

指定障害福祉サービス等事業者

各種届出に関する手引き



令和 8 年 2 月

宮城県保健福祉部障害福祉課

指定障害福祉サービス等事業者 各種届出に関する手引き
(令和8年2月改訂版)

目次

<u>第1 宮城県サービス管理責任者及び 児童発達支援管理責任者の要件</u> P. 1		
<u>第2 指定障害福祉サービス事業者等の指定機関</u> P. 8		
<u>第3 各種申請・届出に係る手続について</u> P. 10		
1 事業者の新規指定について ······	P. 11		
2 指定の変更申請について ······	P. 12		
3 指定の変更届について ······	P. 13		
4 事業の廃止、休止及び再開について ······	P. 14		
5 指定の辞退について ······	P. 15		
6 共生型サービスの指定について ······	P. 16		
<u>第4 指定(更新)申請時の提出書類チェック表</u> P. 18		
訪問系サービス ······	P. 18	共同生活援助 ······	P. 40
療養介護 ······	P. 20	障害者支援施設 ······	P. 42
生活介護 ······	P. 22	地域相談支援 ······	P. 44
短期入所 ······	P. 24	児童発達支援 ······	P. 46
重度障害者等包括支援 ··· P. 26		放課後等デイサービス ··· P. 48	
自立訓練（機能訓練） ··· P. 28		居宅訪問型児童発達支援 · P. 50	
自立訓練（生活訓練） ··· P. 30		保育所等訪問支援 ··· P. 52	
就労選択支援 ······	P. 32	障害児入所施設 ······	P. 54
就労系 ······ (就労移行支援、就労継続支援)	P. 34		
就労定着支援 ······	P. 36		
自立生活援助 ······	P. 38		
<u>第5 変更届の提出書類(体制の変更の場合)</u> P. 56		

第6 変更届の提出書類(給付費関係の変更の場合) P. 59

訪問系サービス	P. 59	自立生活援助	P. 72
療養介護	P. 59	共同生活援助	P. 73
生活介護	P. 59	地域移行支援	P. 75
短期入所	P. 61	地域定着支援	P. 75
重度障害者等包括支援	P. 62	児童発達支援	P. 77
施設入所支援	P. 63	放課後等デイサービス	P. 79
自立訓練（機能訓練）	P. 64	居宅訪問型児童発達支援	P. 81
自立訓練（生活訓練）	P. 65	保育所等訪問支援	P. 81
就労選択支援	P. 67	福祉型障害児入所施設	P. 82
就労移行支援	P. 68	医療型障害児入所施設	P. 84
就労継続支援A型	P. 69		
就労継続支援B型	P. 70		
就労定着支援	P. 71		

第1 宮城県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の要件

<令和7年4月1日時点>

宮城県サービス管理責任者になるためには

サービス管理責任者等（サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者）として配置されるためには、国が定める研修を修了していることと、一定の実務経験を有していることが必要です。



※期限までに更新研修を受講しなかった場合は、実践研修を受講

各研修受講に必要な実務経験

基礎研修

以下のいずれかを満たす。

- ①3年以上の相談支援業務
- ②6年以上の直接支援業務（社会福祉主任用資格等保持者の場合は3年）
- ③一定期間にわたり国家資格等業務に従事している者による1年以上の相談支援業務・直接支援業務

実践研修

基礎研修終了後、2年以上の相談支援業務または直接支援業務（実践研修受講前5年間の業務に限る）

例外的な取り扱い

以下をすべて満たす場合は、6ヶ月以上のOJT（個別支援計画作成業務）により受講可能

- ①基礎研修受講時に、既にサビ管の配置に係る実務経験要件を満たしている。
- ②障害福祉サービス事業所等において個別支援計画作成の業務に従事する。
- ③個別支援計画作成の業務に従事することについて、指定権者に届出を行う。

更新研修

サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員として、

- ①既に従事しているまたは②更新研修受講前5年内に2年以上の実務経験がある

例外的な取り扱いとして、実践研修を6ヶ月以上のOJTにより受講するための要件や必要な届出については、下記HP掲載の資料をご確認ください。

「宮城県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修(<https://www.pref.miyagi.jp/site/syoufuku-top/170330.html>)」

宮城県サービス管理責任者の要件となる実務経験一覧表

以下の①～③のいずれかを満たしていること。

- ①下表第1号及び第2号の期間が通算して5年以上
- ②下表第3号の期間が8年以上
- ③下表第4号の期間が3年以上かつ第1号から第3号までの期間が通算して3年以上

第1号 相談支援 の業務	ア～キに掲げる施設等で、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間	第 2 号 と 通 算 し
ア	一般相談支援事業、特定相談支援事業、障害児相談支援事業、地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業、居宅介護支援事業、介護予防支援事業	
イ	児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉に関する事務所（市町村役場、福祉事務所、保健所）、発達障害者支援センター	

エ	障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター	
オ	特別支援学校	
カ	病院 [※1]、診療所 [※1]	
キ	○その他これらに準ずる施設等 (例) 市町から補助金又は委託により運営されている小規模作業所、児童心理治療施設、仙台市障害者家族支援等推進事業、認知症対応型老人共同生活援助事業など	

第2号 直接支援 の業務 (資格有)	ア～カに掲げる施設等で、 直接支援の業務 （身体上若しくは精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務、その他の職業訓練や職業教育等の業務）に従事した期間 (社会福祉主任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、保育士、児童指導主任用資格者又は精神障害者社会復帰指導員である者（以下「社会福祉主任用資格者等」という。）に限る。)	
ア	障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室 [※3]	第1号と通算して5年以上
イ	障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業	
ウ	病院、診療所、薬局、訪問看護事業所	
エ	特例子会社 [※4]、助成金受給事業所 [※5]	
オ	特別支援学校	
カ	○その他これらに準ずる施設等 (例) 市町から補助金又は委託により運営されている小規模作業所、児童心理治療施設、仙台市障害者家族支援等推進事業、認知症対応型老人共同生活援助事業など	第1号と通算して5年以上

第3号 直接支援 の業務 (資格無)	第2号ア～カに掲げる施設等で、社会福祉主任用資格者等でない者が、 直接支援の業務 に従事した期間	8年以上
第4号 国家資格 等保有者	次に掲げる資格に基づき（資格取得後に）、 当該資格に係る業務 に従事した期間 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、公認心理師	3年以上

<留意事項>

この資料は、厚生労働省告示※で定められている、サービス管理責任者に係る実務経験の要件等を抜粋してまとめたものです。必ず、厚生労働省告示をあわせてご参照ください。

<語義の整理等>

表中の用語の語義は、以下に例示するもの他、厚生労働省告示に拠ります。

[※1]病院、診療所

社会福祉主任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、第4号に掲げる資格を有している者又は第1号のア～オ・キに掲げる施設等で従事した期間が1年以上の者に限る。

[※2]被災者の心のケア支援事業

本県では、次の事業のみが該当します。

- (1) 東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業実施要綱（平成23年12月22日施行）に基づく東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業のうち被災者の心のケア支援事業
- (2) 東日本大震災に係る宮城県被災者の心のケア支援事業実施要綱（平成25年4月1日施行）に基づく事業
- (3) 精神障害者アウトリーチ推進事業（震災対応型）実施要綱（平成23年8月3日施行）に基づく事業

[※3] 療養病床関係病室

病院又は診療所の病室であつて医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床に係るもの

[※4] 特例子会社

障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社

[※5] 助成金受給事業所

障害者の雇用の促進等に関する法律第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所

※「厚生労働省告示」

指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの

（平成18年9月29日、厚生労働省告示第544号）

※「障害者総合支援法」

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

（平成17年法律第123号）

※ ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることを言います。

例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることを言います。

（平成18年6月23日厚生労働省事務連絡）

※ 実務経験が本表のいづれに該当するか御不明な場合は、従事している（していた）事業所等の管理者や事業を委託している市町村等に御確認ください。

宮城県児童発達支援管理責任者になるためには

サービス管理責任者等（サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者）として配置されるためには、国が定める研修を修了していることと、一定の実務経験を有していることが必要です。



※期限までに更新研修を受講しなかった場合は、実践研修を受講

各研修受講に必要な実務経験

基礎研修

以下のいずれかを満たす。

- ①3年以上の相談支援業務
- ②6年以上の直接支援業務（社会福祉主任用資格等保持者の場合は3年）
- ③一定期間にわたり国家資格等業務に従事している者による1年以上の相談支援業務・直接支援業務

実践研修

基礎研修終了後、2年以上の相談支援業務または直接支援業務（実践研修受講前5年間の業務に限る）

例外的な取り扱い

以下をすべて満たす場合は、6ヵ月以上のOJT（個別支援計画作成業務）により受講可能

- ①基礎研修受講時に、既にサビ管の配置に係る実務経験要件を満たしている。
- ②障害福祉サービス事業所等において個別支援計画作成の業務に従事する。
- ③個別支援計画作成の業務に従事することについて、指定権者に届出を行う。

更新研修

サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員として、

- ①既に従事しているまたは②更新研修受講前5年内に2年以上の実務経験がある

例外的な取り扱いとして、実践研修を6ヵ月以上のOJTにより受講するための要件や必要な届出については、下記HP掲載の資料をご確認ください。

「宮城県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修(<https://www.pref.miyagi.jp/site/syoutoku-top/170330.html>)」

宮城県児童発達支援管理責任者の要件となる実務経験一覧表

以下の①～③のいずれかを満たしていること。

①下表第1号及び第2号の期間が通算して5年以上かつ

当該期間から第3号の期間を除いた期間が3年以上

②下表第4号の期間が8年以上かつ

当該期間から第5号の期間を除いた期間が3年以上

③下表第6号の期間が5年以上かつ

第1、2、4号の期間を通算した期間から第3、5号の期間を通算した期間を除いた期間が3年以上

第1号 相談支援 の業務	次のア～キに掲げる施設等に従事する者が、 相談支援の業務 （身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者又は児童の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間	第 2 号 と 通 算 し て
ア	一般相談支援事業、特定相談支援事業、障害児相談支援事業、地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業、居宅介護支援事業、介護予防支援事業	
イ	児童相談所、児童家庭支援センター、里親支援センター、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉に関する事務所（市町村役場、福祉事務所、保健所）、発達障害者支援センター	
ウ	障害児入所施設、乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、	

	障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域包括支援センター	
エ	障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター	
オ	学校	
カ	病院 [※1]、診療所 [※1]	
キ	その他これらに準ずる施設等 (例) 認知症対応型老人共同生活援助事業、居宅介護支援事業、仙台市障害者就労支援センター、一般相談支援事業、特定相談支援事業、被災者的心のケア支援事業[※2] など	

第2号 直接支援 の業務 (資格有)	次のア～カに掲げる施設等に従事する者が、 直接支援の業務 （身体上若しくは精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者又は児童につき、入浴、排せつ、食事その他の介護又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務、その他の職業訓練や職業教育等の業務）に従事した期間 (社会福祉主任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、保育士、児童指導員用資格者又は精神障害者社会復帰指導員である者（以下「社会福祉主任用資格者等」という。）に限る。)	第1号と通算して5年以上
ア	障害児入所施設、助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、幼保連携型認定こども園、児童厚生施設、児童家庭支援センター、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、里親支援センター、障害者支援施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室 [※3]	
イ	障害児通所支援事業、児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、小規模住宅型児童養育事業、家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業、障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業	
ウ	病院、診療所、薬局、訪問看護事業所	
エ	特例子会社 [※4]、助成金受給事業所 [※5]	
オ	学校	
カ	その他これらに準ずる施設等 (例) 市町から補助金又は委託により運営されている小規模作業所、仙台市障害者家族支援等推進事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 など	
第3号 第1、2号の 期間から除 いて計算す る期間	次に掲げる施設等に従事する者が、 相談支援の業務 に従事した期間 老人福祉施設、救護施設、更正施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業、介護予防支援事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 次に掲げる施設等に従事する者であって、社会福祉主任用資格者等である者が、 直接支援の業務 に従事した期間 老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室 [※3]、老人居宅介護等事業、特例子会社 [※4]、助成金受給事業所 [※5]、認知症対応型老人共同生活援助事業	

第4号 直接支援 の業務 (資格無)	第2号ア～カに掲げる施設等に従事する者であって、社会福祉主任用資格者等でない者が、 直接支援の業務 に従事した期間	8年 以上
第5号 第4号の期 間から除い て計算する 期間	次に掲げる施設等に従事する者であって、社会福祉主任用資格者等でない者が、 直接支援の業務 に従事した期間 老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室 [※3]、老人居宅介護等事業、特例子会社 [※4]、助成金受給事業所 [※5]、認知症対応型老人共同生活援助事業	

第6号 国家資格等保有者	次の資格に基づき（資格取得後に）、 当該資格に係る業務 に従事した期間 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士、公認心理師	5年以上
-----------------	---	------

<留意事項>

この資料は、厚生労働省告示※で定められている、児童発達支援管理責任者に係る実務経験の要件等を抜粋してまとめたものです。必ず、厚生労働省告示をあわせてご参照ください。

<語義の整理等>

表中の用語の語義は、以下に例示するものの他、厚生労働省告示に拠ります。

[※1] 社会福祉主任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、第4号に掲げる資格を有している者又は第1号のア～オ・キに掲げる施設等で従事した期間が1年以上の者に限る。

[※2] 被災者の心のケア支援事業

本県では、次の事業のみが該当します。

- (1) 東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業実施要綱（平成23年12月22日施行）に基づく東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業のうち被災者の心のケア支援事業
- (2) 東日本大震災に係る宮城県被災者の心のケア支援事業実施要綱（平成25年4月1日施行）に基づく事業
- (3) 精神障害者アウトリーチ推進事業（震災対応型）実施要綱（平成23年8月3日施行）に基づく事業

[※3] 療養病床関係病室

病院又は診療所の病室であって医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床に係るもの

[※4] 特例子会社

障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社

[※5] 助成金受給事業所

障害者の雇用の促進等に関する法律第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所

※「厚生労働省告示」

障害児通所支援又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの

（平成24年3月30日、厚生労働省告示第230号）

※ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることを言います。

例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることを言います。

（平成18年6月23日厚生労働省事務連絡）

※ 実務経験が本表のいずれに該当するか御不明な場合は、従事している（していた）事業所等の管理者や事業を委託している市町村等に御確認ください。

共通注意事項

※1 「老人福祉施設」とは、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センターをいいます。

※2 公的な補助金又は市町村等委託により運営されている小規模作業所であって、業務内容や勤務状況の記録が適切に整備されており、所属長等による実務経験の証明が可能であれば実務経験に含まれます。

※3 実務経験となる障害児関連施設としては、児童相談所、知的障害児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児通園事業、児童デイサービスを行う施設等が含まれます。

※4 「児童厚生施設」とは、児童遊園や児童館等をいいます。

※5 「施設」「市町村役場」等における事務員としての業務は、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間とは認められず、本研修受講要件に該当となりません。

※6 別表に掲げる「国家資格等」を有する者の実務経験について

【サービス管理責任者の場合】

第4号の業務に3年以上従事している者で、当該業務が上記の第1号から第3号までの業務にも該当する場合には、当該業務のみで実務経験の要件を満たす（この場合は、合計6年間の実務経験が必要になるものではない。）。

【児童発達支援管理責任者の場合】

第6号の業務に5年以上従事している者で、当該業務が上記の第1、2、4号の業務(第3、5号に該当するものは除く。)にも該当する場合には、当該業務のみで実務経験の要件を満たす(この場合は、合計8年間の実務経験が必要になるものではない。)。

第2 障害福祉サービス事業者等の指定機関

各障害福祉サービス事業者等の指定機関及び各保健福祉事務所（地域事務所を含む）が指定機関となっている障害福祉サービス等については、以下のとおりです。指定障害福祉サービス事業者等に関する届出は、該当する担当班へ提出してください。

なお、仙台市内に所在する事業所の指定事務は、仙台市が行います。

○指定障害福祉サービス事業者等の指定機関

根拠法	サービス種類	指定機関
障害者 総合支援法	療養介護	○障害福祉課運営指導班
	生活介護	
	施設入所支援	
	障害者支援施設	
	自立訓練（生活訓練）	
	自立訓練（機能訓練）	
	就労選択支援	
	就労移行支援	
	就労継続支援 A型	
	就労継続支援 B型	
児童福祉法	就労定着支援	
	児童発達支援※1	
	放課後等デイサービス※2	
	居宅訪問型児童発達支援※2	
	保育所等訪問支援※2	
	福祉型障害児入所施設	
障害者 総合支援法	医療型障害児入所施設	
	居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び行動援護	事業所所在地を管轄する各保健福祉事務所又は地域事務所
	短期入所	○仙南保健福祉事務所 母子・障害班
	重度障害者等包括支援	○仙台保健福祉事務所 母子・障害第二班
	自立生活援助	○北部保健福祉事務所 母子・障害第二班
	共同生活援助	○北部保健福祉事務所栗原地域事務所 母子・障害班
児童福祉法	地域相談支援	○東部保健福祉事務所 母子・障害班
	児童発達支援※3	○東部保健福祉事務所 母子・障害班
	放課後等デイサービス※4	○東部保健福祉事務所登米地域事務所 母子・障害班
	居宅訪問型児童発達支援※4	○気仙沼保健福祉事務所 母子・障害班
	保育所等訪問支援※4	

※1 「児童発達支援センター」「指定障害福祉サービスとの多機能型」「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」（注）のみ

※2 「児童発達支援センターとの多機能型」「指定障害福祉サービスとの多機能型」「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」（注）のみ

※3 「児童発達支援センター」「指定障害福祉サービスとの多機能型」「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」（注）を除く

※4 「児童発達支援センターとの多機能型」「指定障害福祉サービスとの多機能型」「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」（注）を除く

(注)「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」

→「共生型サービスの指定について」(P. 15) 参照

【補足】 指定発達支援医療機関は、厚生労働省が指定します。(児福法第6条の2第3項)

