

児童福祉法に基づく障がい児通所(入所)支援事業所及び障がい児相談支援事業所
(特定相談支援の同時申請含む)新規(更新)指定申請書一覧チェックリスト

申請者(法人名)	
事業所名	

新規申請	更新申請
全ての書類について提出が必須 (ただし、網掛け部分については、該当する場合のみ提出)	黄色着色セルの項目のみ提出が必要 (その他の項目については、直近で市に届出した内容から変更がある場合のみ必要)

○：要提出、×：変更がなければ提出不要、空欄：提出不要

項番	提出書類		提出が必要となる対象事業								確認事項	法人の吸収合併等 (新規申請) ※左記の対象事業に 対応する様式を提出		
	様式名	様式番号等	児童発達支援事業所	児童発達支援センター	放課後等デイサービス	訪問支援	保育所等	児童発達支援居宅訪問型	障がい児(特定)相談支援	福祉型障がい児入所施設			医療型障がい児入所施設	
1	<input type="checkbox"/>	障がい児通所支援・入所支援指定(更新)申請書	様式第1号	○	○	○	○	○			○	○	<input type="checkbox"/> 申請年月日は記載されているか <input type="checkbox"/> 申請者名称、代表者の職・氏名、法人住所が登記簿謄本と一致しているか <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地が付表、運営規程その他添付書類と一致しているか <input type="checkbox"/> 実施事業、事業開始予定年月日等が正しく記入されているか <input type="checkbox"/> 同一所在地に既に指定を受けている事業に○がついているか	○
	<input type="checkbox"/>	指定特定相談支援事業者・指定障がい児相談支援事業者指定(更新)申請書	様式第1号								○			<input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、連絡先が申請書、運営規程その他添付書類と一致しているか <input type="checkbox"/> (実施主体が地方公共団体である場合)事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条項が記載されているか <input type="checkbox"/> 管理者、児童発達支援管理責任者の氏名、住所が経歴書・雇用関係書類その他添付書類と一致しているか <input type="checkbox"/> 管理者は専従か(兼務する場合※)は、該当欄に記載されているか ※管理上、支援に支障がない場合は兼務可能 <input type="checkbox"/> 従業者の常勤・非常勤・専従・兼務の人数が、勤務形態一覧表・開始届その他関係書類と一致しているか <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間等の内容が運営規程・重要事項説明書その他添付書類と一致しているか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が定められているか
2	<input type="checkbox"/>	事業の指定に係る記載事項	【通所】 付表16~18のうち該当するもの 【相談】 付表15・『付表の別紙』のうち、該当するもの 【入所】 付表19、20のうち該当するもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、連絡先が申請書、運営規程その他添付書類と一致しているか <input type="checkbox"/> (実施主体が地方公共団体である場合)事業の実施について定めてある定款、寄付行為等の条項が記載されているか <input type="checkbox"/> 管理者、児童発達支援管理責任者の氏名、住所が経歴書・雇用関係書類その他添付書類と一致しているか <input type="checkbox"/> 管理者は専従か(兼務する場合※)は、該当欄に記載されているか ※管理上、支援に支障がない場合は兼務可能 <input type="checkbox"/> 従業者の常勤・非常勤・専従・兼務の人数が、勤務形態一覧表・開始届その他関係書類と一致しているか <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間等の内容が運営規程・重要事項説明書その他添付書類と一致しているか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が定められているか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/>	協力医療機関協定書	任意の様式	○	○	○					○	○	(記入例を参考にすること) <input type="checkbox"/> 利用者の病状の急変等に対応する旨の契約がなされているか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/>	嘱託医との契約書の写し ※児童発達支援及び放課後等デイサービスについては、主として重症心身障がい児を通わせる場合のみ	任意の様式	○	○	○						○	<input type="checkbox"/> 利用者の病状の急変等に対応する旨の契約がなされているか	(変更がなければ) ×
3	<input type="checkbox"/>	申請者(法人)の定款、寄付行為等の写し												
4	<input type="checkbox"/>	法人登記簿謄本(履歴事項全部証明書)【原本】												
5	<input type="checkbox"/>	資産状況が分かるもの												

