

**「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」の変更届(体制加算等)に係る書類一覧
(機能強化型サービス及び体制加算等添付資料)**

事業所の名称		所在地 (区市町村名)	杉並区
--------	--	----------------	-----

※「申請者確認欄」の該当欄に「○」を付し、添付書類等に漏れがないよう確認してください。

申請書及び添付書類		申請者 確認欄	備考
申請書	変更届出書		第2号様式(規則)
	指定に係る記載事項		第1号様式(表裏)
添付書類	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		参考様式
	機能強化型サービス(継続)支援費 届出書(単独)		標準様式
	機能強化型サービス(継続)支援費 届出書(協働)		標準様式
	主任相談支援専門員配置加算に係る届出書(相談支援事業所)		標準様式
	ピアサポート体制加算に関する届出書		標準様式
	体制加算に係る届出書(相談支援事業所)		14号様式
	各支援体制加算に係る基準の遵守状況に関する記録(保存用)		15号様式
	利用者名簿		参考様式
	入院時情報提供書(保存用)		参考様式
	会議記録様式		任意様式
	新任職員研修計画		任意様式
	連絡体制の確認できる資料		任意様式
	研修修了証		写し
	指定特定(障害児)相談支援事業者の指定に係る誓約書		第7号様式 第8号様式
	役員等名簿		第9号様式
	管理者及び相談支援専門員経歴書		第2号様式 (指定申請)
	実務経験証明書		第3号様式 (指定申請)
	実務経験見込証明書		第4号様式 (指定申請)

※申請される際には、事業所保管用として事前に提出書類一式のコピーをとっておくようにして下さい。

〔担当者連絡先〕

提出いただいた申請書類に記載されている内容について、問い合わせする際の連絡先を記入してください。

事業所名	
担当者名	
電 話	
F A X	
メールアドレス	

変更届の提出書類一覧（特定相談支援事業所）

（変更後、10日以内に届出てください。）

連絡先 杉並区 障害者施策課 指導担当

〒167-0032 杉並区天沼3-19-16 ウェルファーム杉並3階 基幹相談支援センター内

電話 03-5335-7630 FAX 03-5335-7679

申請書及び添付書類 変更事由／変更後内容を記載の必要書類		変更届出書	記載事項	定款	（現在登記簿謄本でも可証） （*コピー）	（公営事業所のみの条例）	事業所の平面図	設備・備品リスト	経歴書		資格免状の写し （*3）	体制加算等各届出書	各研修修了証	相談支援従事者研修修了証書	実務経験証明書	勤務形態一覧表	運営規程	非該当誓約書及び役員等名簿
									管理者	相談支援専門員								
1	指定に係る記載事項	●	●														●	
2	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	●	●				●										●	
3	機能強化型サービス(継続) 支援費 届出書(単独)	●			●												●	
4	主たる事務所の所在地 【法人本部の移転】 * 電話・FAX番号が変わった場合は必ず電話・FAX番号も記載すること	●			●	●												
5	代表者(設置者)の氏名及び住所	●			●													●
6	定款・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	●		●	●	●												●
7	事業所(施設)の平面図及び設備の概要	●			役員等の変更の場合は不要		●	●									役員等に変更があった場合に限る	
8	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	●	●						●							●		●
9	相談支援専門員の変更(増員・減員含む)	●	●							●	●			●	●	●	●	
10	主たる対象者	●	●															
11	運営規程 【相談支援の内容、通常事業実施地域変更等】	●	●														●	
12	請求に関する事項	●										●	●			●	※1	

変 更 届 出 書

年 月 日

所在地
事業者 名称及び代表者氏名

下記のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます

		事業所番号	
指定内容を変更した事業所 (施設)	名 称	フリガナ	
	所 在 地	(郵便番号 ー)	
	サービスの種類		
役員等名簿		変更の内容	
1	事業所（施設）の名称	(変更前)	
2	事業所（施設）の所在地		
3	申請者（設置者）の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名及び住所		
6	定款・寄附行為等及びその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。）役員変更（役員の氏名、生年月日及び住所）		
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要	(変更後)	
8	事業所（施設）の管理者の氏名及び住所及び経歴		
9	事業所の相談支援専門員の氏名及び住所及び経歴及び人数		
10	主たる対象者		
11	運営規程		
12	請求に関する事項		
変 更 年 月 日		年 月 日	
備考			
1 該当項目番号に「○」を付けてください。			
2 変更内容が分かる書類を添付してください。			
3 変更した日から10日以内に届け出てください。			