○各保健福祉事務所（地域事務所を含む）の所管する圏域

圏域	該当市町村	管轄する保健福祉事務所又は地域事務所	電話番号
仙南圏	白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町	仙南保健福祉事務所	0224-53-3132
仙台圏	塩竈市、名取市、多賀城市、岩沼市、富谷市、亘理町、山元町、松島町、七ヶ浜町、利府町、大和町、大郷町、大衡村	仙台保健福祉事務所	022-365-3153
大崎圏	大崎市、色麻町、加美町、涌谷町、美里町	北部保健福祉事務所	0229-87-8011
栗原圏	栗原市	北部保健福祉事務所 栗原地域事務所	0228-22-2118
石巻圏	石巻市、東松島市、女川町	東部保健福祉事務所	0225-95-1431
登米圏	登米市	東部保健福祉事務所 登米地域事務所	0220-22-6118
気仙沼圏	気仙沼市、南三陸町	気仙沼保健福祉事務所	0226-21-1356
—	—	障害福祉課運営指導班	022-211-2558

【多機能型事業所の所管について】

多機能型とは、各基準条例により、次のように定義されます。

1 指定障害福祉サービス基準条例第93条による定義

障害者総合支援法に基づく指定生活介護、指定自立訓練（機能訓練）、指定自立訓練（生活訓練）、指定就労移行支援、指定就労継続支援A型及び指定就労継続支援B型並びに児福法に基づく指定児童発達支援、指定放課後等デイサービス、指定居宅訪問型児童発達支援及び指定保育所等訪問支援の事業のうち、2つ以上の事業を一体的に行うこと（指定通所基準条例に規定する事業のみを行う場合を除く）。

2 指定通所基準条例第43条による定義

児童福祉法に基づく指定児童発達支援、指定放課後等デイサービス、指定居宅訪問型児童発達支援及び指定保育所等訪問支援の事業並びに総合支援法に基づく指定生活介護、指定自立訓練（機能訓練）、指定自立訓練（生活訓練）、指定就労移行支援、指定就労継続支援A型及び指定就労継続支援B型の事業のうち、2つ以上の事業を一体的に行うこと（指定障害福祉サービス基準条例に規定する事業のみを行う事業所を除く）。

多機能型事業所の指定は、多機能型として行うサービスの組合せにより指定機関が異なります。

サービスの組合せ		指定機関
1	指定通所基準省令に規定する多機能型事業所のうち、指定児童発達支援、指定放課後等デイサービス、指定居宅訪問型児童発達支援、指定保育所等訪問支援による多機能型の場合（児+児（センターを除く））	事業所所在地を管轄する各保健福祉事務所又は地域事務所 母子・障害（第二）班
2	1を除く多機能型の場合（児+児（センターのみ）、者+者、者+児）	障害福祉課運営指導班

第3 各種申請・届出に係る手続について

○各種申請・届出の期限について

申請の種類	申請・届出期限
新規指定	事業開始予定日の前日から起算して、土・日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日及び12月29日から1月3日まで（以下「土日等」という）を除き 14日前
変更申請	変更予定日から土日等を除き 14日前
変更届出（報酬以外）	変更予定日から土日等を除き 10日以内 ※市町村をまたぐ事業所所在地の変更の場合は、事前の届出が必要になります。（詳細はP56、P58）
変更届出（報酬に係る変更）	変更予定月の前月の15日以前：翌月から変更 変更予定月の前月の16日以降：翌々月から変更
事業の廃止・休止	廃止又は休止予定日の1か月前
再開	再開した日から土日等を除き 10日以内
辞退	辞退予定日の3か月前

※上記は最終期限です。期限までに不備を修正し、書類を全て整えるようお願いします。

○各種申請・届出の流れ

（1）事前相談

申請書類の提出前に、指定機関と事前相談を行ってください。特に、事業所を新築する又は賃貸物件で運用する場合は、設備基準を満たしているかの確認を指定機関へ行った後に、建築工事や賃貸借契約を締結することをお勧めします。

（2）申請

指定要件を満たすよう確認を終えた上で、申請を行ってください。

申請するサービスの種類に応じて、必要な申請書類を準備してください。

申請書類の様式は、宮城県障害福祉課のホームページに掲載しています。

（3）審査

指定機関に提出された申請書類に基づき、人員基準、設備基準及び運営の基準等が満たされているか審査を行います。不備や確認出できない事項がある際は、修正や追加の上、再提出をお願いすることがあります。

（4）実地確認

新規指定の場合は、申請書類の確認後に事業所の実地確認を行います。

実地確認の時点で設備上の不備※が認められた場合は、指定予定年月日に指定を行うことはできませんので、ご注意ください。

※設備上の不備の例

- 申請書の平面図と実態が異なっている等により、設備基準を満たしていない。
- 改修工事が完了していない。
- 関係法令（消防法、建築基準法、都市計画法等）の基準を満たしていない。
(消防署の指導による設備・備品の設置が未完了、事業所の用途変更の未完了 等)

（5）指定

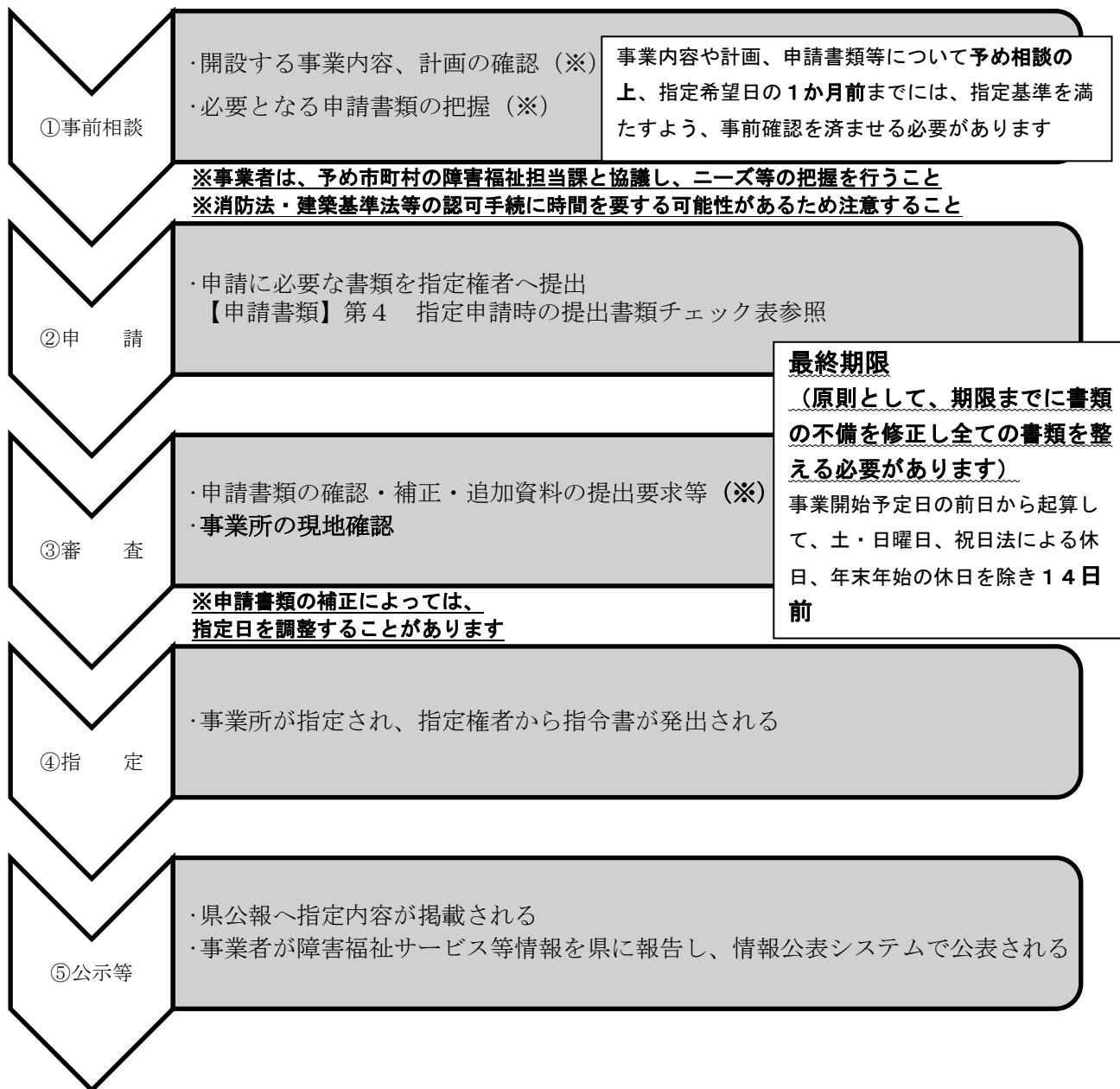
申請書類の確認及び実地確認の結果、指定基準を満たす事業者・施設については、指定障害福祉サービス事業者等として指定を行います。指定された際は、指令書を発出します。

（6）公示等

新規指定、廃止、指定辞退した事業者・施設については、その旨を宮城県公報へ掲載します。また、障害福祉サービス等情報公表システムで、事業所の情報を公表します。

1 事業者の新規指定について

事業者の新規指定の流れ



事業所の指定・変更時の注意

事業所運営を適切に行うためには、関係法令を遵守していただくことが不可欠です。

事業所の指定又は変更を行う際は、障害福祉に関する以外の法令に基づいた申請や届出が必要となる場合がありますので、当該法令を所管する行政庁へ必ず事前にご相談ください。

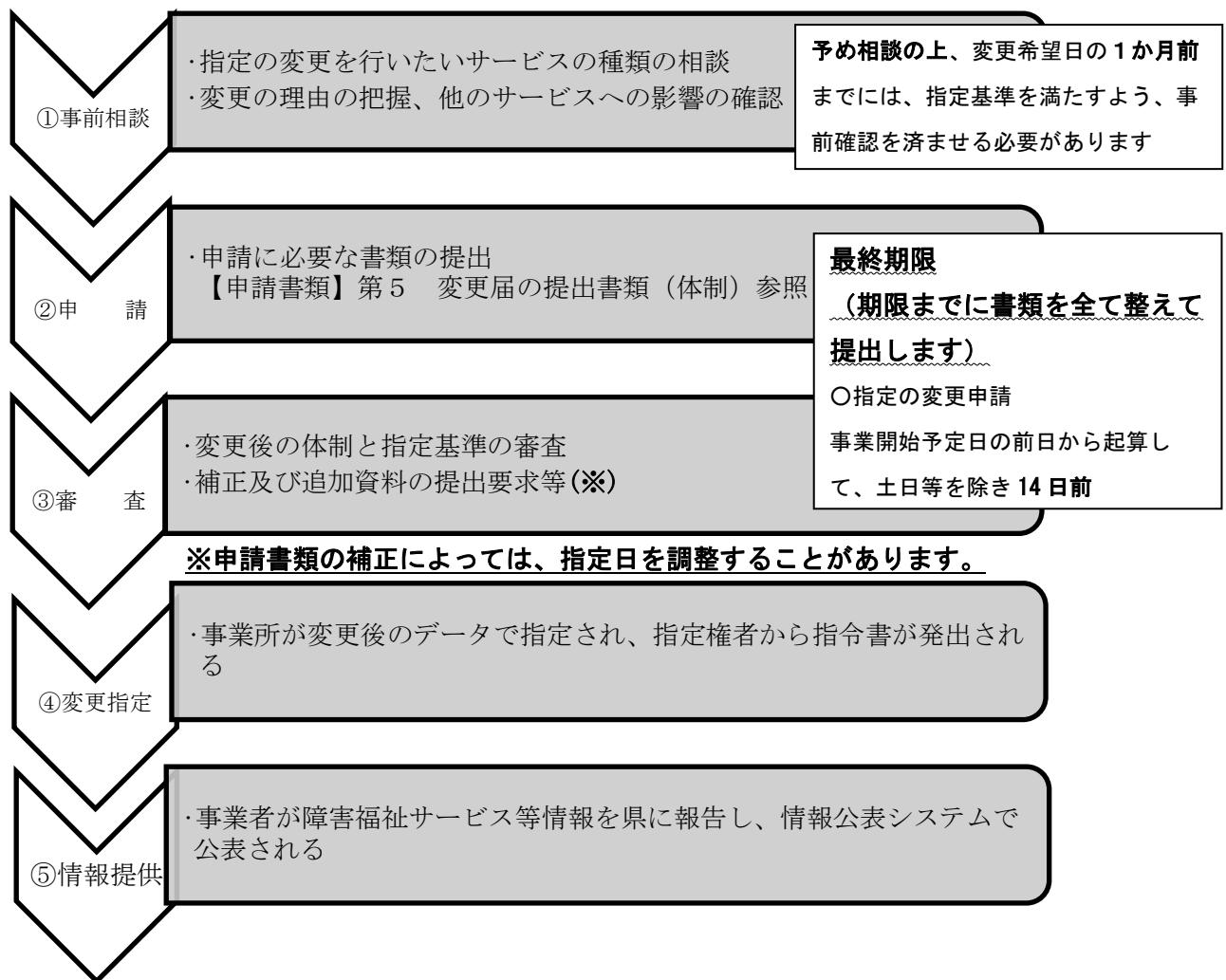
事業所の指定に関連して取り組むべきこと・取り組むことを推奨されること

- ・指定を受ける事業者は、同時に業務管理体制についても届け出る必要があります。
法人が指定を受けている事業所数により手續が異なるためご注意ください。
- ・放課後等デイサービス事業所の場合、1年に一度「放課後等デイサービス自己評価」を行う必要があります。
- ・質の高いサービスを提供するために、第三者機関が評価を行う「福祉サービス第三者評価」を受けることが推奨されています。

2 指定の変更申請について

指定の変更申請の流れ

生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型の定員の増員及び障害者支援施設の定員の増員又は日中サービスの種類の変更をする場合は指定権者への変更申請が必要です。



【参考】

『指定の変更申請』と『指定の変更届出』の違いについて

- 指定の変更申請…事業のうち、生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型の定員の増員及び障害者支援施設の定員の増員又は日中サービスの種類の変更を行うものです。

【提出様式】様式第2号（第3条関係）

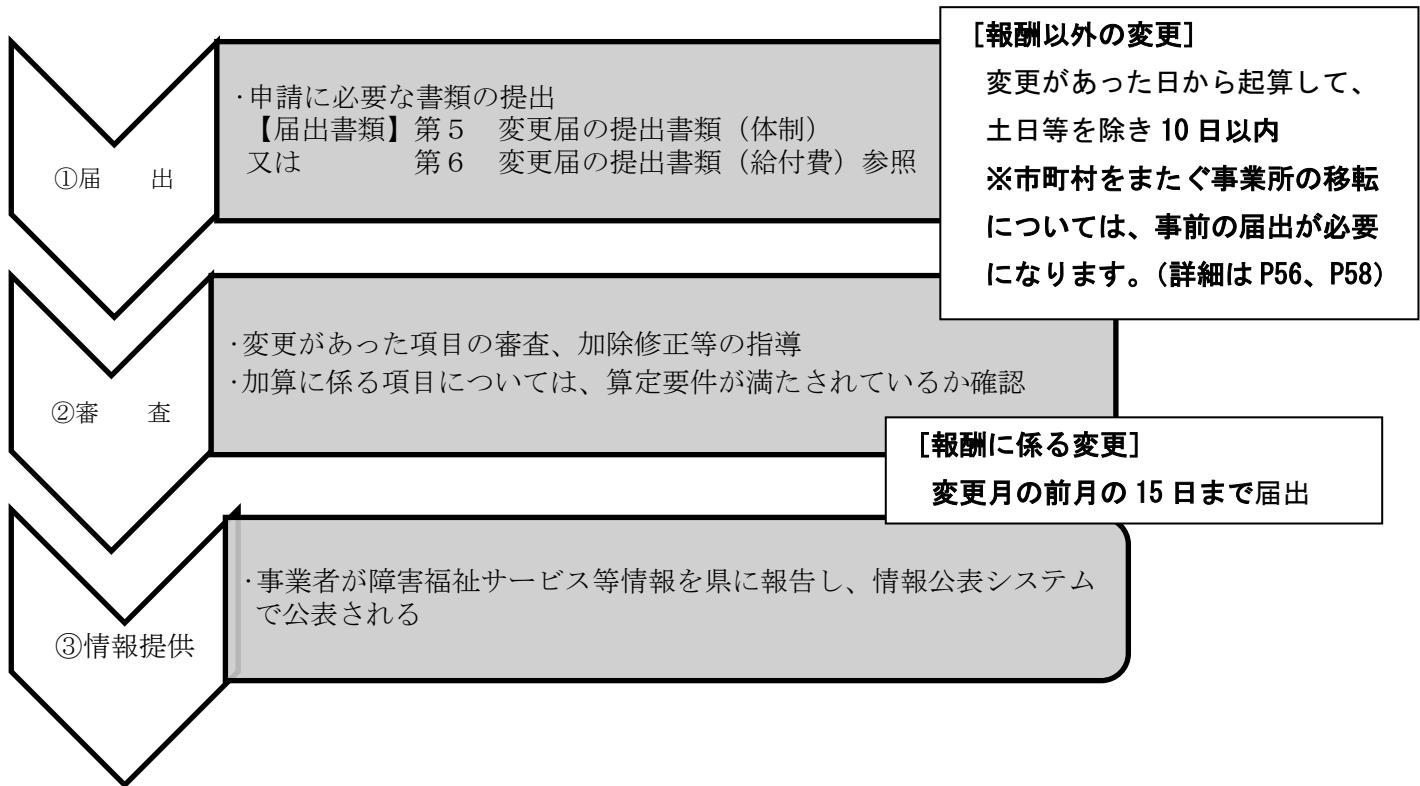
- 指定の変更届出…全事業。指定後、届出が必要となる事項に変更が生じた時から10日以内に指定権者へ届け出るものです。