項番	提出書類		提出が必要となる対象事業							確認事項	法人の吸収合併等 (新規申請) ※左記の対象事業に 対応する様式を提出		
	様式名	様式 番号等	児童発達支援事業 所	児童発達支援セン ター	放課後等デイサ ービス	訪問支援 等	居宅訪問型 児童発達支援	障がい児(特定) 相談支援	福祉型障がい児入 所施設			医療型障がい児入 所施設	
6	<input type="checkbox"/> 組織体制図	参考様式2	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 当該事業所の全従業員氏名が記載されているか <input type="checkbox"/> それぞれの従業員の職種(児童指導員・保育士等)が記載されているか <input type="checkbox"/> 兼務関係が明確にわかるか <input type="checkbox"/> それぞれの従業員の勤務形態(常勤・非常勤)が記載されているか ※多機能型事業所の場合、同一敷地内で実施される全てのサービス(他の法令で指定を受けているサービス含む)の従業員を含めた内容とすること	(変更がなければ) ×	
	<input type="checkbox"/> 法人全体の組織体制図 (同一法人において当該事業 所以外に障害者総合支援法及 び児童福祉法に基づく指定障 がい福祉サービス事業所等の 指定を受けている場合のみ)	任意の様式	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> それぞれ事業所の全従業員氏名が記載されているか <input type="checkbox"/> それぞれの従業員の職種(児童指導員・保育士等)が記載されているか <input type="checkbox"/> 兼務関係が明確にわかるか <input type="checkbox"/> それぞれの従業員の勤務形態(常勤・非常勤)が記載されているか	(変更がなければ) ×	
7	<input type="checkbox"/> 平面図	参考様式3	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 当該事業に使用する全ての施設の平面図が添付されているか <input type="checkbox"/> 各部屋毎に発達支援室・相談室・事務室・静養室等、当該事業における設備基準に必要な設備がそれぞれ分かるように記載されているか。また、各部屋毎に平米数の記載があるか <input type="checkbox"/> 必要な設備基準を満たしているか	(変更がなければ) ×	
	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業所等 の指定申請等に係る消防署確 認様式	所定の様式	○		○	○	○				<input type="checkbox"/> 事業所を所管する消防署の受理印(確認印・最終確認印)が押印されているか	(変更がなければ) ×	
	<input type="checkbox"/> 消防法に基づく防火対象物使 用開始届出書 ※消防署への届出が必要な場合 のみ	所定の様式							○		<input type="checkbox"/> 事業所を所管する消防署の受理印が押印されているか ※物件により、消防署への届出が不要な場合もありますので、消防署へ確認をとり、不要であるとの回答があった際には、その旨をご連絡ください。	(変更がなければ) ×	
	<input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済証	所定の様式		○						○	○		(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/> 建築基準法に基づく検査済 証、建築確認等台帳記載事項 証明書のいずれか ※新規申請は確認済証は不可	所定の様式	○		○	○	○					<input type="checkbox"/> 検査済証の内容と現状が一致しているか(検査後に増築等をしていないか) <input type="checkbox"/> (建築確認等台帳記載事項証明書の場合)検査済証の交付年月日の記載があるか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/> 建築士による建築確認様式 ※検査済証または建築確認等 台帳記載事項証明書(検査済証の 交付履歴があるもの)を提出で きない場合のみ	所定の様式	○		○	○	○					<input type="checkbox"/> 報告書、建築基準法等の主な確認項目チェック表、平面図、確認者の建築士免許証の写しまたは免許証明書の写しが全てそろっているか	(変更がなければ) ×
<input type="checkbox"/> 建築基準法に基づく検査済証 ※確認済証、建築確認等台帳記 載事項証明書は不可	所定の様式		○						○	○	<input type="checkbox"/> 用途区分は「児童福祉施設等」となっているか	(変更がなければ) ×	
8	<input type="checkbox"/> 建物の登記簿又は賃貸借契約 書の写し		○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 事業用途であることが明記されているか <input type="checkbox"/> 所有者又は賃借人が法人名義となっているか	(変更がなければ) ×	
9	<input type="checkbox"/> 案内図	参考様式4	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 鉄道駅等目標となる所から事業所までの経路が明確に記載されているか	(変更がなければ) ×	
10	<input type="checkbox"/> 設備・備品一覧表	(通所・入所) 参考様式5 (相談) 参考様式6	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 当該事業で使用する備品を全て記入しているか <input type="checkbox"/> 鍵付き保管庫、電話、ファックス、パソコン、コピー機、シュレッダー、消火器があるか	(変更がなければ) ×	
11	<input type="checkbox"/> 管理者の経歴書	参考様式7	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴等が正確に記載されているか <input type="checkbox"/> 申請時までの経歴が省略なく記載されているか	(変更がなければ) ×	
	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員の経歴書	参考様式7						○			<input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴等が正確に記載されているか <input type="checkbox"/> 申請時までの経歴が省略なく記載されているか	(変更がなければ) ×	