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に係る記載事項

受付番号

事業所	名称					
	所在地	(郵便番号 —) 都 道 区 市 府 県 町 村				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文					第 条 第 項 第 号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)	
	氏名					
	生年月日					
	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(以下、有の場合記載)				有 ・ 無	
	事業所の名称				兼務する職種	
	事業の種類				勤務時間	
従事者 (人数・職種・種別)			相談支援専門員		その他の者	
			専 従	兼 務	専 従	兼 務
	常勤(人)					
	非常勤(人)					
	常勤換算後の人数(人)					
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、裏面に記載)				有 ・ 無	
総合的な相談支援体制の実施状況	事業の主たる対象とする障害の種類等の定め有無		有 ・ 無			
	主たる対象としていない者への対応体制					
	医療機関や行政との連携体制					
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制					
主な揭示事項	営業日					
	営業時間					
	主たる対象者		特 定 無 し ・ 身 体 障 害 者 ・ 知 的 障 害 者 ・ 精 神 障 害 者 ・ 障 害 児 ・ 難 病 等 対 象 者			
	その他の費用					
	通常の事業実施地域					
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等))				

(備考)

1. 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出して下さい。
2. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
4. 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類等の定め有無」が有の場合に記載すること。
5. 「主な揭示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
6. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。

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		

※「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。

(単独)

年 月 日

計画相談支援・障害児相談支援における
機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書

事業所名				
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了	
届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費 (Ⅰ)	2 (Ⅱ)	3 (Ⅲ)	4 (Ⅳ)

※機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況 <table><tr><td>相談支援専門員</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr><tr><td>上記のうち現任研修修了者</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr></table> ※ 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	有 ・ 無
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人							
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人							
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有 ・ 無										
③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有 ・ 無										
④ 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有 ・ 無										
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有 ・ 無										
⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有 ・ 無										
⑦ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)が40件未満である。	有 ・ 無										
⑧ 協議会に定期的に参画し、関係機関等の連携の緊密化を図るために必要な取り組みを実施している。	有 ・ 無										
⑨ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取り組みに参画している。	有 ・ 無										

※1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。②の会議録、④の研修議事録については申請時の提出は任意ですが、各加算の算定後、約半年に1度の頻度で提出をお願いする場合がありますので、ご準備下さい。会議録については提出ができない場合や提出していただいた会議録について、算定要件を満たしていない場合、過誤扱いとなる場合があります。

※2 ⑥、⑧について、杉並区においては、「杉並区地域自立支援協議会本会、又は各部会」を指す。

※3 ⑨について、杉並区においては、下記のいずれかを指す。

「相談支援専門員スキルアップ研修の企画・運営」

「すぎなみ相談支援連絡会(すぎ相連)の運営委員会に属していること」(運営委員としての参加であり、オブザーバー委員としての参加は不可)

「すぎなみ相談支援連絡会(すぎ相連)の「ちょこっと相談」のアドバイザーとして活動しており、その実績記録を作成し、保管していること」

※ 当該届出様式は標準様式とする。

(協働)

年 月 日

計画相談支援・障害児相談支援における
機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書
(複数の指定特定(障害児)相談支援事業所により一体的に管理運営を行う場合)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費 (I) 2 (II) 3 (III) 4 (IV)

※機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。

相談支援専門員の配置状況(合計) (当該事業所)

相談支援専門員	常勤・専従	人	常勤・兼務	人
上記のうち現任研修修了者	常勤・専従	人	常勤・兼務	人

それぞれの事業所における相談支援専門員の配置状況

(1) 事業所名 (他の事業所)

相談支援専門員	常勤・専従	人	常勤・兼務	人
上記のうち現任研修修了者	常勤・専従	人	常勤・兼務	人

(2) 事業所名 (他の事業所)

相談支援専門員	常勤・専従	人	常勤・兼務	人
上記のうち現任研修修了者	常勤・専従	人	常勤・兼務	人

(3) 事業所名 (他の事業所)

相談支援専門員	常勤・専従	人	常勤・兼務	人
	常勤・専従	人	常勤・兼務	人

※常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。

※記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること(別紙可)