【提出様式】様式第3号（第4条関係）

提出様式が異なりますので注意してください。

指定の変更届出の流れ

指定を受けた事業者において、その体制に変更があった場合には、各指定権者へ変更があった旨の届出が必要です。



【加算算定開始時期の取扱等について（原則）】

(ア) 加算等の算定される単位数が増える場合

- ・届出が月の15日以前に行われた場合
 - ・・・ 翌月から算定を開始
- ・届出が月の16日以降に行われた場合
 - ・・・ 翌々月から算定を開始

(イ) 加算等の算定される単位数が減る場合、又は加算等が算定されなくなる場合

届出の時期に関わらず、加算等の単位数が減る（又は算定されなくなる）事実が発生した日から算定を行わない。

過剰取得した報酬がある場合は、給付費支払市町村に連絡の上、遡って過誤調整を行う。

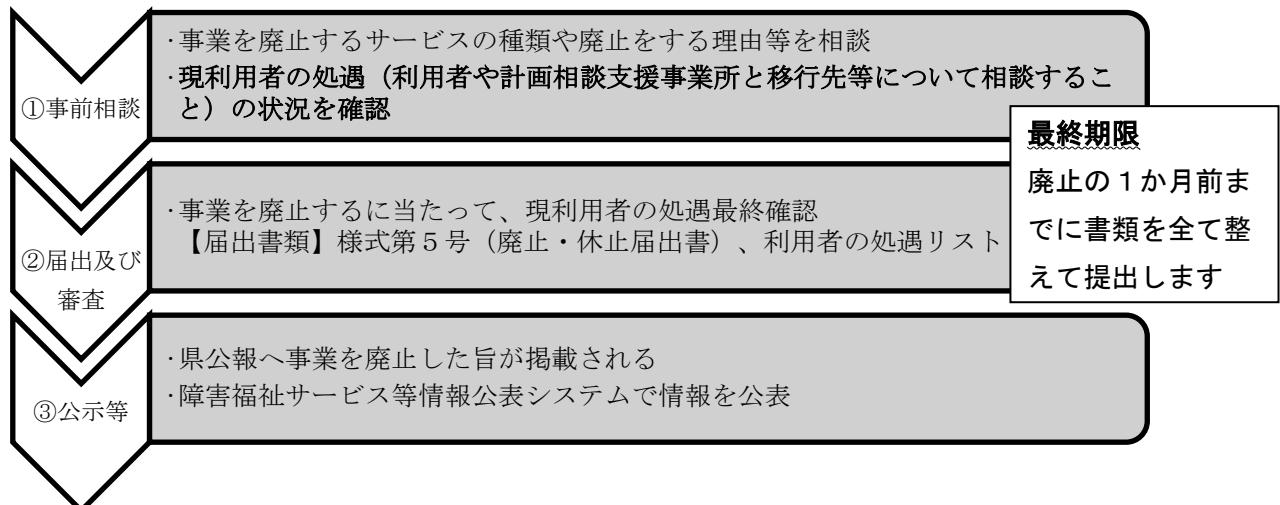
※ 加算等の種類によっては上記によらない場合があります。

4 事業の廃止、休止及び再開について

事業所の廃止、休止及び再開の流れ

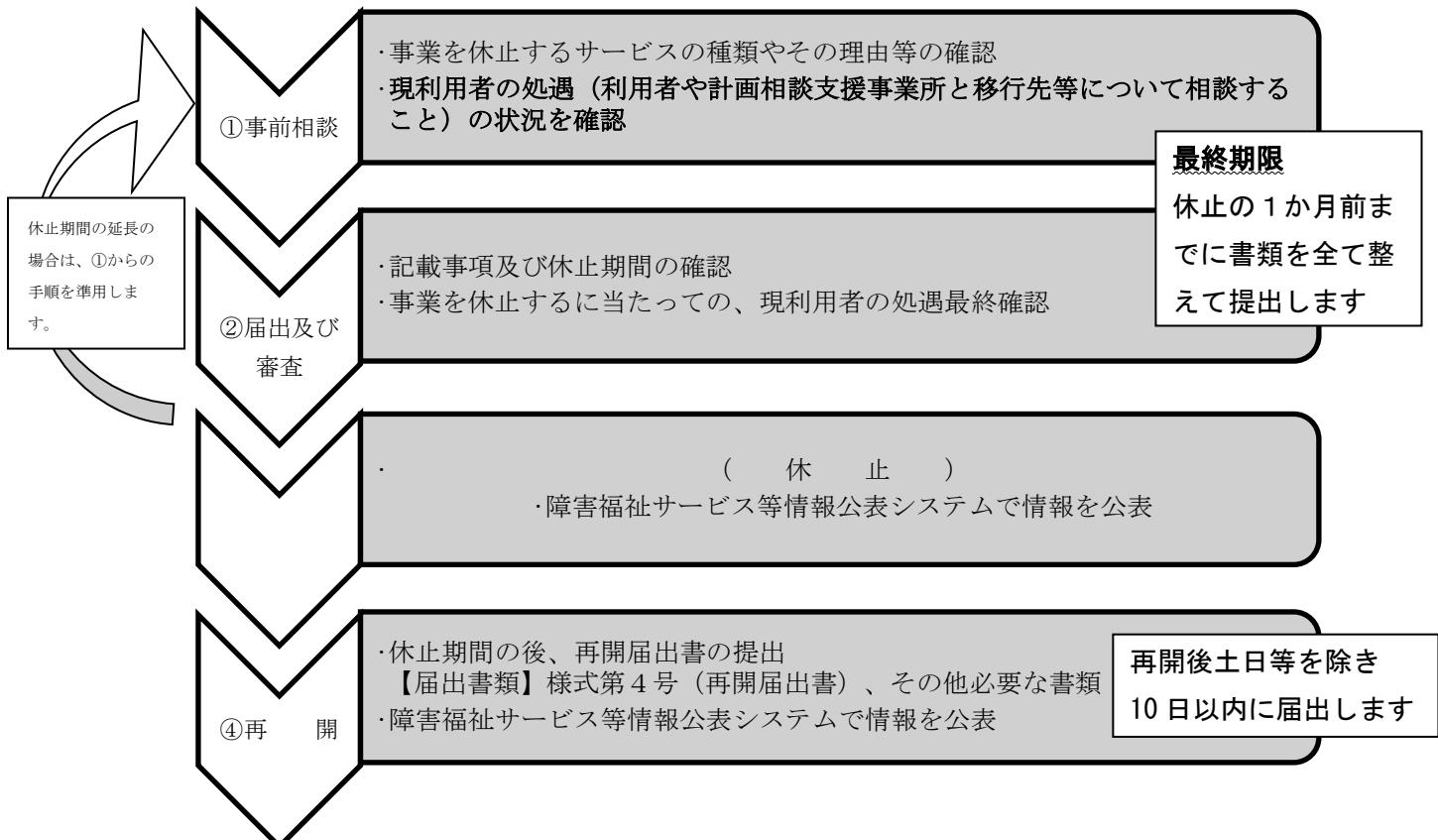
事業所の廃止又は休止の際は、その旨を指定権者へ届け出る必要があります。

《1 事業所の廃止の場合》



《2 事業所の休止の場合》

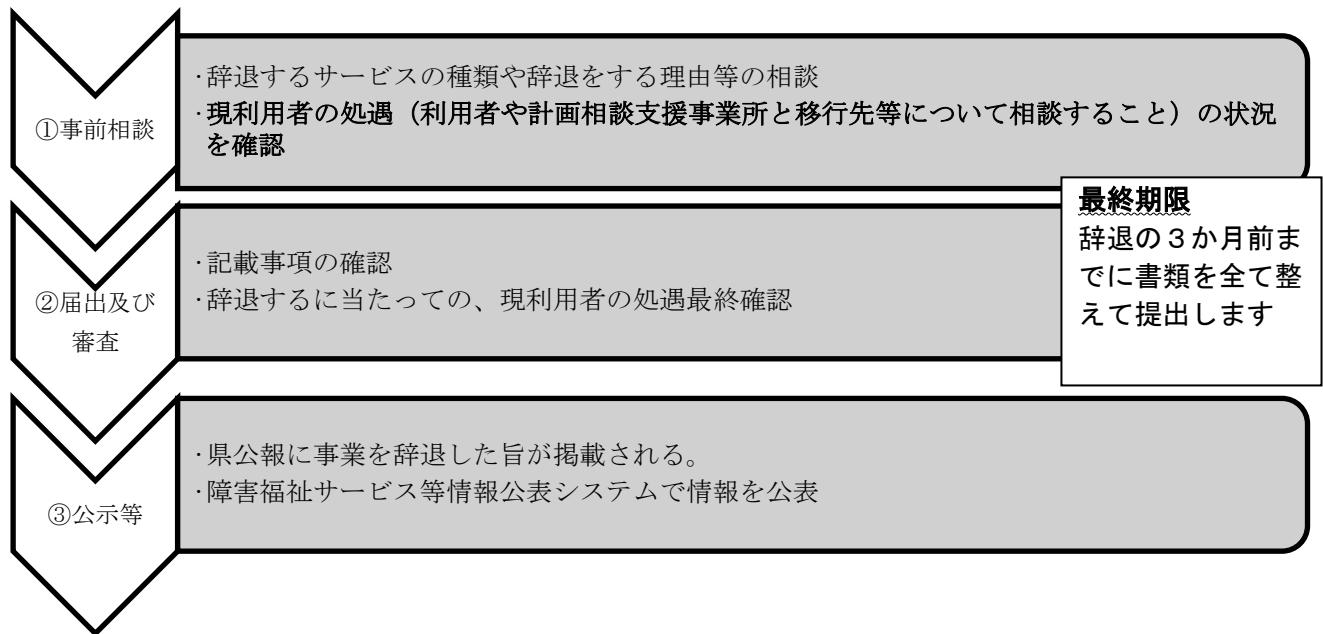
事業所を一旦休止し、その後再開することが認められています。



5 指定の辞退について

指定の辞退の流れ

指定障害者支援施設又は指定障害児入所施設については、その指定を辞退するに当たり辞退届の提出が必要です。



6 共生型サービスの指定について

(1) 指定要件について

共生型サービスの指定要件は以下のとおりです。

①従業者

母体となる既存サービスの利用者数と、共生型サービスの利用者数を合計した数を当該事業所の利用者数とした場合に、当該既存サービスの基準により必要とされる従業者数以上であること。

②設備

指定を受ける共生型サービスの基準を満たす必要はなく、既存サービス事業所として満たすべき設備基準を満たしていれば足りるものであること。

③技術的支援

指定障害福祉サービス事業所その他の関係施設から、障害児又は障害者の支援を行う上で、必要な技術的支援を受けていること。

(2) 人員について

共生型サービスの指定に当たって、人員に関する注意点は以下のとおりです。

①管理者

共生型サービスの管理者と、既存サービスの管理者が兼務であっても差し支えないこと。

②サービス管理責任者等

介護保険のサービス等を母体として、共生型サービスの指定を受ける場合は、サービス提供責任者、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者を置かなくとも差し支えないこと。

ただし、障害福祉サービス等を母体にする場合は、通常の指定障害福祉サービス等と同様の人員配置が必要です。

(3) 定員について

利用定員の範囲内であれば、サービスごとの利用者の数に変動があっても差し支えありません。

【例】定員20人の場合、利用日によって、共生型生活介護の利用者が10人、既存サービスの利用者が10人であっても、共生型生活介護の利用者が5人、既存サービスの利用者が15人であっても差し支えありません。

(4) 追加提出資料

既存サービスの指定状況を確認するため、以下の書類を追加で提出します。

- イ 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式）
- ロ 既存サービスの指定文書（指令文等）
- ハ 既存サービスの指定申請書写し
- ニ 既存サービスの指定に係る記載事項写し

共生型サービスの指定が可能な組合せ

障害者総合支援法	①居宅介護	↔ ○訪問介護	児 介
	②重度訪問介護	↔ ○訪問介護	
	③生活介護	↔ ○児童発達支援 ○放課後等デイサービス ○通所介護 ○地域密着型通所介護 ← ○(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	
	④短期入所 (障害者支援施設を本体とする短期入所に限る)	↔ ○(介護予防)短期入所生活介護 ← ○(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	
	⑤自立訓練	↔ ○通所介護 ○地域密着型通所介護 ← ○(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	
児童福祉法	①児童発達支援 (重症心身障害児を対象とする事業所を除く)	↔ ○生活介護 ○通所介護 ○地域密着型通所介護 ← ○(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	障 介
	②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 ○通所介護 ○地域密着型通所介護 ← ○(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	
	③訪問介護	↔ ○居宅介護 ○重度訪問介護	
介護保険法	②通所介護、地域密着型通所介護	↔ ○生活介護 ○自立訓練 ↔ ○児童発達支援 (重症心身障害児を対象とする事業所を除く) ○放課後等デイサービス	障 児
	③(介護予防)短期入所生活介護	↔ ○短期入所	
	④(介護予防)小規模多機能型居宅介護	→ ○短期入所 ○生活介護 ○児童発達支援 (重症心身障害児を対象とする事業所を除く) ○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)	障 児
	⑤看護小規模多機能型居宅介護	→ ○短期入所 ○生活介護 ○児童発達支援 (重症心身障害児を対象とする事業所を除く) ○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)	

「↔」: 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。

○法令の略称は以下のとおり。

「障」: 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(障害者総合支援法)

「児」: 児童福祉法

「介」: 介護保険法

○サービスの所管は以下のとおり

【障害福祉サービス】

居宅介護	保健福祉事務所(地域事務所) 母子・障害(第二)班	生活介護	障害福祉課
重度訪問介護		自立訓練	
短期入所		児童発達支援(※)	
児童発達支援(単独)		放課後デイサービス(※)	
放課後デイサービス(単独)			

【介護保険のサービス】

訪問介護	保健福祉事務所(地域事務所) 成人高齢班	地域密着型通所介護	市町村高齢者福祉担当課
通所介護		小規模多機能型居宅介護	
短期入所生活介護			

※指定(共生型)生活介護又は指定(共生型)自立訓練と一体的に行う指定(共生型)障害児通所支援は障害福祉課指定

(共通のサービスを母体とする共生型サービス同士、一方のサービスを母体とする共生型サービス等)

上記に当てはまらない事例については、障害福祉課・保健福祉事務所で調整の上、指定機関を決定する

第4 指定(更新)申請時の提出書類チェック表

指定申請書類のチェック表（訪問系サービス） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時 の要否	チェック項目		
1 事業所の名称、所在地			○	<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか		
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名						
3 事業開始の予定年月日						
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項 証明書 又は □条例等	前回提出時 より変更が なければ省 略可 ※共生型の 場合省略可	○	登記事項全部履正書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか		
5 事業所の平面図	□別記様式 第20号	○		<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか（□事務室 □受付等のスペース） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 事業に必要な備品等を確保しているか (特に感染症予防に必要な設備に配慮する)		
6 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式 第22号	○	○	経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (サービス提供責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか 以下のいずれかを満たすこと <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修の1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修の2級課程修了者であって、 3年以上介護等の業務に従事した者 <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか		
	□別記様式 第26号	前回提出時 より変更が なければ省 略可		実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか		
	□研修修了証の 写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可				
	□資格証の写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可				
7 運営規程	□運営規程	○	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか		
8 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式 第23号	○ ※共生型の 場合省略可	○	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか		
9 従業者の勤務の体制、勤務形態	□別記様式 第5号	○	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか		
	□資格証の写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可				
10 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	□別記様式 第24号	○	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は准ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか		
11 その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式 第6号	○	○	別記様式第6号（付表） <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の氏名・住所が、サービス提供責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか		

			<input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> サービス内容が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか
	<input type="checkbox"/> 別記様式 第19号	○	別記様式第19号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第6号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
	<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
	<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ権限は委譲されているか)
	<input type="checkbox"/> 重要事項 説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
	<input type="checkbox"/> 収支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
	<input type="checkbox"/> 別記様式 第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る 各別紙	○	事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所、施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は新規記入後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか
	(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票 (参考様式)	○	(共生型の場合のみ)母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、介護保険法の「訪問介護」となっているか <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 指定居宅介護事業所等その他の関係施設から技術的支援を受けているか

指定申請書類のチェック表（療養介護）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名	□様式第1号	○	□申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか □申請者は法人か □記載内容が登記と合致するか □事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか □既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか □法人代表メールアドレスが記載されているか	
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可	登記事項全部原証明書 □原本が提出されているか □目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか □記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 □目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか □記載内容が様式第1号と合致するか	
5 医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類	□許可証等の写し	前回提出時より変更がなければ省略可		
6 事業所の平面図	□別記様式第20号	○	□医療法に規定する病院としての設備及び多目的室が整備されているか	
設備の概要	□別記様式第21号	○	□利用者の特性に応じたものであるか □日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか	
7 利用者の推定数	□別記様式第7号	○	□別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか □記載内容が様式第1号と合致するか □管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか □サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか □従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか □最低人員を満たしているか（単独：20人） □開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか □利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか □苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか	
8 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式第22号	○	経歴書 (管理者) □氏名・住所が付表と合致するか □経歴が、実務経験証明書と合致するか □兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) □資格要件に合致するか □資格の写しが添付されているか (サービス管理責任者) □氏名・住所が付表と合致するか □経歴が、実務経験証明書と合致するか □兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) □資格要件を満たしているか □資格の写しは添付されているか □資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか □サービス管理責任者研修の有効期限は切れていねいか（有効期間5年）	
	□別記様式第26号	前回提出時より変更がなければ省略可	実務経験証明書 □内容が経歴書と合致するか □実際の从事日数が1年当たり180日を超えているか	
	□研修修了証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可		
	□資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可		
9 運営規程	□運営規程	○	□運営規程には以下の全項目が記載されているか □目的及び運営方針 □従業者の職種・員数・職務内容 □利用定員 □受領する費用の種類及びその額 □留意事項 □緊急時対応 □非常災害対策 □主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） □虐待防止のための措置 □その他 □根拠法令は適切な記載となっているか □略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか □記載内容が、各添付資料と合致するか	
10 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第23号	○	□苦情申し立ての窓口が記載されているか □真摯に対応するような内容となっているか	