項番	提出書類		提出が必要となる対象事業							確認事項	法人の吸収合併等 (新規申請) ※左記の対象事業に 対応する様式を提出		
	様式名	様式 番号等	児童 発達 支援 事業 所	児童 発達 支援 セン ター	放 課 後 等 デ ィ サ ー	訪 問 支 援	保 育 所 等	居 宅 訪 問 型 児童 発達 支援	障 がい 児 (特 定) 相 談 支 援			福 祉 型 障 がい 児 入 所 施設	医 療 型 障 がい 児 入 所 施設
12	<input type="checkbox"/>	児童発達支援管理責任者の経歴書	参考様式7	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴等が正確に記載されているか <input type="checkbox"/> 申請時までの経歴が省略なく記載されているか <input type="checkbox"/> 各種資格登録日、各種研修受講年月日が記載されているか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/>	児童発達支援管理責任者の研修修了証の写し 【必須】 ・旧児童発達支援管理責任者研修もしくは児童発達支援管理責任者基礎研修修了証 ・相談支援従事者初任者研修修了証 【受講済みの場合】 ・児童発達支援管理責任者更新研修修了証 ・児童発達支援管理責任者実践研修修了証	所定の様式	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 修了証の写しはA4サイズにしているか ※修了証の原寸がA4サイズより大きい場合はA4サイズに縮小、原寸がA4以下のものは等倍でA4サイズの用紙にコピー <input type="checkbox"/> 旧児童発達支援管理責任者研修もしくは児童発達支援管理責任者基礎研修の修了証が添付されているか <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修の修了証が添付されているか <input type="checkbox"/> (既に受講済みの場合) 児童発達支援管理責任者更新(実践)研修の修了証が添付されているか ※更新研修・実践研修について ①平成31年3月31日までに旧児童発達支援管理責任者研修受講済みの者は令和6年3月31日までに児童発達支援管理責任者更新研修の受講が必要 以降は、更新研修受講日が属する年度の翌年度から5年が経過するまでに再度更新研修の受講が必要 ②平成31年4月1日以降に児童発達支援管理責任者基礎研修受講済みの者は基礎研修受講日から3年を経過するまでに児童発達支援管理責任者実践研修の受講が必要 以降は、実践研修受講日が属する年度の翌年度から5年が経過するまでに更新研修の受講が必要	(変更がなければ) ×
12	<input type="checkbox"/>	児童発達支援管理責任者の実務経験年数集計表	参考様式10	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要な実務経験を満たしているか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/>	児童発達支援管理責任者の実務経験(見込)証明書【原本】・資格者証等の写し	【実務経験証明書】 参考様式8 【資格者証等の写し】 所定の様式	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 集計表に記載した全ての実務経験について実務経験(見込)証明書が添付されているか <input type="checkbox"/> 経歴書に記載した全ての資格者証等の写しが添付されているか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/>	相談支援専門員の研修修了証の写し 【必須】 ・相談支援初任者研修修了証 【受講済みの場合】 ・相談支援現任研修修了証(更新研修)	所定の様式							○		<input type="checkbox"/> 修了証の写しはA4サイズにしているか ※修了証の原寸がA4サイズより大きい場合はA4サイズに縮小、原寸がA4以下のものは等倍でA4サイズの用紙にコピー <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修の修了証が添付されているか <input type="checkbox"/> (既に受講済みの場合) 相談支援従事者現任研修(更新研修)の修了証が添付されているか ※現任研修(更新研修)について 初任者研修修了日が属する年度の翌年度から5年が経過するまでに現任研修(更新研修)の受講が必要	(変更がなければ) ×
13	<input type="checkbox"/>	当該事業所において従事する従業員の経歴書 ※運転手、事務員については不要	参考様式7	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 氏名、住所、電話番号、生年月日、主な職歴等が正確に記載されているか <input type="checkbox"/> 申請時までの経歴が省略なく記載されているか <input type="checkbox"/> 当該事業の人員基準及び各種加算に関わる各種資格登録日、各種研修受講年月日が記載されているか <input type="checkbox"/> 管理者・従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式22)に記載した氏名の順に並べているか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/>	当該事業所において従事する従業員(相談支援専門員を除く)の実務経験(見込)証明書【原本】 資格者証・研修修了証等の写し	【実務経験証明書】 参考様式8 【資格者証等の写し】 所定の様式	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 経歴書に記載した全ての実務経験について実務経験(見込)証明書が添付されているか <input type="checkbox"/> 経歴書に記載した全ての資格者証・研修修了証等の写しが添付されているか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/>	当該事業所において従事する相談支援専門員の实務経験年数集計表	参考様式9							○		<input type="checkbox"/> 必要な実務経験を満たしているか	(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/>	当該事業所において従事する相談支援専門員の实務経験(見込)証明書【原本】	参考様式8							○		<input type="checkbox"/> 経歴書に記載した全ての実務経験について実務経験(見込)証明書が添付されているか <input type="checkbox"/> 経歴書に記載した全ての資格者証・研修修了証等の写しが添付されているか	(変更がなければ) ×

