

「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		付表15・付表別紙
添 付 書 類	主たる対象者を特定する理由等 ※主たる対象者を特定する場合に必要		標準様式1
	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表		勤務形態一覧表
	機能強化型サービス(継続)支援費 届出書(単独)		標準届出様式
	機能強化型サービス(継続)支援費 届出書(協働)		標準届出様式
	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)		標準届出様式
	ピアサポート体制加算に関する届出書		標準届出様式
	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	変更届出書	付表	付表別紙	定款	（現在事項全部証明） *コピーでも可	（公営事業所のみの） 条例	事業所の 平面図	経歴書		資格免状の写し	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	主たる対象者の 特定理由	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 従業員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番号も記載してください 役員等の変更も含む	●				●	●												
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)の所在地または平面図、設備の概要	●						●										▲	役員等に変更があった場合に限り
8 事業所(施設)の管理者	●	●						●								●		●
9 相談支援専門員(増員・減員含む)	●	●	※2						●	●			●	●		●	●	
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	

※1 機能強化型を申請するとき必要。それ以外の体制加算等については不要。

※2 相談支援専門員が他の事業所等と兼務する場合は、提出が必要となります。

営業日、営業時間に変更があった場合に限り

事業所の所在地の変更に関し

役員等に変更があった場合に限り

役員等の変更の場合は不要

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（法人本部の移転）			
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）の所在地または平面図、設備の概要		(変更後)	
8	事業所（施設）の管理者			
9	相談支援専門員（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			
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。				

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（法人本部の移転）			
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）の所在地または平面図、設備の概要		(変更後)	
8	事業所（施設）の管理者			
9	相談支援専門員（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			
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。				

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			
			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 -)						
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)							
	平日	:		~		:		
営業時間	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				
		(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		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	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に開催している。	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)

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。

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。

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。

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。

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。

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。

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)

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。

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。

※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
- 4 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。
- 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。

＜行動障害支援体制加算Ⅰ＞
強度行動障害に関する専門性を要する利用者名簿

[illegible]

＜要医療児者支援体制加算Ⅰ＞
要医療的ケアに関する専門性を要する利用者名簿

[illegible]

＜精神障害者支援体制加算Ⅰ＞
精神障害者で通院する病院等と連携する体制が構築されている利用者名簿

[illegible]

＜高次脳機能障害支援体制加算Ⅰ＞
高次脳機能障害支援に関する専門性を要する利用者名簿

[illegible]

入院時情報提供書(保存用)

利用者氏名

相談支援専門員氏名

提供先機関名

□利用者本人の概要

家族構成等				
生活歴				
病歴・障害歴	年月	事項	年月	事項
医療機関利用状況				

□現在の生活状況の概要(本人及び介護者の一日の流れ等)

--

□利用者の状況(支援の有無と具体的な支援方法について)

1 生活基盤に関する領域(経済状況、住環境等)

--

2 健康・身体に関する領域(服薬状況、食事状況、健康管理状況)

--

3 日常生活に関する領域(日常生活動作・手段的日常生活動作の状況)

4 コミュニケーションスキルに関する領域
(意思表示・意思伝達的手段と必要な支援、他者から意思伝達の理解等)

5 社会生活技能に関する領域(対人関係、屋外での移動、金銭管理、危機管理等)

6 社会参加に関する領域(趣味、社会的活動等)

7 教育・就労に関する領域(就学・就労の状況について)

8 家族支援に関する領域

(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

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

サービス種類：相談支援事業														事業所・施設名：																			
職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の 合計	週平均 の勤務 時間	常勤換 算後の 人数
			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			
管理者																													0	0.0	0.0		
相談支援専門員																													0	0.0	0.0		
相談支援専門員																													0	0.0	0.0		
補助員																													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	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		
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																											40						
サービス提供時間																												0					

- 注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。
- 注2 「職種」欄は、直接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 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
- 注4 各事業所・施設において私用している勤務割表等（変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等）により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況（関係する場合）が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。

記載例

サービス種類：相談支援事業														事業所・施設名：																			
職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の 合計	週平均の 勤務時間	常勤換算 後の人数
			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			
管理者	常勤・専従	〇〇 〇〇	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	■ ■ ■ ■	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	非常勤・兼務	△ △ △ △	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
補助員	非常勤・兼務	▲ ▲ ▲ ▲	2		2		2			2		2		2			2		2		2			2		2		2			24	6.0	0.2
																														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	
合計			18	16	18	16	18	0	0	18	16	18	16	18	0	0	18	16	18	16	18	0	0	18	16	18	16	18	0	0	184	46.0	1.2
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																											40						
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		

指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

杉並区長 あて

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51条の20第1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51条の24第1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51条の24第2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。
 - 5 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の2 申請者が、労働に関する法律の規定であっ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。
 - 6 申請者が、第50条第1項（同条第3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51条の29第1項若しくは第2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5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5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60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しの日から起算して5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、当該通知があった日前60日以内に当該者の管理者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51条の17第1項第1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。
 - 7 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50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2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5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。
 - 8 申請者が、第50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2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15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46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4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5年を経過しないものであるとき。
 - 9 申請者が、第48条第1項（同条第3項において準用する場合を含む。）又は第51条の27第1項若しくは第2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50条第1項又は第51条の29第1項若しくは第2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10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46条第2項又は第51条の25第2項若しくは第4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5年を経過しないものであるとき。
 - 11 申請者が、指定の申請前5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。
 - 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第5号、第5号の2、第6号、第8号、第9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。

指定障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書

年 月 日

杉並区長 あて

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】	
1	申請者が法人でないとき。
2	当該申請に係る障害児相談支援事業所（第24条の28第1項に規定する障害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24条の31第1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24条の31第2項の厚生労働省令で定める指定障害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害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。
5	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の2	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。
6	申請者が、第24条の36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5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5年法律第88号）第15条の規定による通知があつた日前60日以内に当該法人の役員又はその障害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21条の5の23第1項第11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5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60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5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、指定障害児相談支援事業者（第24条の26第1項第1号に規定する指定障害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害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害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。
7	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24条の36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5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害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害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。
9	申請者が、第24条の36の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15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24条の32第2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5年を経過しないものであるとき。
10	申請者が、第24条の34第1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24条の36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10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24条の32第2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5年を経過しないものであるとき。
12	申請者が、指定の更新の申請前5年以内に障害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。
13	申請者が、法人で、その役員等のうちに第5号、第5号の2、第6号、第9号、第10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。

役員等名簿

申請者（法人）名（ ）

(フリガナ) 氏 名	生年月日	住 所	
	役職名	電話番号	FAX番号

注 当該法人の役員（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等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入してください。

第2号様式（第2条関係）
管理者及び相談支援専門員経歴書

事業所の名称		
フリガナ		
氏名		生年月日 年 月 日
住所	(郵便番号 ー)	
電話番号		
管理者、相談支援専門員の別	管理者	相談支援専門員
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	
備考（研修等の受講の状況等）		

- 備考 1 「管理者」及び「相談支援専門員」ごとに作成すること。
- 2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
- 3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。
- 4 相談支援専門員については、相談支援従事者初任者（現任）研修の終了した旨の証明書を添付すること。

実 務 経 験 証 明 書

年 月 日

杉並区長 あて

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

年 月 日

杉並区長 あて

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)
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。