11	従業者の勤務の体制、勤務形態	□別記様式 第5号	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1－3）と合致するか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか
		□資格証の写し		
12	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	□別記様式 第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
13	その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式 第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第7号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		□事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		□利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		□重要事項 説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		□収支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		□関係機関への届出状況を確認できるもの	前回提出時 より変更が なければ省 略可	<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査未証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか
		□別記様式 第4号 □別記様式 第4号別紙1 □加算に係る 各別紙	○	事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は申請記入後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（生活介護） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目	
1 事業所の名称、所在地			○	□申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか □申請者は法人か □記載内容が登記と合致するか □事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか □既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか □法人代表メールアドレスが記載されているか	
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名					
3 事業開始の予定年月日					
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可	○	登記事項全部隔正證明書 □原本が提出されているか □目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか □記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 □目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか □記載内容が様式第1号と合致するか	
5 事業所の平面図	□別記様式第20号			□設備基準を満たしているか □訓練・作業室 □相談室 □洗面所・便所 □多目的室 □その他運営に必要な設備（事務室等） □設備基準上の名称で記載されているか □各部屋のm数が記載されているか □サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか □備品等を配置しても十分な広さを確保できるか □他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） □日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 □広さの目安として、成人1人当たり3.3m ² を確保しているか （目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要なm ² 数は考慮する） 相談室 □間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 □利用者の特性に応じたものであるか 多目的室 □多目的室の広さは適切か	
設備の概要	□別記様式第21号	○	○	□利用者の特性に応じたものであるか □日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか	
6 利用者の推定数	□別記様式第8号			□別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか □記載内容が様式第1号と合致するか □管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか □サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか □従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか □利用定員は最低定員を満たしているか（単独:20人 多機能:6人） □開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか □営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか □主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） □主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか □利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか □苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか □協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか □多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか □別記様式第18号の内容は、別記様式第8号と合致するか	
7 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 ※共生型の場合、サービス管理責任者未配置でも減算は行わない。	□別記様式第22号 □別記様式第26号 □研修修了証の写し □資格証の写し	○ ※共生型の場合省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可	○	経歴書 （管理者） □氏名・住所が付表と合致するか □経歴が、実務経験証明書と合致するか □兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） □資格要件に合致するか □資格の写しが添付されているか （サービス管理責任者） □氏名・住所が付表と合致するか □経歴が、実務経験証明書と合致するか □兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） □資格要件を満たしているか □資格の写しは添付されているか □資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか □サービス管理責任者研修の有効期限は切れていなければ（有効期間5年）	

				実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか
8	運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切に記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9	利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	<input type="checkbox"/> 別記様式第23号	○ ※共生型の場合省略可	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか
10	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-1） <input type="checkbox"/> 資格証の写し	○ 前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-1）と合致するか <input type="checkbox"/> 看護職員は、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期要件を満たしているか
11	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	<input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
12	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	<input type="checkbox"/> 別記様式第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
13	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第8号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 收支予算書	○	收支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みが適切か
		<input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの	前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか
		<input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所、施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は新規化候後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか
		(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式）	○	(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか。 介護保険法の「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」「看護小規模多機能型居宅介護」 児童福祉法の「児童発達支援」「放課後等デイサービス」（いずれも重症心身障害児対象事業所除く） <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 指定生活介護事業所その他の関係施設から技術的支援を受けているか

指定申請書類のチェック表（短期入所）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目		
1 事業所の名称、所在地			□様式第1号	<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか		
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名						
3 事業開始の予定年月日						
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可	○	登記事項全部原証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか		
5 事業所の種別	別記様式第9号	○				
6 事業所の平面図	□別記様式第20号	○	○	<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm数が記載されているか <input type="checkbox"/> 対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか（空所型、併設型） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 居室 <input type="checkbox"/> 適切な広さが確保してあるか 食堂 <input type="checkbox"/> 食事の提供に支障がない広さが確保してあるか 浴室 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置しているか		
設備の概要	□別記様式第21号	○		<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか		
7 利用者の推定数及び入所定員 (併設事業所にて行う場合のみ)	□別記様式第9号	○	○	<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の種別は適当か <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第9号と合致するか		
8 管理者の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式第22号 □別記様式第26号 □研修修了証の写し □資格証の写し	○ ※共生型の場合省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可		経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか		

9	運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切に記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
10	利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	<input type="checkbox"/> 別記様式第23号	○ ※共生型の場合省略可	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか
11	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式第5号	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処理職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか
		<input type="checkbox"/> 資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
12	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	<input type="checkbox"/> 別記様式第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
13	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第9号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 収支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		<input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの	前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査未証明の場合は、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか
		<input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は肆臘改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか
	(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できることを確認できるもの □指令書の写し □母体となるサービスに係る記載事項 □共生型サービス指定に係る確認票（参考様式）		○	(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか。 介護保険法の「短期入所生活介護」「介護予防短期入所生活介護」「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」「看護小規模多機能型居宅介護」 <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 指定短期入所事業所その他の関係施設から技術的支援を受けているか

指定申請書類のチェック表（重度障害者等包括支援）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目		
1 事業所の名称、所在地			○	<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に継続されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか		
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名						
3 事業開始の予定年月日						
4 登記事項証明書 条例等	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等		前回提出時より変更がないければ省略可	登記事項全部原証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか		
5 提供する障害福祉サービスの種類	<input type="checkbox"/> 別記様式第10号					
6 第三者委託により提供する障害福祉サービスの種類、当該第三者の事業所の名称及び所在地			○	別記様式第10号（付表） <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の氏名・住所が、サービス提供責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> サービス内容が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか <small>（対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい）</small> <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか		
7 事業所の平面図	<input type="checkbox"/> 別記様式第20号					
8 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	<input type="checkbox"/> 別記様式第22号 <input type="checkbox"/> 別記様式第26号 <input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 資格証の写し		○ 前回提出時より変更がないければ省略可 前回提出時より変更がないければ省略可 前回提出時より変更がないければ省略可	経歴書（管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか <small>（勤務形態一覧表を確認）</small> <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか <small>（サービス提供責任者）</small> <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <small>以下のいずれの要件も満たすこと</small> <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 当該サービス利用対象者への入浴、排せつ、食事の介護業務等に3年以上従事 <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか		
9 運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程					
10 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	<input type="checkbox"/> 別記様式第23号		○	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか		

11	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式第5号	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期要件を満たしているか
		<input type="checkbox"/> 資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可	
12	主たる対象者に係る医療機関との協力体制の概要	<input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	
13	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	<input type="checkbox"/> 別記様式第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は准ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
14	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第6号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 収支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		<input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は新規記入後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（自立訓練（機能訓練））※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名	□様式第1号	○		<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可		登記事項全部隔離證明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか
5 事業所の平面図	□別記様式第20号	○		<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm²数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに応じているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか <small>（多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可）</small> <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3m²を確保しているか <small>（目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要なm²数は増減する）</small> 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 多目的室 <input type="checkbox"/> 多目的室の広さは適切か
設備の概要	□別記様式第21号	○		<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか
6 利用者の推定数	□別記様式第12号	○		<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独:20人 多機能:6人） <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか <small>（対象者を特定しない場合は、運営規程に記載なくともよい）</small> <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第12号と合致するか
7 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 ※共生型の場合、サービス管理責任者未配置でも減算は行わない。	□別記様式第22号 □別記様式第26号 □研修修了証の写し □資格証の写し	○ ※共生型の場合省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可		経歴書 <small>（管理者）</small> <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験證明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか <small>（勤務形態一覧表を確認）</small> <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか <small>（サービス管理責任者）</small> <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験證明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか <small>（勤務形態一覧表を確認）</small> <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか <small>（資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか）</small> <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていなか（有効期間5年）

				実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか
8	運営規程	□運営規程	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9	利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第23号	○ ※共生型の場合省略可	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか
10	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-2）	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 看護職員については、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の業務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期要件を満たしているか
11	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	□協力医療機関との契約書の写し	1年内に提出していれば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
12	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	□別記様式第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
13	その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第12号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		□事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		□利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		□重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		□收支予算書	○	收支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		□関係機関への届出状況を確認できるもの	前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がなければ、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか
		<input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は新規記入後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか
		(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式）	○	(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか。 介護保険法の「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」「看護小規模多機能型居宅介護」 <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 指定自立訓練（機器訓練）事業所その他の関係施設から技術的支援を受けているか

指定申請書類のチェック表（自立訓練（生活訓練））※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名		□様式第1号	○	
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可		登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか
5 事業所の平面図	□別記様式第20号		○	<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練を行う場合は、上記の設備の他に居室及び浴室を設けているか <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3m ² を確保しているか （目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要なm数は増減する） 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 多目的室 <input type="checkbox"/> 多目的室の広さ（適切か） 居室（宿泊型自立訓練を行う場合に限る） <input type="checkbox"/> 居室面積が収納設備を除き、7.43m ² 以上となっているか <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人となっているか 浴室（宿泊型自立訓練を行う場合に限る） <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか
設備の概要	□別記様式第21号		○	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか
6 利用者の推定数	□別記様式第13号		○	<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独:20人 多機能:6人） <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第13号と合致するか
7 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 ※共生型の場合、サービス管理責任者未配置でも減算は行わない。	□別記様式第22号 □別記様式第26号 □研修修了証の写し □資格証の写し	※共生型の場合省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可	○ ○ ○ ○	経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていなか（有効期間5年）

				実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか
8	運営規程	□運営規程	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9	利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第23号	○ ※共生型の場合省略可	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか
10	従業者の勤務の体制、勤務形態	□別記様式第5号 □別記様式第5号（別紙1-2） □資格証の写し	○ 前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙2-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 看護職員については、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 地域移行支援員を配置しているか（宿泊型自立訓練を行う場合に限る） <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の業務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期を満たしているか
11	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	□協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
12	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	□別記様式第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
13	その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式第19号 □事業計画書 □利用契約書 □重要事項説明書 □収支予算書 □関係機関への届出状況を確認できるもの □別記様式第4号 □別記様式第4号別紙1 □加算に係る各別紙（共生型の場合は、母体となるサービスの指定を受けていることを確認できることを確認できるもの） □指令書の写し □母体となるサービスに係る記載事項 □共生型サービス指定に係る確認票（参考様式）	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	<p>別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/>記載内容が別記様式第13号と合致するか <input type="checkbox"/>特定理由は合理的か</p> <p>事業計画 <input type="checkbox"/>記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/>1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/>利用者にとって、不当な内容が含まれていないか</p> <p>利用契約書 <input type="checkbox"/>記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/>利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/>個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/>契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）</p> <p>重要事項説明書 <input type="checkbox"/>記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/>利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/>利用者負担やサービス内容が明示されているか</p> <p>収支予算書 <input type="checkbox"/>障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/>収入及び支出の見込みが適切か</p> <p>建築物等検査済書 <input type="checkbox"/>建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/>消防用設備等検査済書があるか <input type="checkbox"/>※検査済証がなければ、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか</p> <p>事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/>届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/>別紙1（体制等状況一覧表）は報酬改訂後のものか <input type="checkbox"/>別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/>算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/>算定する加算について添付資料が揃っているか</p> <p>（共生型の場合のみ）母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/>母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか。 介護保険法の「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」「看護小規模多機能型居宅介護」 <input type="checkbox"/>母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/>従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/>指定自立訓練（生活訓練）事業所その他の関係施設から技術的支援を受けているか</p>

指定申請書類のチェック表（就労選択支援）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項	左記の事項を記載した書類	更新時の要否	チェック項目
	提出書類		
1 事業所の名称、所在地			<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前によっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名	□様式第1号	○	
3 事業開始の予定年月日			
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可	登記事項全部原証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労定着支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労定着支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか
5 事業所の平面図	□別記様式第20号	○	<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか (支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可) <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか
設備の概要	□別記様式第21号	○	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか
6 利用者の推定数	□別記様式第31号 □別記様式第31号別紙 □指定要件を満たす就労定着者の就労期間証明書（全員分）	○	<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 別紙が提出されており、指定要件の 「過去3年間（例：令和7年4月指定の場合 令和4年4月～令和7年3月までの間） に就労定着者（定着期間は問わない）が最低3名以上」いるか <input type="checkbox"/> 上記就労定着者の就労期間証明書又は在職証明書が最低3人分あるか <input type="checkbox"/> クローズド就労の場合は雇用契約書の写し、給与の振込みなど
7 管理者の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式第22号 □別記様式第26号 □資格証の写し	○ 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可	経歴書（管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか 運営規程 には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域
8 運営規程	□運営規程	○	

				<input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9	利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	<input type="checkbox"/> 別記様式 第23号	○	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか
10	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式 第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第5号（別紙1-2）	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期を満たしているか <input type="checkbox"/> 就労選択支援員としての資格要件を満たしているか。
		<input type="checkbox"/> 資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可	
11	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	<input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
12	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	<input type="checkbox"/> 別記様式 第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
13	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式 第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第29号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 収支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		<input type="checkbox"/> 別記様式 第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は新規記入後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（就労系（就労移行支援、就労継続支援））
※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の有無	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名		□様式第1号	○	
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等 定款 (就労継続支援A型を行う場合に限る)	□登記事項証明書 又は □条例等 □定款 (就労継続支援A型を行う場合に限る)	前回提出時より変更がなければ省略可		<p>登記事項全部原証明書</p> <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労移行支援事業」「就労継続支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <p>条例等</p> <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労移行支援事業」「就労継続支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか
5 事業所の平面図	□別記様式第20号	○		<p>設備基準を満たしているか</p> <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm ² 数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか (多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可) <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか <p>訓練・作業室</p> <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3m ² を確保しているか (目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要なm ² 数(は倍減する)) <input type="checkbox"/> 野外作業を予定している場合は、十分な広さを確保しているか <p>相談室</p> <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか <p>洗面所・便所</p> <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <p>多目的室</p> <input type="checkbox"/> 多目的室の広さ(は適切か)
設備の概要	□別記様式第21号	○		<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか
6 利用者の推定数 連携する公共職業安定所その他関係機関の名称 (就労移行支援を行う場合に限る)	□別記様式第14号 (就労移行支援) 又は □別記様式第15号 (就労継続支援)	○		<input type="checkbox"/> 別記様式(付表)は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか □就労移行支援・・・単独：20人 多機能：6人 □就労継続支援A型・・・単独：10人 多機能：10人 □就労継続支援B型・・・単独：20人 多機能：10人 <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) □主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第14号又は別記様式第15号と合致するか
7 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式第22号 □別記様式第26号 □研修修了証の写し □資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可	○	<p>経歴書 (管理者)</p> <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (サービス管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか)

				<p><input type="checkbox"/>サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年）</p> <p>実務経験証明書</p> <p><input type="checkbox"/>内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/>実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか</p>
8	運営規程	□運営規程	○	<p><input type="checkbox"/>運営規程には以下の全項目が記載されているか</p> <p><input type="checkbox"/>目的及び運営方針 <input type="checkbox"/>従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/>営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/>利用定員 <input type="checkbox"/>受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/>実施地域 <input type="checkbox"/>留意事項 <input type="checkbox"/>緊急時対応 <input type="checkbox"/>非常災害対策 <input type="checkbox"/>主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/>虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/>その他 <input type="checkbox"/>根拠法令は適切に記載となっているか <input type="checkbox"/>略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/>記載内容が、各添付資料と合致するか</p>
9	利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第23号	○	<p><input type="checkbox"/>苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/>真摯に対応するような内容となっているか</p>
10	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-2）	○	<p><input type="checkbox"/>適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/>前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-2）と合致するか <input type="checkbox"/>勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/>職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/>事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/>加算の算定要件を満たしているか</p>
11	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	□協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	<p><input type="checkbox"/>契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/>事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）</p>
12	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	□別記様式第24号	○	<p><input type="checkbox"/>押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/>管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか</p>
13	その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式第19号	○	<p>別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由）</p> <p><input type="checkbox"/>記載内容が別記様式第14号又は15号と合致するか <input type="checkbox"/>特定理由は合理的か</p>
		□事業計画書	○	<p>事業計画</p> <p><input type="checkbox"/>記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/>1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/>利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/>指定後約5年間、事業を適切に実行できる計画となっているか</p>
		□利用契約書	○	<p>利用契約書</p> <p><input type="checkbox"/>記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/>利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/>個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/>契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）</p>
		□重要事項説明書	○	<p>重要事項説明書</p> <p><input type="checkbox"/>記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/>利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/>利用者負担やサービス内容が明示されているか</p>
		□収支予算書	○	<p>収支予算書</p> <p><input type="checkbox"/>障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/>福祉会計と就労会計とが区分されて会計されているか <input type="checkbox"/>収入及び支出の見込みが適切か <input type="checkbox"/>指定後約5年間、事業を適切に実行できる計画となっているか</p>
		□関係機関への届出状況を確認できるもの	前回提出時より変更がなければ省略可	<p><input type="checkbox"/>建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/>消防用設備等検査済書があるか ※検査未証明か未登録の場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他の関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか</p>
		<input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	<p>事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項</p> <p><input type="checkbox"/>届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/>別紙1（体制等状況一覧表）は新規開設後のものか <input type="checkbox"/>別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/>算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/>算定する加算について添付資料が揃っているか</p>

指定申請書類のチェック表（就労定着支援） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目		
1 事業所の名称、所在地			○	<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか		
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名						
3 事業開始の予定年月日						
4 登記事項証明書 条例等	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等		前回提出時より変更がなければ省略可	登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労定着支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労定着支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか		
5 事業所の平面図	<input type="checkbox"/> 別記様式第20号			<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> その他の運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm数が記載されているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （定着支援の設備は兼用することができる） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか		
6 設備の概要	<input type="checkbox"/> 別記様式第21号		○	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか		
7 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	<input type="checkbox"/> 別記様式第29号 <input type="checkbox"/> 別記様式第29号別紙 <input type="checkbox"/> 指定要件を満たす就労定着者の就労期間証明書（全員分）		○	<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「過去3年間（例：平成30年4月指定の場合 平成27年4月～平成30年3月までの間）」に就労期間が6ヶ月に達した者×0.7」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 別紙が提出されており、指定要件の「過去3年間（例：令和7年4月指定の場合 令和4年4月～令和7年3月までの間）」に就労定着者（定着期間は問わない）が最低3名以上」いるか <input type="checkbox"/> 上記就労定着者の就労期間証明書又は在職證明書が最低3人分あるか <input type="checkbox"/> クローズドで就労の場合は雇用契約書の写し、給与の振込みなど		
7 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	<input type="checkbox"/> 別記様式第2号 <input type="checkbox"/> 別記様式第26号 <input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 資格証の写し			経歴書（管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか		