提出書類			提出が必要となる対象事業							確認事項	法人の吸収合併等 (新規申請) ※左記の対象事業に 対応する様式を提出	
項番	様式名	様式番号等	児童発達支援事業所	児童発達支援センター	放課後等デイサービス	訪問支援	居宅訪問型児童発達支援	障がい児(特定)相談支援	福祉型障がい児入所施設			医療型障がい児入所施設
14	<input type="checkbox"/> 運営規程	本市ホームページに参考様式掲載	<input type="checkbox"/>	以下の内容が記載されているか(記入例を参考にすること) <input type="checkbox"/> 事業の目的 <input type="checkbox"/> 運営の方針 <input type="checkbox"/> 事業所の名称等 <input type="checkbox"/> 従業者の職種、員数及び職務の内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> (事業の主たる対象となる障がいの種類を定めた場合には)主たる対象とする障がいの種類 <input type="checkbox"/> 事業の内容 <input type="checkbox"/> 支援プログラムの作成・公表 <input type="checkbox"/> 障がい児の地域社会への参加及び包括の推進 <input type="checkbox"/> 個別支援計画の作成 <input type="checkbox"/> 給付決定保護者等から受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 通常の事業の実施地域 <input type="checkbox"/> サービスの利用にあたっての留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時等における対応 <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 感染症及び食中毒の発生・まん延防止のための対策 <input type="checkbox"/> 業務継続計画の策定等 <input type="checkbox"/> 安全計画の策定等 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 虐待の防止のための措置に関する事項 <input type="checkbox"/> 身体拘束等の禁止 <input type="checkbox"/> その他運営に関する重要事項	(変更がなければ) ×							
15	<input type="checkbox"/> 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	参考様式11	<input type="checkbox"/> 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口が設定されているか <input type="checkbox"/> 事業所の管理者・従業者から担当者が選任されているか <input type="checkbox"/> 処理体制・手順が適切であるか	(変更がなければ) ×								
16	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表	参考様式22	<input type="checkbox"/> 管理者及び従業者全員の毎日の勤務時間数(4週間分)を記載しているか ※あくまで勤務形態のモデルケースであるため、祝日等の記入は不要。 ※指定月の勤務予定を記入してください。 <input type="checkbox"/> 職種は、管理者・児童発達支援管理責任者・保育士・児童指導員・指導員等に区分して記載しているか <input type="checkbox"/> 組織体制図(参考様式2)と一致しているか <input type="checkbox"/> 雇用状況とシフトに齟齬がないか <input type="checkbox"/> 兼務の場合、兼務する職務の内容を記載しているか	(変更がなければ) ×								
	<input type="checkbox"/> 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表【別紙】 ※重症心身障がい児を通わせる場合のみ	参考様式22-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 全ての重症心身障がい児の必要な機能訓練頻度を記載しているか。 <input type="checkbox"/> 各重心児の機能訓練の頻度は個別支援計画に記載している頻度と一致しているか。 <input type="checkbox"/> 機能訓練対象児童(日)は、事業所の利用定員を超えないようにしてください。 <input type="checkbox"/> 機能訓練に要する時間(日)は、事業所のサービス提供時間を超えないようにしてください。								
16	<input type="checkbox"/> 従業者等の雇用契約書もしくは労働条件通知書の写し	任意の様式	<input type="checkbox"/> 従業者等の雇用期間・勤務場所・職務内容・勤務時間の定め等、当該事業所での勤務形態がわかる雇用契約書もしくは労働条件通知書の写しを添付しているか <input type="checkbox"/> 管理者・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表に記載した氏名の順に並べているか ※指定基準省令より、『障害児の支援に直接影響を及ぼさない業務については、第三者への委託等を行うことを認めるものであること。』 直接影響を及ぼさない業務とは：事務員、送迎員等 管理者、児童発達支援管理責任者、直接支援員(児童指導員・保育士・訪問支援員等)について第三者への委託は認められない。	(変更がなければ) ×								
17	<input type="checkbox"/> 児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書	参考様式12	<input type="checkbox"/> 法人所在地及び名称、代表者の職・氏名が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 誓約書の日付が記載されているか <input type="checkbox"/> 誓約書と別紙役員名簿が画面印刷となっているか	(変更がなければ) ×								
	<input type="checkbox"/> 指定障がい児相談支援事業者の指定に係る誓約書	参考様式13	<input type="checkbox"/> 法人所在地及び名称、代表者の職名が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 誓約書の日付が記載されているか <input type="checkbox"/> 誓約書と別紙役員名簿が画面印刷となっているか	(変更がなければ) ×								
	<input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書	参考様式14	<input type="checkbox"/> 法人所在地及び名称、代表者の職名が記載されているか。 <input type="checkbox"/> 誓約書の日付が記載されているか <input type="checkbox"/> 誓約書と別紙役員名簿が画面印刷となっているか	(変更がなければ) ×								
18	<input type="checkbox"/> 暴力団排除に関する誓約書兼役員等名簿	参考様式15	<input type="checkbox"/> 全ての役員及び当該事業所の管理者について記載されているか。 <input type="checkbox"/> 誓約書と別紙役員名簿が両面印刷となっているか	(変更がなければ) ×								

