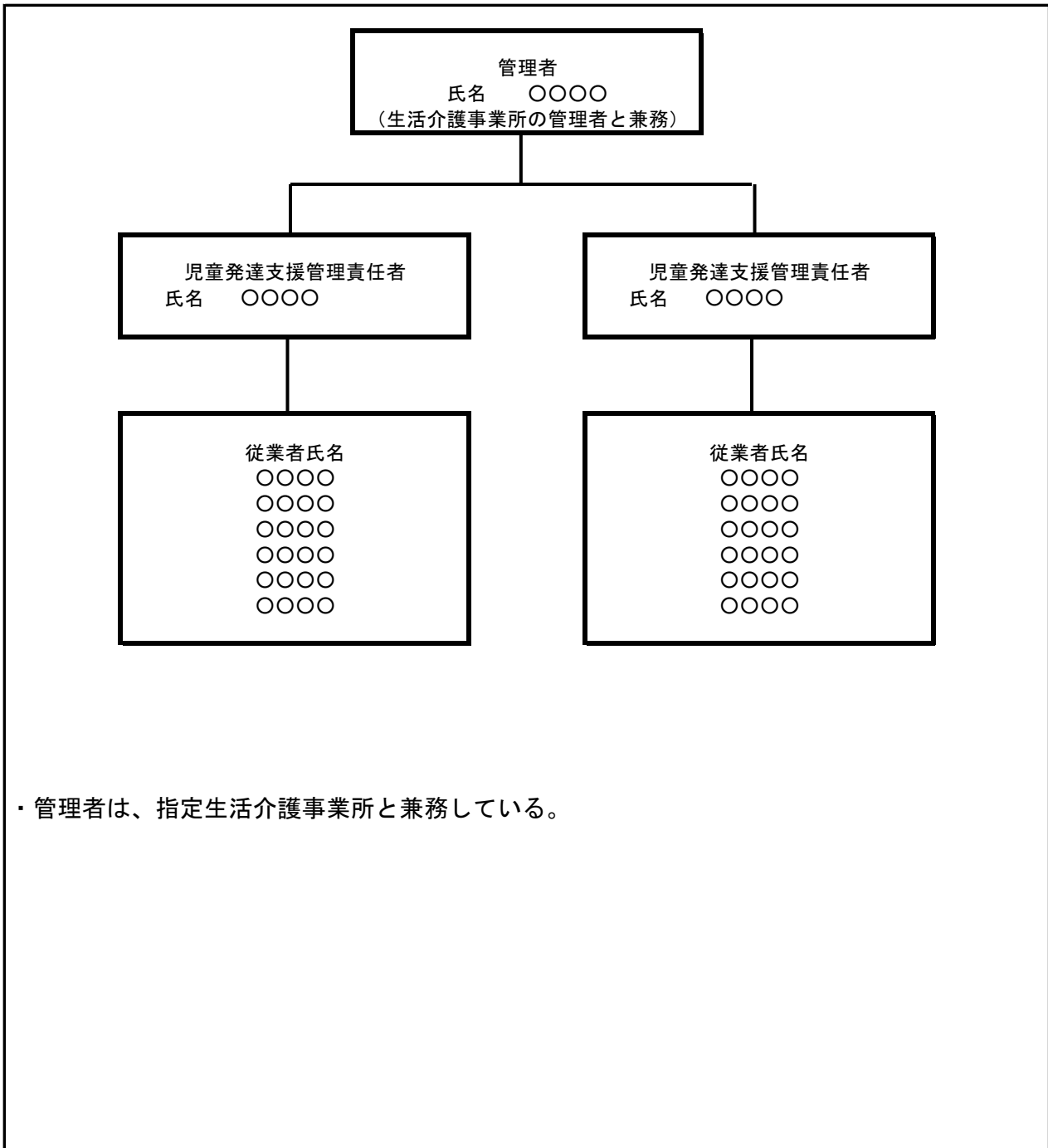
事業所の名称	
サービスの種類	
同一所在地において他に実施している事業	



- ※ 担当業務や兼務の状況が分かるように図又は文章による説明を加えてください。
- ※ 既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

組 織 体 制 図

事業所の名称	○△児童発達支援事業所
サービスの種類	児童発達支援・放課後等デイサービス
同一所在地において他に実施している事業	障害者総合支援法に基づく生活介護



・ 管理者は、指定生活介護事業所と兼務している。

※ 担当業務や兼務の状況が分かるように図又は文章による説明を加えてください。
 ※ 既存の組織体制図がある場合は、その写し等の添付でかまいません。

児（参考様式3）

{
}
(
)