				<input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えてるか
8	運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9	利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	<input type="checkbox"/> 別記様式第23号	○	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか
10	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-2）	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 新規指定から半年未満、過去3年間（例：令和7年4月1日指定の場合、令和4年4月1日～令和7年3月31日の間）に就労期間が6ヶ月に達した者の数×70%～40 <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期要件を満たしているか
		<input type="checkbox"/> 資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
11	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容	<input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
12	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	<input type="checkbox"/> 別記様式第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準する者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
13	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第29号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 收支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		<input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は申請提出後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（自立生活援助）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名	□様式第1号	○		<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可		登記事項全部證明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか
5 申請者の指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者の別提供している指定障害福祉サービスの種類、名称、所在地	□別記様式第30号	○		別記様式第30号(付表) <input type="checkbox"/> 別記様式(付表)は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の氏名・住所が、サービス提供責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> サービス内容が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか <small>(対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい)</small> <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか
6 事業所の平面図	□別記様式第20号	○		<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 事業に必要な備品等を確保しているか <small>(特に感染症予防に必要な設備に配慮する)</small>
7 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式第22号	○ ※共生型の場合省略可		経歴書 <small>(管理者)</small> <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか <small>(勤務形態一覧表を確認)</small> <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか <small>(サービス管理責任者)</small> <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <small>以下のいずれかを満たすこと</small> <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修の1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修の2級課程修了者であって、3年以上介護等の業務に従事した者 <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていなか <small>(有効期間5年)</small>
	□別記様式第26号	前回提出時より変更がなければ省略可		
	□研修修了証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可		
	□資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可		実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか
8 運営規程	□運営規程	○		<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 主たる対象者(対象者を定めた場合のみ) <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第23号	○ ※共生型の場合省略可		<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか

10	従業者の勤務の体制、勤務形態	□別記様式 第5号	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間常勤が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか
		□資格証の写し		
11	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	□別記様式 第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
12	その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式 第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第6号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		□事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		□利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		□重要事項 説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		□收支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みが適切か
		□別記様式 第4号 □別記様式 第4号別紙1 □加算に係る 各別紙	○	事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は肆回改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（共同生活援助）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名	□様式第1号	○		<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可	○	登記事項全部履正書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか
5 事業所の平面図	□別記様式第20号	○		<input type="checkbox"/> 住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流が確保される地域にあるか <input type="checkbox"/> 入所施設又は病院の敷地外にあるか <input type="checkbox"/> 居室は設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 収納設備等を除き、7.4.3m以上確保しているか <input type="checkbox"/> ユニットは設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 居室 □風呂 □トイレ □洗面所 □台所 等の日常生活を送る上で必要な設備 <small>(サテライト型以外の共同生活居住のユニットの場合)</small> <input type="checkbox"/> 居間 □食堂 等の利用者が相互交流を図ることができる設備 <input type="checkbox"/> 各部屋のn棟が記載されているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 設備は利用者の特性に応じたものであるか
6 利用者の推定数	□別記様式第11号	○		<input type="checkbox"/> 別記様式(付表)は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> サービス提供形態は、適当か <input type="checkbox"/> 協力医療機関及び協力医療歯科が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第11号と合致するか
7 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式第22号 □別記様式第26号 □研修修了証の写し □資格証の写し	○ 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可		経歴書 <small>(管理者)</small> <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験正明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか <small>(勤務形態一覧表を確認)</small> <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか <small>(サービス管理責任者)</small> <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験正明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか <small>(勤務形態一覧表を確認)</small> <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか 実務経験正明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えていいるか
8 運営規程	□運営規程	○		<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 □従業者の職種・員数・職務内容 □入居定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 □留意事項 □緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 □主たる対象者(対象者を定めた場合のみ) <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 □その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第23号	○		<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか

10	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式 第5号	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接派遣職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 前回提出時より変更がなければ省略可
		<input type="checkbox"/> 別記様式 第5号 (別紙1-2)		
11	受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称、所在地並びに当該事業者の名称及び所在地	<input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業者との委託契約書の写し等		<input type="checkbox"/> 契約内容は適切か <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か
12	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容(協力歯科医療機関含む)	<input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か(車で概ね30分以内)
13	関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要	<input type="checkbox"/> 別記様式 第11号		
14	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書)	<input type="checkbox"/> 別記様式 第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は准ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
15	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式 第19号	○	別記様式第19号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第11号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ権限は委譲されているか)
		<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 収支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		<input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの	○	<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類(協議書等)があるか <input type="checkbox"/> 前回提出時より変更がなければ省略可
		<input type="checkbox"/> 別記様式 第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第4号別紙2 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は新規記入後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（障害者支援施設） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 施設の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名		□様式第1号	○	
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可		登記事項全部原証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害者支援施設」を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害者支援施設」を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか
5 提供する施設障害福祉サービスの種類 (施設入所支援を除く)				<input type="checkbox"/> 以下にあるいずれかの障害福祉サービスを行っているか <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援
6 事業所の平面図	□別記様式第20号		○	<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗面所、便所 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm ² 数が記載されているか <input type="checkbox"/> 廊下幅は1.5m以上確保しているか <input type="checkbox"/> 中廊下（利用者が日常生活で使用する廊下）は1.8m以上確保しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか (昼間実施サービスを複数実施する場合、支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用ことができる) <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3m ² を確保しているか (目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要なm ² 数は増減する) 居室 <input type="checkbox"/> 居室の定員は、4人以下となっているか <input type="checkbox"/> 1人当たりの床面積は、収納設備を除き、9.9m ² 以上となっているか 食堂 <input type="checkbox"/> 食事の提供に支障がない広さを確保してあるか 浴室（宿泊型自立訓練を行う場合に限る） <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか
設備の概要	□別記様式第21号		○	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか
7 利用者の推定数	□別記様式第16号 (3枚組み)			<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか (昼間実施サービス：20人以上、施設入所支援：30人以上) <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 協力歯科医療機関が、契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第16号と合致するか <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスの記載は適当か <input type="checkbox"/> 居室面積、廊下幅は設備基準を上回っているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか
8 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式第22号	○		経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所か付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験正明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (サービス管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所か付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験正明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか

			なければ省略可	<input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていなか（有効期間5年） 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか
9	運営規程	□運営規程	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 提供する施設障害福祉サービスの種類 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・業務内容 <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスの営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> サービスの種類毎の利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスの実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
10	利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第23号	○	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか
11	従業者の勤務の体制、勤務形態（提供する施設障害福祉サービスごと）	<input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-1、又は1-2）	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 昼勤・夜勤職員の人数を確認可能な資料が提出されているか（勤務形態一覧表や、任意のシフト表等で確認する） <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-1、又は1-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期要件を満たしているか
12	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関含む）	□協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
13	連携する公共職業安定所その他関係機関の名称（就労移行支援を行う場合に限る）	□別記様式第16号		
14	法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	□別記様式第24号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
15	その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式第19号	○	別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第16号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		□事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 指定後約5年間、事業を適切に実行できる計画となっているか（就労移行支援又は就労継続支援を行なう場合のみ必要）
		□利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		□重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		□收支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か <input type="checkbox"/> 指定後約5年間、事業を適切に実行できる計画となっているか（就労移行支援又は就労継続支援を行なう場合のみ必要）
		□関係機関への届出状況を確認できるもの	前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか
		<input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る介護給付費等の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は報酬改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（地域相談支援） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				
2 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名	□様式第1号	○	□申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか □申請者は法人か □記載内容が登記と合致するか □事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか □既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか □法人代表メールアドレスが記載されているか	
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項証明書 又は □条例等	前回提出時より変更がなければ省略可		登記事項全部証明書 □原本が提出されているか □目的又は事業内容に、「指定一般相談支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか □記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 □目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか □記載内容が様式第1号と合致するか
5 事業所の平面図	□別記様式第20号	○		□サービスの提供を行うための設備が確保されているか
6 管理者及び相談支援専門員の氏名、生年月日、住所、経歴	□別記様式第22号	○		経歴書 (管理者) □氏名・住所が付表と合致するか □経歴が、実務経験証明書と合致するか □兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) □資格要件に合致するか □資格の写しが添付されているか (相談支援専門員) □氏名・住所が付表と合致するか □経歴が、実務経験証明書と合致するか □兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか □資格要件に合致するか □資格の写しが添付されているか
	□別記様式第26号	前回提出時より変更がなければ省略可		
	□研修修了証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可		実務経験証明書 □内容が経歴書と合致するか □実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか
	□資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可		
7 運営規程	□運営規程	○		□運営規程によ以下全項目が記載されているか □目的及び運営方針 □従業者の職種・員数・職務内容 □営業日及び営業時間 □根拠法令は適切な記載となっているか □略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか □記載内容が、各添付資料と合致するか
8 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第23号	○		□苦情申し立ての窓口が記載されているか □真摯に対応するような内容となっているか
9 従業者の勤務の体制 勤務形態	□別記様式第5号	○		□適切な人員配置が確保されているか □1人以上専従の相談支援専門員を配置しているか (業務に支障がない場合を除く) □勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか □職員の兼務に問題はないか □事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか
	□資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可		
10 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	□別記様式第24号	○		□押印は、法人代表印によるものか □管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
11 その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式第17号	○		別記様式第17号 □別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか □記載内容が様式第1号と合致するか □管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか □相談支援専門員が、勤務形態一覧表の氏名と合致するか □営業日、営業時間が、運営規程と合致するか □主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) □主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか □利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか □苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか □協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか
	□別記様式第19号	○		別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） □記載内容が別記様式第16号と合致するか □特定理由は合理的か

	<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
	<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
	<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
	<input type="checkbox"/> 收支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込み（予断）か
	<input type="checkbox"/> 別記様式 第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る 各別紙	○	事業に係る相談支援給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は新規記入後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（児童発達支援） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目		
1 事業所の名称、所在地			○	<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか		
2 申請者の名称 主たる事務所の所在地、 代表者の氏名、生年月 日、住所、職名						
3 事業開始の予定年月日						
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項 証明書 又は □条例等	前回提出時 より変更が なければ省 略可 ※共生型の 場合省略可	○	登記事項全部原証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか		
5 事業所の平面図	□別記様式 第15号	<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> センター以外（指導訓練室、その他運営に必要な設備） <input type="checkbox"/> センター（□指導訓練室 □遊戯室 □調理室 □便所） 重心（□野外遊戯室 □医务室 □相談室） 知的（□静養室） 難聴児（□聴力検査室） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm²数が記載されているか <input type="checkbox"/> 車いすの利用者が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 指導訓練室 <input type="checkbox"/> 1人当たり2.47m以上を確保しているか 遊戯室 <input type="checkbox"/> 1人当たり1.65m以上を確保しているか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか				
6 利用者の推定数	□別記様式 第16号	○	○	<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか		
7 管理者及び児童発達支援 管理責任者の氏名、生年 月日、住所、経歴 ※共生型の場合、児童発 達支援管理責任者未配置 でも減算は行わない。	□別記様式 第7号 (児童発達支援 センター) 又は □別記様式 第8号 (児童発達支援 センター以外)	○ ※共生型の 場合省略可		<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員を満たしているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第18号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第14号が添付されているか		
	□別記様式 第17号 (経歴書) □別記様式 第21号 (実務経験 証明書) □研修修了証の 写し □資格証の写し	○ ※共生型の 場合省略可 前回提出時 より変更が なければ省 略可 前回提出時 より変更が なければ省 略可 前回提出時 より変更が なければ省 略可	○	経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (児童発達支援管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか (有効期間5年) 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の從事日数が1年当たり180日を超えているか		

8	運営規程	□運営規程	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切に記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9	障害児又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	□別記様式第18号	○ ※共生型の場合省略可	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか
10	従業者の勤務の体制、勤務形態	□別記様式第6号（勤務形態一覧表）	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 看護師は、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期要件を満たしているか
		□資格証の写し	前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
11	法第21条の5の15第2項各号に該当しないこととを誓約する書面（誓約書）	□別記様式第19号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
12	その他指定に関し必要と認める事項	□別記様式第22号	○	別記様式第22号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第7号又は第8号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		□協力医療機関との契約書の写し	1年以内に提出していれば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
		□事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		□利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		□重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		□収支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		□関係機関への届出状況を確認できるもの	前回提出時より変更がなければ省略可	<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか
		□別記様式第5号 □別記様式第5号別紙1 □加算に係る各別紙	○	事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）（は親附帯丁後のものか） <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか
		(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの □指令書の写し □母体となるサービスに係る記載事項 □共生型サービス指定に係る確認票（参考様式）	○	(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 重症心身障害児対象事業所以外の事業所となっているか <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか 介護保険法の「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」「看護小規模多機能型居宅介護」「障害者総合支援法の「生活介護」 <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 障害児入所施設その他の関係施設から技術的支援を受けているか

指定申請書類のチェック表（放課後等デイサービス）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか
2 申請者の名称 主たる事務所の所在地、 代表者の氏名、生年月 日、住所、職名	□様式 第3号の5	○		
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項 証明書 又は □条例等	前回提出時 より変更が なければ省 略可 ※共生型の 場合省略可	○	登記事項全部履正書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等 を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等 を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか
5 事業所の平面図	□別記様式 第15号	○		<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 指導訓練室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備 <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm ² 数が記載されているか <input type="checkbox"/> 車いすの利用者が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか (多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は 兼用可) <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか <input type="checkbox"/> 設備は利用者の特性に応じたものであるか
設備の概要	□別記様式 第16号	○		<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか
6 利用者の推定数	□別記様式 第10号	○		<input type="checkbox"/> 別記様式(付表)は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか(単独:10人) <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第18号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか 多機能型事業所の場合は、別記様式第14号が添付されているか
7 管理者及び児童発達支援 管理責任者の氏名、生年 月日、住所、経歴 ※共生型の場合、児童発 達支援管理責任者未配置 でも減算は行わない。	□別記様式 第17号 (経歴書)	○ ※共生型の 場合省略可	○	経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験履正書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (児童発達支援管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験履正書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか (有効期間5年)
	□別記様式 第21号 (実務経験 証明書)	前回提出時 より変更が なければ省 略可	○	
	□研修修了証の 写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可	○	
	□資格証の写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可	○	
8 運営規程	□運営規程	○		<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日 及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者(対象者を定めた場合のみ) <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか
9 障害児又はその家庭から の苦情を解決する為に講 ずる措置の概要	□別記様式 第18号	○ ※共生型の 場合省略可		<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか

10	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式 第6号 (勤務形態 一覧表)	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 基準上必要な直接処遇職員は、全員が、児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者か (機会訓練を行う場合は、機会訓練担当職員の数を、直接処遇職員数に含めることができる)
		<input type="checkbox"/> 資格証の写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可	<input type="checkbox"/> 児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者のうち半数以上 (は、児童指導員又は保育士) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか
11	法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書）	<input type="checkbox"/> 別記様式 第19号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか
12	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式 第22号	○	別記様式第22号（生たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第10号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し	1年以内に 提出してい れば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 収支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		<input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの	前回提出時 より変更が なければ省 略可	<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか
	(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式）	<input type="checkbox"/> 別記様式 第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第5号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は「新規化粧」後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか
		○		(共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 重症心身障害児対象事業所以外の事業所となっているか <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか 介護保険法の「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」「看護小規模多機能型居宅介護」「障害者総合支援法の「生活介護」 <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 障害児入所施設その他の関係施設から技術的支援を受けているか

指定申請書類のチェック表（居宅訪問型児童発達支援）
※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目		
1 事業所の名称、所在地			□様式 第3号の5	<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか		
2 申請者の名称 主たる事務所の所在地、 代表者の氏名、生年月 日、住所、職名						
3 事業開始の予定年月日						
4 登記事項証明書 条例等			□登記事項 証明書 又は □条例等	登記事項全部隔離證明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか		
5 事業所の平面図						
6 管理者及び児童発達支援 管理責任者の氏名、生年 月日、住所、経歴			<input type="checkbox"/> 別記様式 第17号 (経歴書) <input type="checkbox"/> 別記様式 第21号 (実務経験 証明書) <input type="checkbox"/> 研修修了証の 写し <input type="checkbox"/> 資格証の写し	経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所か付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験證明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (児童発達支援管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所か付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験證明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていねいか (有効期間5年) 実務経験證明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか		
7 運営規程						
8 障害児又はその家庭から の苦情を解決する為に講 ずる措置の概要						
9 従業者の勤務の体制、 勤務形態						
10 法第21条の5の15第 2項各号に該当しないこ とを誓約する書面（誓約 書）			□別記様式 第18号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第6号 (勤務形態 一覧表) <input type="checkbox"/> 資格証の写し	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定期要件を満たしているか		

11	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式 第23号	○	<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独：10人） <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第14号が添付されているか
		<input type="checkbox"/> 別記様式 第22号	○	別記様式第22号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 協力医療機関 との契約書の 写し	1年以内に 提出してい れば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		<input type="checkbox"/> 重要事項 説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 收支予算書	○	收支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		<input type="checkbox"/> 別記様式 第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第5号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る 各別紙	○	事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は申請提出後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（保育所等訪問支援）

※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目
1 事業所の名称、所在地				
2 申請者の名称 主たる事務所の所在地、 代表者の氏名、生年月 日、住所、職名	□様式 第3号の5	○	□申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか □申請者は法人か □記載内容が登記と合致するか □事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか □既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか □法人代表メールアドレスが記載されているか	
3 事業開始の予定年月日				
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項 証明書 又は □条例等	前回提出時 より変更が なければ省 略可		登記事項全部廃止證明書 □原本が提出されているか □目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等 を運営する旨の記載があるか □記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 □目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等 を運営する旨の記載があるか □記載内容が様式第3号の5と合致するか
5 事業所の平面図	□別記様式 第15号	○		□設備基準を満たしているか (□専用の区画 □その他運営に必要な設備) □設備基準上の名称で記載されているか □備品等を配置しても十分な広さを確保できるか
6 設備の概要	□別記様式 第16号	○		□利用者の特性に応じたものであるか □日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか
6 管理者及び児童発達支援 管理責任者の氏名、生年 月日、住所、経歴	□別記様式 第17号 (経歴書)	○		経歴書 (管理者) □氏名・住所か付表と合致するか □経歴が、実務経験證明書と合致するか □兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) □資格要件に合致するか □資格の写しが添付されているか (児童発達支援管理責任者) □氏名・住所か付表と合致するか □経歴が、実務経験證明書と合致するか □兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) □資格要件を満たしているか □資格の写しは添付されているか □資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか □児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか (有効期間5年)
	□別記様式 第21号 (実務経験 証明書)	前回提出時 より変更が なければ省 略可		
	□研修修了証の 写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可		
	□資格証の写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可		実務経験證明書 □内容が経歴書と合致するか □実際の従事日数が1年当たり180日を超えるか
7 運営規程	□運営規程	○		□運営規程には以下の全項目が記載されているか □目的及び運営方針 □従業者の職種・員数・職務内容 □営業日 及び営業時間 □受領する費用の種類及びその額 □実施地域 □留意事項 □緊急時対応 □虐待防止のための措置 □その他 □根拠法令は適切な記載となっているか □略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか □記載内容が、各添付資料と合致するか
8 障害児又はその家庭から の苦情を解決する為に講 ずる措置の概要	□別記様式 第18号	○		□苦情申し立ての窓口が記載されているか □真摯に対応するような内容となっているか
9 従業者の勤務の体制、勤 務形態	□別記様式 第6号 (勤務形態 一覧表)	○		□適切な人員配置が確保されているか □勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか □職員の兼務に問題はないか □事務員、栄養士、調理員、送迎員等の 直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか □加算の算定期要件を満たしているか
	□資格証の写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可		
10 法第21条の5の15第 2項各号に該当しないこ とを誓約する書面（誓約 書）	□別記様式 第19号	○		□押印は、法人代表印によるものか □管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか

		<input type="checkbox"/> 別記様式 第11号	○	<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独：10人） <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第2.3号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機関型事業所の場合は、別記様式第1.4号が添付されているか
		<input type="checkbox"/> 別記様式 第22号	○	別記様式第22号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第11号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か
		<input type="checkbox"/> 協力医療機関 との契約書の 写し	1年以内に 提出してい れば省略可	<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内）
11	その他指定に関し必要と 認める事項	<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか）
		<input type="checkbox"/> 重要事項 説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか
		<input type="checkbox"/> 收支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か
		<input type="checkbox"/> 別記様式 第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第5号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る 各別紙	○	事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は障害児認定後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか

指定申請書類のチェック表（障害児入所施設） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項		左記の事項を記載した書類 提出書類	更新時の要否	チェック項目		
1 事業所の名称、所在地			○	<input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか		
2 申請者の名称 主たる事務所の所在地、 代表者の氏名、生年月 日、 住所、職名						
3 事業開始の予定年月日						
4 登記事項証明書 条例等	□登記事項 証明書 又は □条例等	前回提出時 より変更が なければ省 略可	○	登記事項全部原証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児入所施設」を運営する旨の記載 があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児入所施設」を運営する旨の記載 があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか		
5 医療法第7条の許可を受 けた診療所であることを 証する書類 (医療型の場合のみ)	□許可証等の 写し	○				
6 事業所の平面図	□別記様式 第15号	○	○	<input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設（□居室 □調理室 □浴室 □便所 □医务室 □静養室、□その他） <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設（□医療法に規定する病院としての設備 □訓練室 □浴室） <input type="checkbox"/> 主として入所させる児童の区分に応じた設備（福祉型、医療型） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車い すに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在が少ないか 居室（福祉型） <input type="checkbox"/> 1人当たり床面積4. 9 5 m以上を確保しているか		
設備の概要	□別記様式 第16号	○		<input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか		
7 利用者の推定数	□別記様式 第12号 (福祉型障害児 入所施設) 又は □別記様式 第13号 (医療型障害児 入所施設)	○	○	<input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致す るか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致してい るか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第18号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか		
8 管理者及び児童発達支援 管理責任者の氏名、生年 月日、住所、経歴	□別記様式 第17号 (経歴書) □別記様式 第21号 (実務経験 証明書) □研修修了証の 写し □資格証の写し	前回提出時 より変更が なければ省 略可 前回提出時 より変更が なければ省 略可 前回提出時 より変更が なければ省 略可	○	経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所か付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか (児童発達支援管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所か付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経験証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか (資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていなか れ(有効期間5年)		
				実務経験証明書		

				<input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えてるか	
9	運営規程	<input type="checkbox"/> 運営規程	○	<input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 入所定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者(対象者を定めた場合のみ) <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか	
10	障害児又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要	<input type="checkbox"/> 別記様式 第18号	○	<input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか	
11	従業者の勤務の体制、勤務形態	<input type="checkbox"/> 別記様式 第6号 (勤務形態一覧表)	○	<input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 看護師については、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の業務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか	<input type="checkbox"/> 資格証の写し 前回提出時より変更がなければ省略可
12	法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書)	<input type="checkbox"/> 別記様式 第19号	○	<input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか	
13	その他指定に関し必要と認める事項	<input type="checkbox"/> 別記様式 第22号	○	別記様式第22号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第9号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か	
		<input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し 1年以内に提出していれば省略可		<input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か(車で概ね30分以内)	
		<input type="checkbox"/> 事業計画書	○	事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか	
		<input type="checkbox"/> 利用契約書	○	利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ権限は委譲されているか)	
		<input type="checkbox"/> 重要事項説明書	○	重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか	
		<input type="checkbox"/> 收支予算書	○	収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か	
		<input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの 前回提出時より変更がなければ省略可		<input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類(協議書等)があるか	
		<input type="checkbox"/> 別記様式 第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式 第5号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙	○	事業に係る障害児入所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は肆回改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか	

第5 変更届の提出書類(体制の変更の場合)

◎障害福祉サービス事業者等変更届出書一覧

【共通必須書類】

変更届（体制の変更に係るものに限り、給付費に係るものと含まない）提出の際には、必ず添付願います。

○変更申請書又は変更届出書

生活介護、就労A型、就労B型、障害者支援施設の定員を増加する場合 → 様式第2号（第3条関係）

生活介護、就労A型、就労B型、障害者支援施設の定員を増加する場合以外 → 様式第3号（第4条関係）

○指定に係る記載事項（サービスごとに指定された様式いづれか）：別記様式第6号～17、29、30号

○別記様式第18号及び別記様式第18号その2（多機能型事業所の場合のみ）

【個別必須書類】

各変更届提出の際には、必ず添付願います。

変更項目	提出書類	備考
事業所の名称	運営規程、重要事項説明書	
事業所の所在地	運営規程、重要事項説明書 別記様式第20号：平面図 別記様式第21号：設備・備品一覧	【異なる市町村に移転する場合】 移転予定日の14日前（土日祝等除く）までに届出が必要 ※上記移転の場合であっても、移転の前後で指定権者が異なる場合は、 ①現在運営している事業所の廃止②移転先の事業所について新規指定が必要になります。
申請者の名称	登記事項証明書等	
主たる事務所の所在地	登記事項証明書等	
代表者の氏名及び住所	登記事項証明書等 別記様式第24号：誓約書	業務管理体制の変更届についても提出が必要
登記事項証明書又は条例等	登記事項証明書等 又は 条例等	
平面図及び設備の概要	別記様式第20号：平面図 (任意様式の平面図でも可) 別記様式第21号：設備・備品一覧 消防・建築の検査済証、確認済証等 (新築建物追加や移転の場合等、必要に応じて)	・各部屋の名称は、設備基準上の名称に合わせること ・各部屋のm数が記載されていること
管理者	別記様式第22号：経歴書 別記様式第26号：実務経験証明書 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第24号：誓約書 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号別紙1：算出表	・管理者の要件を満たしているか (福祉業務2年以上、社会福祉主事等) ・履歴書と実務経験証明書の整合性 ・勤務状況 ・誓約書が添付されているか
サービス提供責任者及びサービス管理責任者	別記様式第22号：経歴書 別記様式第26号：実務経験証明書 研修修了証の写し 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号別紙1：算出表	・要件を満たしているか ・履歴書と実務経験証明書の整合性 ・勤務状況

相談支援専門員の氏名及び住所	別記様式第6号～18号：指定に係る記載事項 別記様式第22号：経歴書 別記様式第26号：実務経験証明書 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号別紙1：算出表	・地域移行支援、地域定着支援
主たる対象者	別記様式第6号～18号：指定に係る記載事項 別記様式第19号：主たる対象者特定する理由等 運営規程、重要事項説明書	・各資料との整合性
運営規程	運営規程、重要事項説明書 変更箇所の分かるもの (任意様式の新旧対照表等) 別記様式第5号：勤務形態一覧表 (必要に応じて) 別記様式第5号別紙1 (勤務形態一覧表提出時のみ)	・必要な事項が全て記載されているか ・他の資料との整合性 ・徴収金額が明記されているか
給付費の算定に係る届出書	別記様式第4号 別記様式第4号別紙1 別記様式第4号別紙2（共同生活援助のみ） 各加算で必要な様式	・届出年月日と変更年月日に注意 ・詳細については「変更届の提出書類（給付費関係の変更の場合）」参照
事業所の種別 (併設型・空床型・単独型)	別記様式第20号：平面図 (任意様式の平面図でも可) 運営規程、重要事項説明書	・短期入所
併設型における利用定員数 空床型・単独型における入所定員	運営規程、重要事項説明書	・短期入所
協力医療機関に係る変更	医療機関との契約書等の写し 運営規程、重要事項説明書	
障害者支援施設との連携体制 及び支援の体制の概要	別記様式第9号、11号：指定に係る記載事項	・G H、短期入所
併設する施設の概要	別記様式第20号：平面図 (任意様式の平面図でも可)	・短期入所
同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	別記様式第20号：平面図 (任意様式の平面図でも可)	・短期入所
定員の変更	別記様式第4号： 給付費算定に係る体制等届出書 別記様式第4号別紙1、別記様式第4号別紙2 (共同生活援助のみ)：体制等状況一覧表 各加算で必要な様式 別記様式第20号：平面図 運営規程、重要事項説明書 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号別紙1：算出表 (必要なサービスのみ)	新規指定又は定員の変更があった場合の前年度利用者数 (新規指定等してから) ～6か月 定員の9割 6か月～1年 直近6か月の利用者数 1年～3月31日 直近1年間の利用者数 4月1日～ 前年度の平均利用者数

◎障害児通所支援・障害児入所施設変更届出書一覧

【共通必須書類】

変更届（体制の変更に係るものに限り、給付費に係るものを含まない）提出の際には、必ず添付願います。

○変更届出書：様式第3号の6(第2条の4関係)

○指定に係る記載事項（サービスごとに指定された様式いづれか）：別記様式第7号～13、23号

○別記様式第14号及び別記様式第14号その2（多機能型事業所の場合のみ）

【個別必須書類】

各変更届提出の際には、必ず添付願います。

変更項目	添付書類	備考
事業所の名称	運営規程、重要事項説明書	
事業所の所在地	運営規程、重要事項説明書 別記様式第15号：平面図 別記様式第16号：設備・備品一覧	【異なる市町村に移転する場合】 移転予定日の14日前（土日祝等除く）までに届出が必要 ※上記移転の場合であっても、移転の前後で指定権者が異なる場合は、①現在運営している事業所の廃止②移転先の事業所について新規指定が必要になります。
申請者の名称	登記事項証明書等	
主たる事務所の所在地	登記事項証明書等	
代表者の氏名及び住所	登記事項証明書等 別記様式第19号：誓約書	業務管理体制の変更届についても提出が必要
登記事項証明書 又は条例等	登記事項証明書等	
医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	開設許可証	
平面図及び設備の概要	別記様式第15号：平面図 (任意様式の平面図でも可) 別記様式第16号：設備・備品一覧 消防・建築の検査済証、確認済証等 (新築建物追加や移転の場合等、必要に応じて)	・各部屋の名称は、設備基準上の名称に合わせること ・各部屋の㎡数が記載されていること
管理者	別記様式第17号：経歴書 別記様式第21号：実務経験証明書 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第19号：誓約書 別記様式第6号：勤務形態一覧表	
児童発達支援管理責任者	別記様式第17号：経歴書 別記様式第21号：実務経験証明書 研修修了証の写し 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第6号：勤務形態一覧表	
主たる対象者	別記様式第22号：主たる対象者特定する理由等 運営規程、重要事項説明書	
運営規程	運営規程、重要事項説明書 変更箇所の分かるもの（任意様式の新旧対照表等） 別記様式第6号：勤務形態一覧表（必要に応じて）	
障害児（入所・給付）費の算定に関する事項	別記様式第5号：給付費算定に係る体制等届出書 別記様式第5号別紙1：体制等状況一覧表 各加算で必要な様式	
協力医療機関に係る変更	医療機関との契約書等の写し 運営規程、重要事項説明書	

第6 変更届の提出書類(給付費関係の変更の場合)

①福祉・介護職員処遇改善加算等の取扱いについて

福祉・介護職員処遇改善加算等については、別に年度ごとに届出をする必要があります

②表に記載の加算は、原則、請求にあたり事前に県への届出が必要な加算です。算定にあたっての要件概要は厚生労働省及びこども家庭庁の通知によりご確認ください。

◎訪問系サービス(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護)

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
特定事業所加算	特定事業所加算(Ⅰ)～(Ⅳ)の各加算要件を満たす	別紙3 各要件についての根拠資料	
緊急時対応加算	・利用者等からの要請で、計画で訪問することとなっていない居宅介護を緊急で行った場合 ・市町村により地域生活支援拠点等として位置づけられていることを届け出た事業所についてはさらに加算を算定する	別紙81 地域生活支援拠点等として位置づけられていることが分かる書類(必要に応じて)	要請のあった時間、内容、提供時刻、緊急対応加算の対象である旨を記載する

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎療養介護

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-3)：算出表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7	
人員配置体制加算	(Ⅰ)常勤換算で「1.7:1」 (Ⅱ)常勤換算で「2.5:1」	別紙5-1 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表	(Ⅰ)は経過的療養介護サービス費(Ⅰ)を算定している場合に算定可能 (Ⅱ)は療養介護サービス費(Ⅱ)を算定している場合に算定可能

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎生活介護

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
医師未配置減算	看護師等により利用者の健康状態が把握され、通院等により対応が可能であること	別紙36 看護師免許の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表	対応可能な職員の配置状況
サービス管理責任者配置等加算	・共生型生活介護事業所であること ・サービス管理責任者を1名以上配置していること ・地域に貢献する活動を行っていること	別紙44 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表	
人員配置体制加算	(Ⅰ)常勤換算で「1.5:1」かつ区分5・6が60%以上 (Ⅱ)常勤換算で「1.7:1」かつ区分5・6が60%以上 (Ⅲ)常勤換算で「2:1」かつ区分5・6が50%以上 (Ⅳ)常勤換算で「2.5:1」	別紙5-2 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表	多機能型は、サービス毎の定員区分で算定する
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7	・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・生活介護に限り、(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している場合であっても、(Ⅲ)を算定することができる
常勤看護職員等配置加算	常勤換算で1以上の看護職員を配置している場合に常勤換算方法で算出した看護職員の数を乗じて得た単位数について加算	別紙20 看護師免許等の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表	看護職員：看護師、准看護師、保健師 単位毎に必要
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(Ⅰ)視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の50以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を40で除した数以上配置している (Ⅱ)視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の30以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を50で除した数以上配置している	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表	

重度障害者支援加算	<p>(I) 人員配置体制加算(I) 又は人員配置体制加算(II) 及び常勤看護職員等配置加算(看護職員を常勤換算で3人以上の場合に限る) を算定している場合に、当該加算の要件となる人員配置を超えて、常勤換算方法で生活支援員又は看護職員を配置した場合に算定</p> <p>(II) 下記の要件全てを満たした上で、区分6以上かつ、行動関連項目合計点数が10点以上である利用者を支援した場合に算定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基準人員(人員配置体制加算により配置すべき人員含む) に加えて、必要と認められる数の人員を加配していること ・サービス管理責任者もしくは生活支援員のうち1人以上が強度行動障害支援者養成研修(実践研修) 修了者であること ・生活支援員のうち20%以上が強度行動障害支援者養成研修(基礎研修) 修了者であること <p>(III) (II) の要件全てを満たした上で、区分4以上かつ、行動関連項目合計点数が10点以上である利用者を支援した場合に算定</p>	別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表 別紙37-4((II)(III)のみ) 研修修了証の写し((II)(III)のみ) (受講予定者は、受講計画の写し)	
リハビリテーション加算	<p>(I) 以下の要件を全て満たし、頸椎損傷による四肢の麻痺等の状態にある障害者に対して支援をした場合</p> <p>(II) 以下の要件を全て満たし、(I) 以外の障害者に対して支援をした場合</p> <p>①医師、理学療法士等が共同して、利用者毎の実施計画を作成 ②実施計画に従い支援を行い、利用者の状態を定期的に記録する ③2週間～3ヶ月毎に、実施計画の評価を行い、必要に応じて見直しを行う ④職員に対し、リハビリテーションの観点から、留意事項や介護の工夫等の伝達を行う</p>	別紙10	リハビリテーション実施計画に相当する内容を個別支援計画に記載する場合は、それをもつて作成に代えることができる
食事提供体制加算	従業員により施設内で調理し食事の提供をすること、もしくは第三者に調理業務を委託し食事の提供をする事業所で、下記全ての要件を満たすこと ・従業者もしくは外部との連携により、管理栄養士又は栄養士が食事の提供に係る献立を確認していること ・食事の提供を行った場合に利用者ごとの接触量を記録すること ・利用者ごとの体重又はBMIをおおむね6月に1回記録すること	別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等	(例外) ・要望が反映できる契約になっているか ・配達されてから配膳するまでの衛生管理
延長支援加算	所要時間8時間以上9時間未満の前後の時間(延長時間帯)において、日常生活上の世話をに行った場合に、1日の所要時間に応じて加算	別紙11 個別支援計画書の写し 運営規程	個別支援計画書に、延長支援についての記載があるか
送迎加算	①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (I) いずれも該当 (II) いずれかに該当 送迎(重度) 区分5・6、又はそれに準ずる者が60%以上	別紙12-1	・送迎の記録を整備すること ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
就労移行支援体制加算	サービスを受けた後就労し、就労を継続している期間が6月に達した者が、前年度において1人以上いること	別紙50 就労状況を証する書類(在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分) 等)	
高次脳機能障害者支援体制加算	高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算	別紙76 研修修了証の写し	
入浴支援加算	医療的ケアが必要な者又は重症心身障害者に対して、入浴に係る支援を提供した場合に加算	別紙84-1	
栄養改善加算	下記要件全てを満たした上で、低栄養又は過栄養状態にある利用者に対し、栄養改善サービスを行った場合に加算 ・管理栄養士を1名以上配置していること ・利用者の栄養状態を利用開始時に把握し、管理栄養士等が共同して利用者ごとに栄養ケア計画を策定していること ・利用者ごとの栄養ケア計画に従い、必要に応じて居宅に訪問し管理栄養士等が栄養改善サービスを行い、栄養状態を定期的に記録していること ・栄養ケア計画の進捗状況を定期的に評価していること	別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表 管理栄養士の資格証 栄養ケア計画書	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求に行ってください。