項番	提出書類		提出が必要となる対象事業							確認事項	法人の吸収合併等 (新規申請) ※左記の対象事業に 対応する様式を提出	
	様式名	様式番号等	児童発達支援事業 所	児童発達支援セン ター	放課後等デイサー ビス	訪問支援 保育所等	児童発達支援 居宅訪問型	障がい児(特定) 相談支援	福祉型障がい児入 所施設			医療型障がい児入 所施設
19	<input type="checkbox"/> 「損害賠償責任保険証書」等の写し	所定の様式	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 添付されているか <input type="checkbox"/> 保険の内容が分かるものが添付されているか <input type="checkbox"/> 支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合に補償される内容となっているか ＊主に以下のような事故が想定されます。 【業務遂行中の事故】 ・施設内外のサービス提供時や送迎時に、何らかの原因で、ケガを負わせてしまうケース 【施設での事故】 施設の階段の手すりが壊れていたことによって、利用者がケガを負う、看板が落下し通行人にケガを負わせるといったケース 【業務の結果による事故】 提供した食事によって食中毒が起こったといったケース 【個人情報漏えい等】 データの紛失、誤FAX・誤送信による情報漏えいや、サイバー攻撃による情報漏えい、従業員の不誠実行為による情報漏えい等が発生するケース	(変更がなければ) ×
20	<input type="checkbox"/> 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	参考様式16	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、付表、運営規程と一致しているか <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合、特定する理由、今後における対象者の拡充の予定について記載されているか	(変更がなければ) ×
21	<input type="checkbox"/> 給付費等算定に係る体制等に関する届出書	付表9	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか <input type="checkbox"/> 届出者名称、代表者名、住所が登記簿謄本と一致しているか <input type="checkbox"/> 法人名称、所在地、連絡先、代表者職名、代表者氏名、代表者住所等が登記簿謄本と一致しているか <input type="checkbox"/> 事業所名称、所在地、連絡先、管理者氏名、管理者住所が申請書、付表、運営規程その他添付書類と一致しているか	○
	<input type="checkbox"/> 障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表	別紙1	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか	○
21	<input type="checkbox"/> 事前の届出が必要な各加算の届出書	別紙3～22	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか <input type="checkbox"/> 必要な添付書類は添付されているか	○ ※研修修了証写しなどの添付書類は省略可
	<input type="checkbox"/> 令和○年度 福祉・介護職員処遇改善(特別)加算及び福祉・介護職員等特定処遇改善加算変更届書関係書類 (同一法人内の他の障がい福祉サービス事業所等において既に本加算を算定されており、今回指定を受ける事業所においても本加算を算定される場合) 又は 令和○年度 福祉・介護職員処遇改善(特別)加算及び福祉・介護職員等特定処遇改善加算変更届書関係書類 (同一法人内の全ての障がい福祉サービス事業所等を含め、初めて本加算を算定される場合)	所定の様式	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか <input type="checkbox"/> 下記の必要書類が添付されているか (1) 別紙様式2-1(処遇改善加算 総括表) (2) 別紙様式2-2(処遇改善加算 個票) <input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか (既に本加算を算定している場合) <input type="checkbox"/> 下記の必要書類が添付されているか。 (1) 別紙様式4(変更に係る届出書) (2) 別紙様式2-1(処遇改善加算 総括表) (3) 別紙様式2-2(処遇改善加算 個票) ※電子メールにより、電子データでも提出してください。	○
22	<input type="checkbox"/> 障がい児通所支援事業等開始・変更届	様式第11号	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか <input type="checkbox"/> 実施事業、法人名称、法人住所、職員の職種、定数等について申請書、付表、運営規程その他添付書類と一致しているか	○
	<input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業・指定障がい児相談支援事業開始・変更届	様式第6号							○		<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか <input type="checkbox"/> 実施事業、法人名称、法人住所、職員の職種、定数等について申請書、付表、運営規程その他添付書類と一致しているか	○
23	<input type="checkbox"/> 事業計画書、収支予算書	参考様式18	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか	(変更がなければ) ×
24	<input type="checkbox"/> 連絡送信先メールアドレス登録票	参考様式20	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか	(変更がなければ) ×