管 理 者
児童発達支援管理責任者

経歴書

該当しない職種は二重線で消してください。

事業所の名称			
サービス種類			
兼務状況			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			
主な職歴等			
年 月 ~ 年 月	勤務先等	職務内容	
職務に関連する資格			
資格の種類	資格取得年月日		
職務に関連する研修の受講状況			
[研修名]	<input type="checkbox"/>	年 月	修了
[研修名]	<input type="checkbox"/>	年 月	修了
[研修名]	<input type="checkbox"/>	年 月	修了
[研修名]	<input type="checkbox"/>	年 月	修了
[研修名]	<input type="checkbox"/>	年 月	修了（見込）
備考			

備考1 「兼務状況」の欄には、他に兼務する職がある場合、その職種、事業所名、サービス種類、勤務時間帯を全て記入し、兼務状況が分かるようにしてください。また、他に兼務がない場合は、「兼務なし」と記入してください。

2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。

児(参考様式4)

研修受講誓約書

年 月 日

所在地
申請者 名称
(設置者) 代表者職・氏名

下記の事業所(施設)の変更届出にあたり、当該事業所(施設)に配置する
()については、その要件となる研修を修了していません。
つきましては、下記のとおり研修を受講することを誓約します。

記

事業所名	
サービス種類	
研修受講・修了要件を満たしていない職種	
研修を受講する者の氏名	
受講する研修の種類	①
	②
研修を受講・修了する時期	①
	②

[参考]

上記の者にかかる研修修了及び実務経験の状況	
-----------------------	--

※1 この誓約書は1名につき1枚作成してください。

児（参考様式5）

実務経験（見込）証明書

尼崎市長 様

番 号
年 月 日
※証明した日を記載してください。

法人所在地

法人名称

代表者氏名

印

電話番号

証明担当者氏名	
担当電話番号	

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)
施設又は事業所名	事業所番号 () 施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月)
(うち休職等の期間)	年 月 日～ 年 月 日 (年 月)
業務期間内の従事日数	日
業 務 内 容	職名 ()

- 施設又は事業所名欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。
- 見込証明でない場合は、表題の（見込）を二重線で消すこと。
- 証明者は、法人である場合は法人代表者、法人でない場合はその団体等の代表者とする。
- 「業務期間」欄は、被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間（見込証明においては援助を行うと見込まれる期間）を記入すること。
また、産休・育休・療養休暇や長期研修期間などは「業務期間」とは認められないため、該当する期間がある場合は、「うち休職等の期間」欄に記入し、業務期間から省かれる期間を明確にすること。
（該当する期間が複数回ある場合は、適宜様式を補正し、その全てを記入すること。）
- 「業務に従事した日数」には、「業務内容」の業務に実際に従事した日数を記入すること。
- 「業務内容」欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、業務内容について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
- 証明内容を訂正する場合は、二重線で消し、証明者の職印を押印すること。（修正液による訂正は認められない。）