◎短期入所

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
基本報酬： 福祉型強化短期入所サービス費	看護職員を常勤で1人以上配置し、スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者を受け入れた場合	別記様式第5号：勤務形態一覧表	共生型の場合も同様
福祉専門職員配置等加算	(共生型のみ) 地域に貢献する活動を行い、かつ従業者のうち社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者の割合が下記以上であること (1)35% (2)25%	別記様式第5号：勤務形態一覧表 資格証の写し 地域に貢献する活動の内容が分かる書類(任意様式)	共生型のみ
地域生活支援拠点等	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていること	地域生活支援拠点等であることがわかる書類	共生型の場合も同様
常勤看護職員等配置加算	看護職員を常勤換算方法で1人以上配置すること (定員超過利用減算又は人員欠如減算算定中は算定不可)	別紙20	
重度障害者支援加算	(I)区分6かつ行動関連項目10点以上の者等を受け入れた場合 (II)区分4以上かつ行動関連項目10点以上の者等を受け入れた場合	別紙37-2 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し) 別記様式第5号：勤務形態一覧表	
単独型加算	単独型事業所において、指定短期入所を行う (加算)福祉型短期入所サービス費(IV)・(IV)又は福祉型強化短期入所サービス費(IV)の算定対象となる利用者に対して、18時間を超えて支援を行った場合	別記様式第9号	
医療連携体制加算	(I)看護職員を訪問させ、医療的ケアに非該当の利用者に対し看護を行う(1時間未満) (II)看護職員を訪問させ、医療的ケアに非該当の利用者に対し看護を行う(1時間以上2時間未満) (III)看護職員を訪問させ、医療的ケアに非該当の利用者に対し看護を行う(2時間以上) (IV)看護職員を訪問させ、医療的ケアに該当する利用者に対し看護を行う(4時間未満・人数によって単位変動) (V)看護職員を訪問させ、医療的ケアに該当する利用者に対し看護を行う(4時間以上・人数によって単位変動) (VI)看護職員を訪問させ、高度な医療が必要な利用者に対し看護を行う(8時間以上・人数によって単位変動) (VII)看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (VIII)認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う (IX)事業所に看護師を配置し、利用者に対する日常的な健康管理、医療ニーズへの適切な対応がとれる等の体制を整備する	(IX)を算定する場合のみ 別紙35 看護師免許又は契約書等の写し 重度化した場合の対応に関する指針	・予め医療機関等と委託契約を締結すること ・原則、利用者の主治医から指示を受け、内容を書面で残すこと ・指示の内容は個別支援計画等に記載し、当該利用者の主治医に定期的に報告すること ・医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している場合は、算定しない
栄養士配置加算	(I)常勤の(管理)栄養士が適切な食事管理を行う (II)(管理)栄養士が適切な食事管理を行う	別紙14 (管理)栄養士資格証の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表	・別記様式第5号から、(管理)栄養士の勤務形態を確認する ・医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している場合は、算定しない
食事提供体制加算	従業員により施設内で調理し食事の提供をすること、もしくは第三者に調理業務を委託し食事の提供をする事業所で、下記全ての要件を満たすこと ・従業者もしくは外部との連携により、管理栄養士又は栄養士が食事の提供に係る献立を確認していること ・食事の提供を行った場合に利用者ごとの接触量を記録すること ・利用者ごとの体重又はBMIをおおむね6月に1回記録すること	別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等	1日に複数回の食事提供を行っても、加算の算定は1回のみ
送迎加算	居宅等と短期入所事業所との間の送迎を行う	別紙12	・送迎の記録を整備すること ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
日中活動支援加算	医療型短期入所サービス費(I)、(II)若しくは(III)又は医療型特定短期入所サービス費(I)、(II)若しくは(III)を算定する場合であって、指定特定相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所の相談支援専門員と連携し、当該相談支援専門員が作成したサービス等利用計画又は障害児支援利用計画において、医療型短期入所事業所における日中活動の提供が必要とされた利用者について、日中活動実施計画に基づき指定短期入所を行う場合に算定	サービス等利用計画又は障害児支援利用計画 日中活動実施計画	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎重度障害者等包括支援

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
送迎加算	(短期入所を提供する場合のみ) 居宅等と短期入所事業所との間の送迎を行う	別紙12	・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
地域生活移行個別支援特別加算	(共同生活援助を提供する場合のみ) 以下のいずれにも当てはまる ①社会福祉士又は精神保健福祉士の有資格者を配置していること。 ②支援に関係する研修を年1回以上行っていること。 ③保護観察所、更生保護施設、指定医療機関、精神保健福祉センターとの協力体制が整っていること。	別紙15 資格証の写し 研修等の復命書	
精神障害者地域移行特別加算	(共同生活援助を提供する場合のみ) 以下のいずれにも当てはまる ・主たる対象者に精神障害者を含む(運営規程に規定) ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士等を1人以上配置 ・精神科病院退院1年以内の利用者(1年以上入院)に対して、有資格者が所定の支援を行う	別紙55 別記様式第5号:勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2):算出表 運営規程 資格証の写し	
強度行動障害者地域移行特別加算	(共同生活援助を提供する場合のみ) 以下の要件を満たし、入所施設等を退所して1年以内の強度行動障害者が、地域で生活するために必要な支援を行った場合 ・強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了し、修了証の交付を受けたサービス管理責任者又は生活支援員を1人以上配置 ・生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了し、修了証の交付を受けた者の割合が20%以上	別紙56	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎施設入所支援

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
夜勤職員配置体制加算	前年度利用者数:40人以下 =夜勤2人以上 " :40~60人以下=夜勤3人以上 " :61人以上 =夜勤3人+ α	別紙16 別記様式第5号・勤務形態一覧表	夜勤と宿直を区別する
重度障害者支援加算(Ⅰ)	(体制)以下のいずれにも当てはまる ①医師意見書により該当する者が、利用者の20%以上 ②人員規準で定める人員+常勤換算1以上の配置 (重度)区分6に該当し、呼吸管理が必要な重症心身障害者が2人以上利用している	別紙4 医師意見書の写し 別記様式第5号・勤務形態一覧表	
重度障害者支援加算(Ⅱ)・(Ⅲ)	(Ⅱ)下記の要件全てを満たした上で、区分6以上かつ、行動関連項目合計点数が10点以上である利用者を支援した場合に算定 ・基準人員(人員配置体制加算により配置すべき人員含む)に加えて、必要と認められる数の人員を加配していること ・サービス管理責任者もしくは生活支援員のうち1人以上が強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者であること ・生活支援員のうち20%以上が強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者であること (Ⅲ)(Ⅱ)の要件全てを満たした上で、区分4以上かつ、行動関連項目合計点数が10点以上である利用者を支援した場合に算定	別紙37-1 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し) 別記様式第5号・勤務形態一覧表	
夜間看護体制加算	夜勤職員配置体制加算を算定している事業所が、施設入所支援の提供時間に看護職員を1以上配置すること (生活支援員に代えて看護職員の配置によりサービスの提供を行った場合、更に配置人数に応じて加算)	別紙17 別記様式第5号・勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1):算出表	不定期に看護職員が夜勤を行う場合は、算定できない
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(Ⅰ)視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の50以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を40で除した数以上配置している (Ⅱ)視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の30以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を50で除した数以上配置している	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号・勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1):算出表	
地域生活移行個別支援特別加算	以下のいずれにも当てはまる ①社会福祉士又は精神保健福祉士の有資格者を配置していること。 ②医師による定期的な指導が月2回以上行われていること。 ③支援に関係する研修を年1回以上行っていること。 ④保護観察所、更生保護施設、指定医療機関、精神保健福祉センターとの協力体制が整っていること。	別紙15 資格証の写し 研修等の復命書	
栄養マネジメント加算	以下のいずれにも当てはまる ①常勤の管理栄養士を1名以上配置している ②入所者ごとの栄養ケア計画を作成している ③入所者の栄養状態を定期的に記録していること ④栄養ケア計画の進捗状況評価し、当該計画を見直している	別紙14 資格証の写し 別記様式第5号・勤務形態一覧表	H27より栄養士の配置では、加算要件を満たさないことに注意
口腔衛生管理体制加算	・「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」を作成し、従業者に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うこと ・入所者の口腔機能の維持・向上のため、年1回以上を目安として、定期的な歯科検診(健診)を実施することが望ましい。	入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画	
地域移行支援体制加算	前年度に施設から退所し、地域生活が6月以上継続している者が1人以上いる施設であること	別紙80	
障害者支援施設等感染対策向上加算	(Ⅰ)下記の要件全てを満たす場合に加算 ・第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること ・協力医療機関等との間で感染症の発生時の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時に、協力医療機関等と連携し適切に対応することが可能であること ・医科診療報酬点数表の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に年に1回以上参加していること (Ⅱ)医科診療報酬点数表の感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1回以上実地指導を受けていること	別紙78	
高次脳機能障害者支援体制加算	高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算	別紙76 研修修了証の写し	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎自立訓練（機能訓練）

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
サービス管理責任者配置等加算	・共生型自立訓練（機能訓練）事業所であること ・サービス管理責任者を1名以上配置していること ・地域に貢献する活動を行っていること	別紙44	共生型のみ
福祉専門職員配置等加算	(I) 有資格者35%以上 (II) 有資格者25%以上 (III) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 (I) (II) : 資格証の写し (III) : 別紙7	多機能型は、全サービスの合計で算定する
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(I) 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の50以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を40で除した数以上配置している (II) 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の30以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を50で除した数以上配置している	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表	
リハビリテーション加算	(I) 以下の要件を全て満たし、頸椎損傷による四肢の麻痺等の状態にある障害者に対して支援をした場合 (II) 以下の要件を全て満たし、(I) 以外の障害者に対して支援をした場合 ・医師、理学療法士等が共同して、利用者毎の実施計画を作成 ・実施計画に従い支援を行い、利用者の状態を定期的に記録する ・2週間～3ヶ月毎に、実施計画の評価を行い、必要に応じて見直しを行う ・職員に対し、リハビリテーションの観点から、留意事項や介護の工夫等の伝達を行う	別紙10	・リハビリテーション実施計画に相当する内容を個別支援計画に記載する場合は、それをもって作成に代えることができる
食事提供体制加算	従業員により施設内で調理し食事の提供すること、もしくは第三者に調理業務を委託し食事の提供をする事業所で、下記全ての要件を満たすこと ・従業者もしくは外部との連携により、管理栄養士又は栄養士が食事の提供に係る獻立を確認していること ・食事の提供を行った場合に利用者ごとの接触量を記録すること ・利用者ごとの体重又はBMIをおおむね6月に1回記録すること	別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等	(例外) ・要望が反映できる契約になっているか ・配達されてから、配膳するまでの衛生管理
送迎加算	①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (I) いずれも該当 (II) いずれかに該当	別紙12-1	・送迎の記録を整備すること ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
社会生活支援特別加算	医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行うこと（開始日から3年以内の期間で算定可） ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能なこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられていること ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われていること ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されていること	別紙57	
就労移行支援体制加算	サービスを受けた後就労し、就労を継続している期間が6月に達した者が、前年度において1人以上いること	別紙50 就労状況を証する書類(在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分)等)	
ピアサポート実施加算	障害者ピアサポート研修を修了した障害者及び管理者を配置し、これらの職員により、従業員に年1回以上障害者に対する配慮等に関する研修が行われていること	別紙75	
高次脳機能障害者支援体制加算	高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算	別紙76 研修修了証の写し	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎自立訓練（生活訓練）

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
サービス管理責任者配置等加算	・共生型自立訓練（生活訓練）事業所であること ・サービス管理責任者を1名以上配置していること ・地域に貢献する活動を行っていること	別紙44	
福祉専門職員配置等加算	(I) 有資格者35%以上 (II) 有資格者25%以上 (III) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表 (I)(II)：資格証の写し (III)：別紙7	多機能型は、全サービスの合計で算定する
地域移行支援体制強化加算	地域移行支援員を、以下のとおり配置している ①宿泊型自立訓練の前年度平均利用者数を15で除して得た数以上 ②1名以上は常勤	別紙19 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表	宿泊型自立訓練のみ
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(I) 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の50以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を40で除した数以上配置している (II) 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の30以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を50で除した数以上配置している	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表	
個別計画訓練支援加算	(II) 以下のいずれにも当てはまる ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者により、個別訓練実施計画を作成していること ・個別訓練実施計画に従い支援を行い、記録していること ・個別訓練実施計画の進捗を毎月評価し、必要に応じ計画を見直すこと ・施設等入所者の場合、従業者間で訓練に係る情報共有をしていること ・施設等入所者以外の場合、必要に応じ、関係する他サービス従業者に対し、訓練に係る情報を伝達していること (I) 上記に加え、以下にも当てはまる ・事業所における支援プログラム内容及び利用者の生活機能の改善状況等を評価した上で評価結果を公表していること	別紙45 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表 資格証の写し	
短期滞在加算	(I) 夜間の時間帯を通じて生活支援員が1人以上配置 (II) 夜間の時間帯を通じて宿直勤務を行う職員が1人以上配置	別紙18 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表	
通勤者生活支援加算	以下の要件を全て満たすこと ①50%以上の利用者が通常の事業所に雇用されている ②職場での対人関係及び金銭の管理について、就労定着するために必要な日常生活上の支援を行う	別紙19 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表	・宿泊型自立訓練のみ
地域生活移行個別支援特別加算	以下のいずれにも当てはまる ① 社会福祉士又は精神保健福祉士の有資格者を配置していること。 ② 支援に関係する研修を年1回以上行っていること。 ③ 保護観察所、更生保護施設、指定医療機関、精神保健福祉センターとの協力体制が整っていること。	別紙15 資格証の写し 研修等の復命書	
精神障害者地域移行特別加算	以下のいずれにも当てはまる ・主たる対象者に精神障害者を含む（運営規程に規定） ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士等を1人以上配置 ・精神科病院退院1年以内の利用者（1年以上入院）に対して、有資格者が所定の支援を行う	別紙55 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表 運営規程 資格証の写し	
強度行動障害者地域移行特別加算	以下の要件を満たし、入所施設等を退所して1年内の強度行動障害者が、地域で生活するために必要な支援を行った場合 ・強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了し、修了証の交付を受けたサービス管理責任者又は生活支援員を1人以上配置 ・生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了し、修了証の交付を受けた者の割合が20%以上	別紙56	
食事提供体制加算	従業員により施設内で調理し食事の提供をすること、もしくは第三者に調理業務を委託し食事の提供をする事業所で、下記全ての要件を満たすこと ・従業者もしくは外部との連携により、管理栄養士又は栄養士が食事の提供に係る献立を確認していること ・食事の提供を行った場合に利用者ごとの接触量を記録すること ・利用者ごとの体重又はBMIをおおむね6月に1回記録すること	別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等	(例外) ・要望が反映できる契約になっているか ・配達されてから、配膳するまでの衛生管理
精神障害者退院支援施設加算	精神科病院の精神病床を転換した自立訓練（生活訓練）において、精神病床に概ね1年以上入院していた精神障がい者等に対して、居住の場を提供した (I) 夜間の時間帯を通じて生活支援員が1人以上配置 (II) 夜間の時間帯を通じて宿直勤務を行う職員が1人以上配置	別紙18 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表	

夜間支援等体制加算	(Ⅰ)夜勤職員を配置し、夜間・深夜における支援提供体制の確保 (Ⅱ)宿直職員を配置し、夜間・深夜における支援提供体制の確保 (Ⅲ)緊急事態が生じた時に、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制又は防災体制を確保	別紙29-2 別記様式第5号: 勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2): 算出表 (Ⅲ)警備会社等との契約書、連絡網	
看護職員配置加算	看護職員を常勤換算方法で1以上配置する (Ⅰ)自立訓練(生活訓練) (Ⅱ)宿泊型自立訓練	別紙20 看護師免許の写し 別記様式第5号: 勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2): 算出表	・当該加算を算定する場合は、医療連携体制加算の対象とはならない
送迎加算	①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (Ⅰ)いずれも該当 (Ⅱ)いずれかに該当	別紙12-1	・送迎の記録を整備すること ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
社会生活支援特別加算	医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行うこと(開始日から3年内の期間で算定可) ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能のこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられていること ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われていること ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されていること	別紙57	
就労移行支援体制加算	サービスを受けた後就労し、就労を継続している期間が6月に達した者が、前年度において1人以上いること	別紙50 就労状況を証する書類(在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分)等)	
ピアサポート実施加算	障害者ピアサポート研修を修了した障害者及び管理者を配置し、これらの職員により、従業員に年1回以上障害者に対する配慮等に関する研修が行われていること	別紙75	
高次脳機能障害者支援体制加算	高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算	別紙76 研修修了証の写し	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎就労選択支援

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7	
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が30%以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されている	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表	
高次脳機能障害者支援体制加算	高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算	別紙76 研修修了証の写し	ケース会議には、サービス管理責任者は必ず出席すること
食事提供体制加算	(原則)施設内の設備で調理した食事を提供する (例外)衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託している	別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等	
医療連携体制加算	(Ⅰ)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間未満である場合 (Ⅱ)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合 (Ⅲ)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が2時間以上である場合 (Ⅳ)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要とする利用者に対する看護である場合(人数によって単位が変動) (V)看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (VI)認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う	-	・予め医療機関等と委託契約を締結すること ・原則、利用者の主治医から指示を受け、内容を書面で残すこと ・指示の内容は個別支援計画等に記載し、当該利用者の主治医に定期的に報告すること
送迎加算	①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (Ⅰ)いずれも該当 (Ⅱ)いずれかに該当	別紙12(送迎加算)	・送迎の記録を整備すること ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
欠席時対応加算	急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日、又は当日に中止の連絡があり、相談援助を行った場合、月4回を限度として加算	-	・連絡があった内容について記録する(日時、相手方、欠席する日付け、欠席理由、相談援助の内容) ・キャンセル料の微収は行わない(食材料費に対するキャンセル料を除く)
在宅時生活支援サービス加算	居宅において支援を受けることを希望する者であって、かつ、当該支援を行うことが効果的であると市町村が認める利用者に対し、利用者の居宅で支援を行った場合	-	
利用者負担上限額管理加算	利用者負担額合計額の管理を行うこと	-	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎就労移行支援