提出書類			提出が必要となる対象事業							確認事項	法人の吸収合併等 (新規申請) ※左記の対象事業に 対応する様式を提出		
項番	様式名	様式番号等	児童発達支援事業 所	児童発達支援セン ター	放課後等デイサー ビス	訪問支援 訪問支援 訪問支援	保育所等 訪問支援	児童発達支援 居宅訪問型	障がい児(特定) 相談支援			福祉型障がい児入 所施設	医療型障がい児入 所施設
25	<input type="checkbox"/> 児童福祉法に基づく業務管理体制の整備に関する届出書 又は <input type="checkbox"/> 児童福祉法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書(届出事項の変更)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか <input type="checkbox"/> 届出先は本市で間違いないか ※以下の区分毎に、同一法人の全ての事業所、施設が福岡市内に所在する事業者であり、市に届出が必要 A 指定障がい児通所支援 B 指定障がい児入所支援 C 指定障がい児相談支援 ※事業所所在地によって届出先が福岡県や厚生労働省等異なります。詳細については、以下をご確認ください。 福岡市HP 【指定障がい児支援事業者関係】⇒【3. 業務管理体制整備の届出】⇒【障害福祉サービス事業者等の業務管理体制の整備に関する届出(厚生労働省)】⇒【障害者(児)施設・事業者の業務管理体制の整備に関する事項の届出について】 ※法令遵守責任者の選任については、事業所単位で設定するものではなく、上記の区分毎に1人設定するため、同一法人かつ同一区分において複数の事業所の指定を受けている場合は、複数の事業所を総合的に管理できる者(法人の代表等)を選任すること。	<input type="checkbox"/>								
26	<input type="checkbox"/> 契約書	任意の様式	<input type="checkbox"/>	以下の内容が記載されているか(記入例を参考にすること) 【障がい児通所支援の場合】 <input type="checkbox"/> 契約の目的 <input type="checkbox"/> 契約の有効期間 <input type="checkbox"/> 個別支援計画 <input type="checkbox"/> サービス内容 <input type="checkbox"/> 利用料金 <input type="checkbox"/> 利用料の支払い方法 <input type="checkbox"/> 事故と損害賠償 <input type="checkbox"/> 契約の終了 <input type="checkbox"/> 苦情解決 <input type="checkbox"/> 協議事項 【障がい児相談支援の場合】 <input type="checkbox"/> 契約の目的 <input type="checkbox"/> 契約の有効期間 <input type="checkbox"/> サービス提供の内容等 <input type="checkbox"/> サービス提供の記録 <input type="checkbox"/> 施設入所への紹介 <input type="checkbox"/> サービス利用に対する負担額 <input type="checkbox"/> 利用者の解約権 <input type="checkbox"/> 事業者の解約権 <input type="checkbox"/> 契約の終了 <input type="checkbox"/> 契約終了時の援助 <input type="checkbox"/> 事故時等の対応 <input type="checkbox"/> 損害賠償 【共通】 <input type="checkbox"/> 支給決定保護者と法人代表者との契約になっているか	(変更がなければ) ×								
	<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	任意の様式	<input type="checkbox"/>	以下の内容が記載されているか(記入例を参考にすること) <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> 事業所の概要 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> サービス提供日及びサービス提供時間 <input type="checkbox"/> 事業所の構造・設備について <input type="checkbox"/> 職員の体制 <input type="checkbox"/> 当事業所が提供するサービスと利用料金 <input type="checkbox"/> サービスのご利用の際にご留意いただく事項 <input type="checkbox"/> 虐待の防止について <input type="checkbox"/> 協力医療機関について <input type="checkbox"/> 事故発生時の対応方法について <input type="checkbox"/> 苦情等の受付について <input type="checkbox"/> 事業所ご利用の際にご留意いただく事項	(変更がなければ) ×								
	<input type="checkbox"/> 個人情報使用同意書	任意の様式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか	(変更がなければ) ×								
	<input type="checkbox"/> 送迎の同意書	任意の様式	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/> 必要事項が記載されているか <input type="checkbox"/> 送迎サービスを実施しない場合には提出不要 <input type="checkbox"/> 一人送迎(安全に送迎が可能な児童1名に対してのみ従業員1名での送迎)の同意をしない場合も、事業所の送迎を利用可能か	(変更がなければ) ×