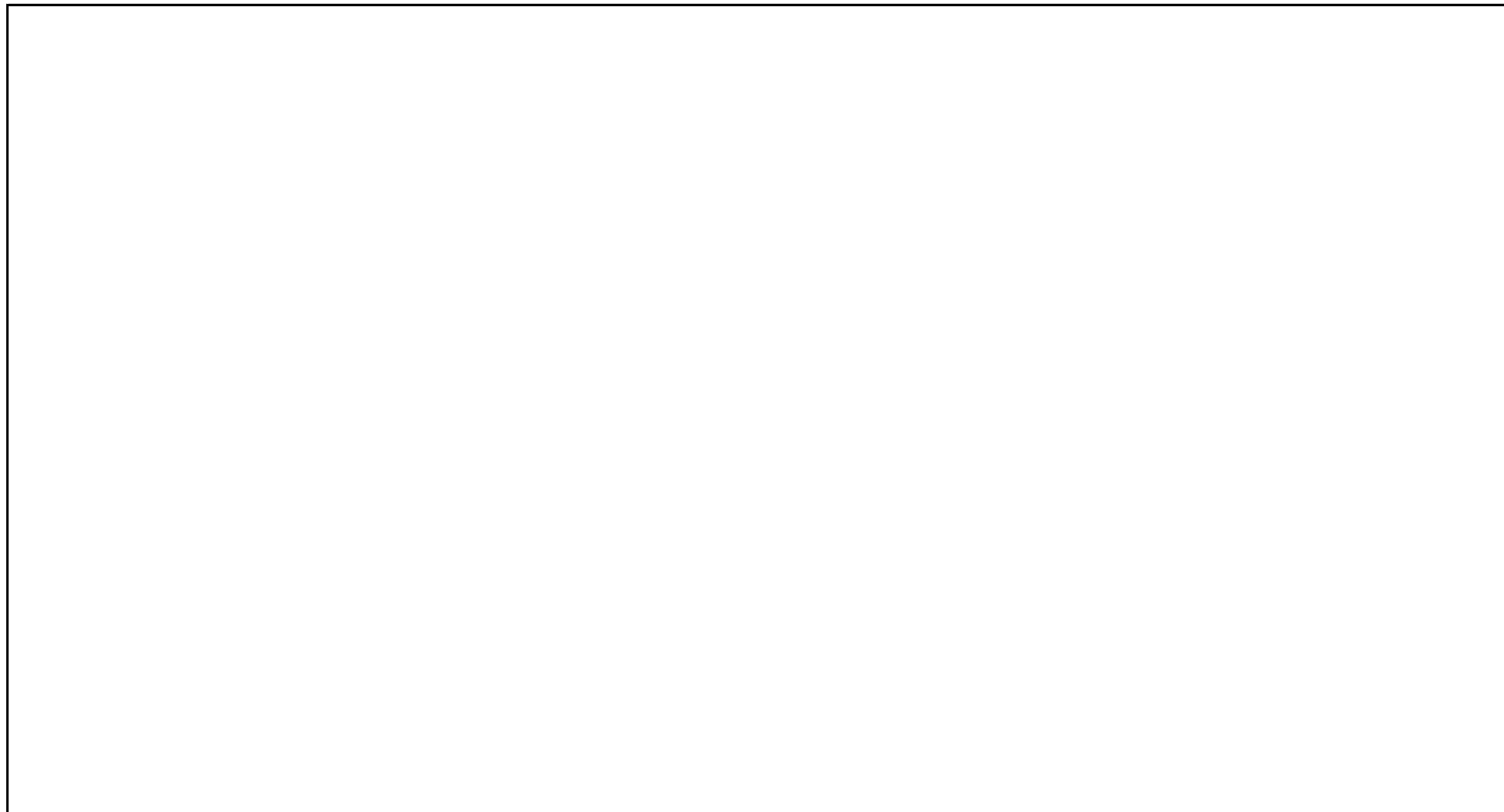
（本人確認欄）上記、証明内容に関しては、事実と相違ありません。

署名 (証明された本人氏名)		連絡先	
現住所			

児（参考様式6）

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。

3 既存の図面がある場合は、この様式によらず、既存の資料を提出していただいてもかまいません。

居室面積等一覧表

事業所の名称	
サービスの種類	

種類	設置階	1 階			2 階			階				階				合計		
		室数	面積 一人あたり	備考	室数	面積 一人あたり	備考	室数	面積 一人あたり	備考	室数	面積 一人あたり	備考	室数	面積	備考		
居室	1室の定員		()			()			()			()						
			()			()			()			()						
			()			()			()			()						
			()			()			()			()						
			()			()			()			()						
			()			()			()			()						
			()			()			()			()						
			()			()			()			()						
			()			()			()			()						
居室以外																		
片廊下幅		(最も狭い個所)	m		(最も狭い個所)	m		(最も狭い個所)	m		(最も狭い個所)	m						
中廊下幅			m			m			m			m						
共用する事業所・施設名																		

- 備考 1 設備基準で定められた設備等について、設置階ごとに記載してください。
- 2 居室については、「1室の定員」ごとに分けて記入してください。また、同じ定員でも面積に異なる居室がある場合には、それぞれの居室ごとに分けて記入してください。
- 3 「1人あたりの面積」の算出が必要な設備は、面積欄の()内に記入してください。(算出にあたっては小数点以下第二位を切捨て)
- 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数、面積を記入してください。
- 5 他の事業所、施設と共用がある場合は、備考欄に「共用」と記入し、「共用する事業所・施設名」欄に正式名称を記入し、共用先の当該部分の平面図を添付してください。(児参考様式6で添付されている場合は省略可)
- 6 同一の事業所又は施設の他の設備と兼用している場合は「備考欄」に「〇〇室と兼用」と記載してください。

児（参考様式9）

障害児又はその保護者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

支援の種類	
事業所名	

措置の概要	
1	障害児又はその保護者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、責任者（※ 担当者と責任者は別とすること。）
2	円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順
	※具体的な対応方針
3	その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載してください。

障害児通所支援の主たる対象者を特定する理由

事業所・施設の名称（ ）

サービスの種類（ ）

1 主たる対象者（該当するものに○を記入すること。）

身体障害児	知的障害児	精神障害児 (発達障害児)	重症心身障害児	難病等対象者

2 主たる対象者を1のとおりとする理由

[]

3 今後、主たる対象者を拡充する予定の有無

(1) 拡充の予定の有無

あり・なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(内容)