有・無

①-a 協働体制を確保する事業所間において、協定を締結している。

①-b 協働体制の要件を満たしているかについて、事業所間において定期的(月1回)に確認が実施されている。

①-c 原則、全職員が参加するケース共有会議、事例検討会を月2回以上共同開催している。

有・無

有・無

有・無

② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。

有・無

③ 協働体制を確保する事業所間において24時間常時連絡できる体制を整備している。

有・無

④ 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。

有・無

⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。

有・無

⑥ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取り組みに定期的に参加し、関係機関等の連携の緊密化を図るために必要な取り組みを実施している。

有・無

⑦ 協議会に定期的に参画し、関係機関等の連携の緊密化を図るために必要な取り組みを実施している。(協議会には、共働体制をとっている事業所の内、1事業所且つ、1人が参加していればよい)

有・無

⑧ 運営規程において、地域生活支援拠点等であることを市区町村により位置付けられていることを定めている。

有・無

⑨ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)がそれぞれ40件未満である。

有・無

※1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。②の会議録、④の研修議事録については申請時の提出は任意ですが、各加算の算定後、約半年に1度の頻度で提出をお願いする場合がありますので、ご準備下さい。会議録については提出ができない場合や提出していただいた会議録について、算定要件を満たしていない場合、過誤扱いとなる場合があります。

※2 ⑥について、杉並区においては、下記のいずれかを指す。

「相談支援専門員スキルアップ研修の企画・運営」

「すぎなみ相談支援連絡会(すぎ相連)の運営委員会に属していること」(運営委員としての参加であり、オブザーバー委員としての参加は不可)

「すぎなみ相談支援連絡会(すぎ相連)の「ちょこっと相談」のアドバイザーとして活動しており、その実績記録を作成し、保管していること

※3 ⑦について、杉並区においては、「杉並区地域自立支援協議会本会、又は各部会」を指す。

※ 当該届出様式は標準様式とする。

年 月 日

主任相談支援専門員配置加算に係る届出書(相談支援事業所)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 主任相談支援専門員配置加算 (Ⅰ) 2 (Ⅱ)
修了者名	
公表の有無	有 ・ 無
公表の方法	

Ⅱ	① 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有 ・ 無
	② 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有 ・ 無
	③ 当該指定特定相談支援事業所の相談支援専門員に対し、地域づくり、人材育成、困難事例への対応など、サービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。	有 ・ 無
	④ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等について協力している。(※⑤の要件を満たしている場合、④の要件を満たす必要はない)	有 ・ 無
Ⅰ	⑤ 基幹相談支援センターの委託を受けている、児童発達支援センターと一体的に運営している又は地域の相談支援の中核を担う機関(※4)として市区町村長が認める指定特定(障害児)相談支援事業所である。	有 ・ 無

※1 根拠となる修了証書等の写し及び会議録、研修記録を別途添付すること。

※2 一人事業所等で上記の①～③の要件を満たせない場合は、杉並区地域自立支援協議会本部、又は各部会へ参加しており、その参加者に対して研修・指導・助言を行うことで要件を満たすこととする。

※3 ④について、すぎなみ相談支援連絡会(すぎ相連)の「ちょこっと相談」のアドバイザーとして活動しており、その実績記録を作成し、保管していること を指す。

※4 算定要件の内、上記の⑤の部分については、次の①～③の協議会等の内、いずれかに参加していることで中核を担う機関としての要件を満たすものとする。
(※①～③のいずれかに参加している場合、「Ⅰ」を算定可)

①杉並区地域自立支援協議会本部、又は各部会
②相談支援専門員スキルアップ研修の企画・運営
③すぎなみ相談支援連絡会(すぎ相連)の運営委員会に属していること
(運営委員としての参加であり、オブザーバー委員としての参加は不可。)

※ 当該届出様式は標準様式とする。

年 月 日

ピアサポート体制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 ③ 終了				
2 障害者ピアサポート研修(これに準ずる研修を含む)を修了した職員	＜障害者又は障害者であった者＞				
	職種	氏名	研修の実施主体及び委託先等の名称	修了した研修の名称	
		常勤	非常勤	合計	
	実人員	人	人	人	
	常勤換算方法による員数	人	人	人 (0.5以上であること)	
	＜その他の職員＞				
	職種	氏名	研修の実施主体及び委託先等の名称	修了した研修の名称	
	研修修了証	常勤	非常勤	合計	
	実人員	人	人	人	
	常勤換算方法による員数	人	人	人 (0.5以上であること)	