提出書類			提出が必要となる対象事業							確認事項	法人の吸収合併等 (新規申請) ※左記の対象事業に 対応する様式を提出	
項番	様式名	様式番号等	児童発達支援事業 所	児童発達支援セン ター	放課後等デイサ ービス	訪問支援 保育所等	児童発達支援 居宅訪問型	障がい児(特定) 相談支援	福祉型障がい児入 所施設			医療型障がい児入 所施設
27	<input type="checkbox"/> フェイスシート	任意の様式	○	○	○	○	○		○	○		(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/> 個別支援計画の様式	任意の様式	○	○	○	○	○		○	○		(変更がなければ) ×
	<input type="checkbox"/> 支援プログラム	任意の様式	○	○	○		○				※指定後、事業所番号が確定次第、届出が必要	(変更がなければ) ×
28	<input type="checkbox"/> 送迎用の車の車検証(送迎を 実施する場合のみ)	所定の様式	○	○	○						<input type="checkbox"/> 法人名義になっているか <input type="checkbox"/> 定員数に応じた車両数(乗車定員数)となっているか	○
29	<input type="checkbox"/> 本チェックリスト	所定の様式	○	○	○	○	○	○	○	○	<input type="checkbox"/> 全てのチェック項目を確認し、チェックしたか	(変更がなければ) ×

〈ファイル作成例〉

〈提出書類の綴り例〉

○指定申請書関係書類の提出方法について

項番ごとに用紙の右側にインデックスを付し、項目ごとに挿入して指定のファイルで綴ってください。

※インデックスは、申請書類等に直接張り付けしないでください。

※書類は、縮小・拡大コピー等により全てA4サイズ・縦長左綴りにしてください。

事業所番号○○○○

○○事業所

その1

○○年度開始・更新
指定事業所関係書類綴

法人名	社会福祉法人○○
事業所名	○○○○事業所
事業の種類	生活介護・就労支援B型
事業所番号	○○○○○○○○
電話番号	○○○-○○○○
FAX番号	○○○-○○○○