(時期) 平成 年 月

(3) 拡充のための方策

[]

児（参考様式 1 1）

児童福祉法第 2 1 条の 5 の 1 5 第 3 項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

尼崎市長 様

申請者 所在地
名 称
代表者 住 所
氏 名

申請者及び申請者の役員等は、下記各号のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

※役員等：業務を執行する社員、取締役、執行役、理事、監事又はこれらに準ずる者、その事業所を管理する者（管理者）

■該当していないことを確認する事項（該当する場合は、指定を受けることができません）

【児童福祉法第 2 1 条の 5 の 1 5 第 3 項各号の規定】（一部要約）

- 1 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 2 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 2 1 条の 5 の 1 9 第 1 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。
- 3 申請者が、第 2 1 条の 5 の 1 9 第 2 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。
- 4 申請者の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれに準ずる者をいい、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、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同様以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）又は当該申請に係る障害児通所支援事業所を管理する者（以下「役員等」という。）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。
- 5 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。
（※）障害者総合支援法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 6 申請者が、第 2 1 条の 5 の 2 4 第 1 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 5 年を経過しない者であるとき。
- 7 申請者の役員等が第 2 1 条の 5 の 2 4 第 1 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 5 年法律第 88 号）第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 日以内に当該取消しの処分を受けた法人の役員等であった者で、当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 8 申請者が、第 2 1 条の 5 の 2 4 第 1 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 1 5 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 2 4 条の 1 4 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 5 年を経過しないものであるとき。
- 9 前号に規定する期間内に第 2 1 条の 5 の 2 0 第 4 項の規定による事業の廃止の届出があった場合において、申請者の役員等が同号の通知の日前 6 0 日以内に当該事業の廃止に係る法人（当該指定の辞退について相当の理由がある法人を除く。）の役員等であった者で、当該届出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 10 申請者又は申請者の役員等が、指定の申請前 5 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。

【尼崎市児童福祉法に基づく児童福祉施設の設備及び運営の基準等を定める条例第 3 条第 3 項、第 4 項、第 4 条】（一部要約）

- 1 申請者及び管理者が暴力団員等であるとき。
- 2 運営が暴力団等の支配を受けているとき。

児（参考様式12）

協力医療機関

との契約の内容

協力歯科医療機関

事業所の名称	
サービスの種類	

協力（歯科）医療機関の名称	
所在地	
診療科目	
事業所・施設からの距離	km （徒歩 分 車 分）
契約の内容	

備考 「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。

協力医療機関

との契約の内容

協力歯科医療機関

事業所の名称	〇〇学園
サービスの種類	児童発達支援

協力（歯科）医療機関の名称	医療法人〇〇会 〇〇〇病院
所在地	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
診療科目	〇〇科、〇〇科、〇〇科
事業所・施設からの距離	km （徒歩 分 車 分）
契約の内容	<p>（例） 協力病院と以下のような契約を結び、緊急時等に対する体制を整えている。</p> <p>1 入居者の緊急な医学的治療を要する際には、迅速に入院、往診の処置を行う。</p> <p>2 日祝日並びに夜間についても、入居者の緊急な医学的治療を要する場合は、直ちに医学的処遇を行うため万全の体制を確保する。</p> <p>3 相互に疑義を生じたときは、双方誠実に協議善処するものとする。</p>

備考 「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。

児（参考様式13）

共生型障害児通所支援事業者等の特例による指定を不要とする旨の申出書

令和 年 月 日

尼崎市 市長 様

申請者 所在地
 名称
 代表者職・氏名

次のとおり、児童福祉法第21条の5の17第1項ただし書きに規定する共生型障害児通所支援事業者の特例による指定を不要とする旨を申し出ます。

事業所	事業所番号		
	名称		
	所在地		〒
	サービス等種別 ※該当するものに○ 印を付してください。		通所介護
			地域密着型通所介護
			小規模多機能型居宅介護、介護予防小規模多機能型居宅介護
生活介護			
管理者	氏名		
	住所	〒	
申出に係る障害児通所支援事業の種類		児童発達支援	
		放課後等デイサービス	

<参考> 共生型サービスの指定が可能な組み合わせ

児童発達支援 放課後等デイサービス (重症心身障害児を対象とする事業所を除く)	⇔	生活介護	障害
		通所介護	
		地域密着型通所介護	介護
	←	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護	
		看護小規模多機能型居宅介護	

「⇔」：双方のサービスが、もう片方の指定事業所を母体として共生型サービスの指定を受けられる。

「←」：矢印元の指定事業所を母体として、矢印先のサービスが共生型サービスの指定を受けられる。