- 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 研修を修了した職員は、＜障害者又は障害者であった者＞及び＜その他の職員＞それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。
ただし、令和6年3月31日までは＜その他の職員＞が配置されていなくても算定可能。
- 3 ＜障害者又は障害者であった者＞の職種は、サービス管理責任者、地域生活支援員、地域移行支援従事者、地域定着支援従事者、相談支援専門員、計画相談支援に従事する者、障害児相談支援に従事する者、修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載
- 4
- 5 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

年 月 日

体制加算に係る届出書(相談支援事業所)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

1 行動障害支援体制加算 (Ⅰ / Ⅱ)

- ① 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した常勤の相談支援専門員を配置。(Ⅰは強度行動障害児者に対し現に指定計画相談支援を行う場合に算定)

有・無

研 修 名	
修 了 者 名	

- ② 当該研修を修了した者を配置していることを公表している。

有・無

公 表 の 方 法	
-----------	--

2 要医療児者支援体制加算 (Ⅰ / Ⅱ)

- ① 医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した常勤の相談支援専門員を配置。(Ⅰは医療的ケア児者に対し現に指定計画相談支援を行う場合に算定)

有・無

研 修 名	
修 了 者 名	

- ② 当該研修を修了した者を配置していることを公表している。

有・無

公 表 の 方 法	
-----------	--

3 精神障害者支援体制加算 (Ⅰ / Ⅱ)

- ① 精神障害関係従事者養成研修を修了した常勤の相談支援専門員を配置。(Ⅰは精神障害者に対し現に指定計画相談支援を行い、通院する病院等に置ける看護師又は精神保健福祉士と連携する体制が構築されている場合に算定)

有・無

研 修 名	
修 了 者 名	

- ② 当該研修を修了した者を配置していることを公表している。

有・無

公 表 の 方 法	
-----------	--

4 高次脳機能障害支援体制加算 (Ⅰ / Ⅱ)

- ① 高次脳機能障害支援者養成研修等を修了した常勤の相談支援専門員を配置。(Ⅰは高次脳機能障害を有する利用者に対し現に指定計画相談支援を行う場合に算定)

有・無

研 修 名	
修 了 者 名	

- ② 当該研修を修了した者を配置していることを公表している。

有・無

公 表 の 方 法	
-----------	--

※ それぞれ根拠となる修了証等の写し及びⅠの申請には該当利用者名簿を別途添付すること。

計画相談支援・障害児相談支援における各支援体制加算に係る基準の遵守状況に関する記録 (保存用)

月サービス提供分

加算種別	区分		
1 行動障害支援体制加算 I / II	1 新規	2 継続	3 終了
2 要医療児者支援体制加算 I / II	1 新規	2 継続	3 終了
3 精神障害者支援体制加算 I / II	1 新規	2 継続	3 終了
4 高次脳機能障害支援体制加算 I / II	1 新規	2 継続	3 終了

1 相談支援専門員の状況

(1)相談支援専門員(強度行動障害支援者養成研修(実践研修)等修了者)の状況

研 修 名	
修 了 者 名	

※強度行動障害支援者養成研修(実践研修)等の修了証を添付すること。

(2)相談支援専門員(医療的ケア児等コーディネーター養成研修等修了者)の状況

研 修 名	
修 了 者 名	

※医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了証を添付すること。

(3)相談支援専門員(精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等修了者)の状況

研 修 名	
修 了 者 名	

※精神障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等の修了証を添付すること。

(4)相談支援専門員(高次脳機能障害支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等修了者)の状況

研 修 名	
修 了 者 名	

※高次脳機能障害者支援の障害特性と支援技法を学ぶ研修等の修了証を添付すること。

2 上記相談支援専門員の配置している旨の公表状況

(1)行動障害支援体制加算

強度行動障害支援者養成研修(実践研修)等の修了者を配置している旨を公表している。	有 ・ 無
具体的な方法	

※「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

(2)要医療児者支援体制加算

医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了者を配置している旨を公表している。	有 ・ 無
具体的な方法	

※「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

(3)精神障害者支援体制加算

医療的ケア児等コーディネーター養成研修等の修了者を配置している旨を公表している。	有 ・ 無
具体的な方法	

※「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。

(4)高次脳機能障害者支援体制加算

高次脳機能障害支援者養成研修等の修了者を配置している旨を公表している。	有 ・ 無
具体的な方法	

※「有」の場合には、公表しているパンフレット等の添付でも可とする。