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
基本報酬	就労定着者の割合等により決まる所定の単位数を算定する	別紙47 就労状況を証する書類(在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分)等) []	
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(I) 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の50以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を40で除した数以上配置している (II) 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の30以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を50で除した数以上配置している	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表	
食事提供体制加算	従業員により施設内で調理し食事の提供をすること、もしくは第三者に調理業務を委託し食事の提供をする事業所で、下記全ての要件を満たすこと ・従業者もしくは外部との連携により、管理栄養士又は栄養士が食事の提供に係る献立を確認していること ・食事の提供を行った場合に利用者ごとの接触量を記録すること ・利用者ごとの体重又はBMIをおおむね6月に1回記録すること	別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等	
精神障害者退院支援施設加算	精神科病院の精神病床を転換した事業所等において、精神病床に概ね1年以上入院していた退院患者等に対して、就労移行支援を利用している間の夜間の居住の場を提供した場合。	別紙18 (短期滞在及び精神障害者退院支援加算)	
福祉専門職員配置等加算	(I) 有資格者35%以上 (II) 有資格者25%以上 (III) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 (I)(II)：資格証の写し (III)：別紙7	
就労支援関係研修修了加算	一般就労への移行支援のための、別に厚生労働大臣が定める研修を修了し、かつ就労支援に従事するものとして1年以上の実務経験を有する者を、就労支援員として配置した場合	別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 研修修了証明書	就労定着者の割合が零である場合は算定不可
移行準備支援体制加算	(I) 前年度に施設外支援を実施した利用者の数が利用定員の100分の50を超える事業所等において、算定対象となる利用者が100分の50以下で、職場実習等又は求職活動等を実施し、所定の基準を満たす場合、施設外支援の利用者数に応じ、加算する。	別紙24(移行準備支援体制加算(I))	要件を確認できる書類を整備する
送迎加算	①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (I)いずれも該当 (II)いずれかに該当	別紙12(送迎加算)	・送迎の記録を整備すること ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
社会生活支援特別加算	医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行なうこと(開始日から3年以内の期間で算定可) ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能なこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられていること ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われていること ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されていること	別紙57	
高次脳機能障害者支援体制加算	高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算	別紙76 研修修了証の写し	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎就労継続支援A型

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
基本報酬	1日の平均労働時間数等により算出される評価点で決まる所定の単位数を算定する	別紙48 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表	
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(I) 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の50以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を40で除した数以上配置している (II) 視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の30以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を50で除した数以上配置している	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表	
就労移行支援体制加算	一般就労への移行後、6ヶ月継続して就労している者の数が、前年度において1人以上いること	別紙50 就労状況を証する書類(在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分)等)	
食事提供体制加算	従業員により施設内で調理し食事の提供をすること、もしくは第三者に調理業務を委託し食事の提供をする事業所で、下記全ての要件を満たすこと ・従業者もしくは外部との連携により、管理栄養士又は栄養士が食事の提供に係る献立を確認していること ・食事の提供を行った場合に利用者ごとの接触量を記録すること ・利用者ごとの体重又はBMIをおおむね6月に1回記録すること	別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等	
福祉専門職員配置等加算	(I) 有資格者35%以上 (II) 有資格者25%以上 (III) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 (I)(II)：資格証の写し (III)：別紙7	
重度者支援体制加算	(I) 前年度における障害基礎年金1級を受給する利用者の数が、当該年度利用者数の100分の50以上の場合 (II) 前年度における障害基礎年金1級を受給する利用者の数が、当該年度利用者数の100分の25以上100分の50未満の場合	別紙25(重度者支援体制加算に係る届出書) 障害基礎年金1級受給者の受給者証の写し等	
賃金向上達成指導員配置加算	以下のいずれにも当てはまる ・賃金向上達成指導員を常勤換算方法で1以上配置すること ・利用者のキャリアアップを図るために措置を講じていること	別紙49	
送迎加算	①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (I) いずれも該当 (II) いずれかに該当	別紙12(送迎加算)	・送迎の記録を整備すること ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
社会生活支援特別加算	医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行うこと(開始日から3年内の期間で算定可) ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能なこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられていること ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われていること ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されていること	別紙57	
高次脳機能障害者支援体制加算	高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算	別紙76 研修修了証の写し	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎就労継続支援B型

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
基本報酬	(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)平均月額工賃等により決まる所定の単位数を算定する (Ⅳ)(Ⅴ)(Ⅵ)平均月額工賃等によらない一律の単位数を算定する	別紙51 別記様式第5号:勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2):算出表	年度途中での区分の変更は原則不可
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(Ⅰ)視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の50以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を40で除した数以上配置している (Ⅱ)視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の30以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を50で除した数以上配置している	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号:勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2):算出表	
就労移行支援体制加算	一般就労への移行後、6ヶ月継続して就労している者の数が、前年度において1人以上いること (Ⅰ)(Ⅱ)の基本報酬:利用定員及び平均工賃月間に応じた単位数を算定 (Ⅲ)(Ⅳ)の基本報酬:利用定員に応じた単位数を算定	別紙50-2(就労移行の状況(就労移行支援体制加算に係る届出書)) 就労状況を証する書類(在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分)等)	
食事提供体制加算	従業員により施設内で調理し食事の提供をすること、もしくは第三者に調理業務を委託し食事の提供をする事業所で、下記全ての要件を満たすこと ・従業者もしくは外部との連携により、管理栄養士又は栄養士が食事の提供に係る献立を確認していること ・食事の提供を行った場合に利用者ごとの接触量を記録すること ・利用者ごとの体重又はBMIをおおむね6月に1回記録すること	別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等	
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者:社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号:勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2):算出表 (Ⅰ)(Ⅱ):資格証の写し (Ⅲ):別紙7	
ピアサポート加算	以下のいずれにも該当する事業所にて算定 ・(Ⅲ)(Ⅳ)の基本報酬を算定している ・事業所の従業者として障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した以下の者をそれぞれ配置している (ア)障害者又は障害者であったと都道府県知事が認める者 (イ)当該就労継続支援B型事業所の従業者 ・ピアサポート研修を修了した者により、事業所の従業者に対して、障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われていること	別紙51-2 研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を終了したことを証明する書類 障害者と認められたことを証明する書類	
重度者支援体制加算	(Ⅰ)前年度における障害基礎年金1級を受給する利用者の数が、当該年度利用者数の100分の50以上の場合 (Ⅱ)前年度における障害基礎年金1級を受給する利用者の数が、当該年度利用者数の100分の25以上100分の50未満の場合	別紙25(重度者支援体制加算に係る届出書) 障害基礎年金1級受給者の受給者証の写し等	
目標工賃達成指導員配置加算	下記全てを満たす場合 ・目標工賃達成指導員を常勤換算方法で1人以上配置 ・職業指導員及び生活支援員の総数が常勤換算方法で6:1以上 ・目標工賃達成指導員・職業指導員・生活支援員の総数が常勤換算方法で5:1以上 ・目標工賃の達成に向けた取組を行う	別紙26(目標工賃達成指導員対象施設の配置状況) 別記様式第5号:勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2):算出表 当該指導員の雇用契約書等 事業所で作成済みの工賃向上計画	基本報酬(Ⅱ)及び(Ⅳ)を算定している事業所は算定不可
目標工賃達成加算	目標工賃達成指導員配置加算の対象事業所が、都道府県が作成する工賃向上計画に基づき、自らも工賃向上計画を作成し、当該計画に掲げた工賃目標を達成した場合に加算	別紙85 事業所で作成済みの工賃向上計画	
送迎加算	①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (Ⅰ)いずれも該当 (Ⅱ)いずれかに該当	別紙12(送迎加算)	・送迎の記録を整備すること ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
障害福祉サービスの体験利用支援加算	(障害者支援施設で行われる自立訓練(生活訓練)の利用者のみ) 地域移行支援の障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、利用者を支援し、状況、内容等を記録する (運営規程に「地域生活支援拠点等」と位置づけられている施設はさらに加算) (Ⅰ)開始日～5日目 (Ⅱ)6日目～15日目	(地域生活支援拠点等の加算を算定する場合のみ) 運営規程 別紙81	

社会生活支援特別加算	<p>医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行うこと（開始日から3年以内の期間で算定可）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能のこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられていること ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われていること ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されていること 	別紙57	
高次脳機能障害者支援体制加算	<p>高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算</p>	別紙76 研修修了証の写し	

※必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎就労定着支援

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
基本報酬	就労定着率等により決まる所定の単位数を算定する	別紙52、別紙53	
就労定着実績体制加算	過去6年間において就労定着支援の利用を修了した者のうち、雇用された通常の事業所に42月以上78月末満の期間継続して就労している者・就労していた者の占める割合が、前年度において70%以上	別紙54	
職場適応援助者養成研修修了者配置体制加算	職場適応援助者養成研修の修了者を、就労定着支援員として配置すること	別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号（別紙1-2）：算出表 研修修了証の写し	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎自立生活援助

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7	
ピアサポート加算	障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5以上配置する事業所であって、当該者により他の従業者に対して障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われている場合に算定 (ア)障害者又は障害者であったと都道府県が認める者 (イ)管理者、サービス管理責任者又は地域生活支援員として従事する者	別紙70 別記様式第5号：勤務形態一覧表 障害者であること等が分かる書類 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	
居住支援連携体制加算	住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会との連携により利用者の住宅の確保及び居住の支援を図る体制を確保している旨を都道府県へ届け出るとともに、当該旨を事業所に掲示するとともに公表した場合に算定	別紙69 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等が分かる書類	事業所が住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会と、毎月、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報の共有をしなければならない

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎共同生活援助

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7	
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(Ⅰ)視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の50以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を40で除した数以上配置している (Ⅱ)視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある者が利用者数の100分の30以上で、視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する職員の利用者数を50で除した数以上配置している	別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表	
看護職員配置加算	基準上必要な員数の従業者に加え、看護職員を常勤換算方法で1以上配置する	別紙58 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表	
夜間支援等体制加算	(Ⅰ)夜勤職員を配置し、夜間・深夜における支援提供体制の確保 (Ⅱ)宿直職員を配置し、夜間・深夜における支援提供体制の確保 (Ⅲ)緊急事態が生じた時に、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制又は防災体制を確保 (Ⅳ)夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定している利用者に対し、さらに夜間従事者を加配 (Ⅴ)夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定している利用者に対し、さらに夜間従事者を加配 (Ⅵ)夜間支援等体制加算(Ⅰ)を算定している利用者に対し、さらに宿直職員を加配	別紙27 別紙29-1 (Ⅰ)夜勤であることを証明するもの (Ⅱ)宿直であることを証明するもの (Ⅲ)警備会社等との契約書、連絡網 (Ⅳ)夜間常に配置されていることを証明するもの、連絡体制が取れることを証明するもの、連絡体制が取れることを証明するもの (Ⅴ)夜間常に配置されていることを証明するもの、連絡体制が取れることを証明するもの (Ⅵ)宿直であることを証明するもの	
夜勤職員加配加算	(日中サービス支援型共同生活援助のみ) 基準上必要な員数の夜間支援従事者に加え、共同生活住居ごとに、夜勤を行なう夜間支援従事者を1以上配置する	別紙59 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表	日中サービス支援型共同生活援助のみ
重度障害者支援加算	(Ⅰ)以下の要件を全て満たす事業所が、該当利用者にサービス提供を行う ①生活支援員が加配されている ②サービス管理責任者又は生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は第二号研修の修了者が支援計画シートを作成する ③生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)又は第三号研修修了者の割合が20%以上であること (Ⅱ)以下の要件を全て満たす事業所が、該当利用者にサービス提供を行う ①生活支援員が加配されている ②サービス管理責任者又は生活支援員のうち1人以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者、行動援助従業者養成研修修了者であり、支援計画シートを作成する ③生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)又は第三号研修修了者の割合が20%以上であること	別紙37-1 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し) 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 利用者が該当加算の対象者に該当していることが分かる書類	共同生活援助及び日中サービス支援型共同生活援助のみ
医療ケア対応加算	看護職員を常勤換算方法で1以上配置しており、スコア表に掲げる医療行為を必要とする状態である者に対して支援を提供	別紙73 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 医療行為を必要とする状態であることを証明する書類	
地域生活移行個別支援特別加算	以下のいずれにも当てはまる ①社会福祉士又は精神保健福祉士の有資格者を配置していること。 ②支援に關係する研修を年1回以上行っていること。 ③保護観察所、更生保護施設、指定医療機関、精神保健福祉センターとの協力体制が整っていること。	別紙15 資格証の写し 研修等の復命書	
精神障害者地域移行特別加算	以下のいずれにも当てはまる ・主たる対象者に精神障害者を含む(運営規程に規定) ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士等を1人以上配置 ・精神科病院退院1年以内の利用者(1年以上入院)に対して、有資格者が所定の支援を行う	別紙55 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 運営規程 資格証の写し	

強度行動障害者地域移行特別加算	以下の要件を満たし、入所施設等を退所して1年以内の強度行動障害者が、地域で生活するために必要な支援を行った場合 ・強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了し、修了証の交付を受けたサービス管理責任者又は生活支援員を1以上配置 ・生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了し、修了証の交付を受けた者の割合が20%以上	別紙56	
強度行動障害者体験利用加算	以下の要件を満たした上で、該当利用者が体験利用をする際に算定 ・強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了し、修了証の交付を受けたサービス管理責任者又は生活支援員を1以上配置 ・生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了し、修了証の交付を受けた者の割合が20%以上	別紙71 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し) 別記様式第5号:勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2):算出表	
医療連携体制加算	(I)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間未満である場合 (II)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合 (III)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が2時間以上である場合 (IV)看護職員を訪問させ、医療的ケアに該当する利用者に対し看護を行う(4時間未満:人数によって単位変動) (V)看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (VI)認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う (VII)事業所に看護師を配置し、利用者に対する日常的な健康管理、医療ニーズへの適切な対応がとれる等の体制を整備する	(VII)を算定する場合のみ 別紙35 看護師免許又は契約書等の写し 重度化した場合の対応に関する指針	・予め医療機関等と委託契約を締結すること ・原則、利用者の主治医から指示を受け、内容を書面で残すこと ・指示の内容は個別支援計画等に記載し、当該利用者の主治医に定期的に報告すること
通勤者生活支援加算	以下の要件を全て満たすこと ①50%以上の利用者が通常の事業所に雇用されている ②職場での対人関係及び金銭の管理について、就労定着するために必要な日常生活上の支援を行う	別紙19	
人員配置体制加算	介護サービス包括型 (I)12:1 (II)30:1 (III)12:1 (IV)30:1 ※(III)及び(IV)は個人単位特例 日中支援サービス支援型 (V)7.5:1 (VI)20:1 (VII)7.5:1 (VIII)20:1 (IX)7.5:1 (X)20:1 (XI)7.5:1 (XII)20:1 ※(VII)及び(VIII)は日中住居以外 ※(IX)及び(X)は個人単位特例 ※(XI)及び(XII)は個人単位特例、日中住居以外 外部サービス利用型 (XIII)12:1 (XIV)30:1	別紙79	
高次脳機能障害者支援体制加算	高次脳機能障害を有す利用者が全体の利用者数の30%以上であって、高次脳機能障害支援者養成研修を修了した従業者を事業所に50:1以上配置した上で、その旨を公表している場合に加算	別紙76 研修修了証の写し	
ピアサポート実施加算	障害者ピアサポート研修を修了した障害者及び管理者を配置し、これらの職員により、従業員に年1回以上障害者に対する配慮等に関する研修が行われていること	別紙75	
障害者支援施設等感染対策向上加算	(I)下記の要件全てを満たす場合に加算 ・第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること ・協力医療機関等との間で感染症の発生時の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時に、協力医療機関等と連携し適切に対応することが可能であること ・医科診療報酬点数表の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に年に1回以上参加していること (II)医科診療報酬点数表の感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1回以上実地指導を受けていること	別紙78	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎地域移行支援

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
基本報酬	<p>(I)以下の要件を満たしている事業者 (ア)社会福祉士、精神保健福祉士又はこれに準ずる者の配置 (イ)前年度に利用者が1人以上地域移行していること (ウ)精神科病院等と緊密な連携体制を確保していること</p> <p>(II)(I)のア及びウの要件を満たす事業所であって、かつ、指定地域移行支援を利用した地域相談支援給付決定障害者(うら、前年度に、対象施設を退院、退所等し、地域生活に移行した者が1人以上である事業所において算定</p> <p>(III)(I)(II)以外の事業者</p>	((I)を算定する場合) 別紙60	
ピアサポート体制加算	<p>障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5以上配置する事業所であって、当該者によりその他従業者に対して障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われている場合に算定</p> <p>(ア)障害者又は障害者であったと都道府県が認める者 (イ)指定地域移行支援従事者として従事する者</p>	別紙70 別記様式第5号：勤務形態一覧表 障害者であること等が分かる書類 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	
障害福祉サービスの体験利用加算	<p>障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供する</p> <p>(I)1～5日目 (II)6～15日目 (地域生活支援拠点の場合、さらに加算)</p>	(地域生活支援拠点として届け出る場合) 運営規程 別紙80	
居住支援連携体制加算	<p>住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会との連携により利用者の住宅の確保及び居住の支援を図る体制を確保している旨を都道府県へ届け出るとともに、当該旨を事業所に掲示するとともに公表した場合に算定</p>	別紙69 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等が分かる書類	事業所が住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会と、毎月、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報の共有をしなければならない

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎地域定着支援

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

加算項目	要件概要	提出書類	備考
ピアサポート体制加算	<p>障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5以上配置する事業所であって、当該者により他の従業者に対して障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われている場合に算定</p> <p>(ア)障害者又は障害者であったと都道府県が認める者 (イ)指定地域移行支援従事者として従事する者</p>	<p>別紙70 別記様式第5号：勤務形態一覧表 障害者であること等が分かる書類 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</p>	
居住支援連携体制加算	住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会との連携により利用者の住宅の確保及び居住の支援を図る体制を確保している旨を都道府県へ届け出るとともに、当該旨を事業所に掲示するとともに公表した場合に算定	<p>別紙69 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等が分かる書類</p>	事業所が住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会と、毎月、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報の共有をしなければならない

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎児童発達支援

必須書類：別記様式第5号、別記様式第5号別紙1

加算項目	要件	提出書類	備考
基本報酬		別紙61-1 別紙61-3(医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定する場合)	
人工内耳装用児支援加算	(Ⅰ)児童発達支援センター(聴力検査室を設置)において、眼下・耳鼻咽喉科の医療機関との連携の下、言語聴覚士を配置し、人工内耳を装用している児に対して、専門的な支援を計画的に行った場合 (Ⅱ)児童発達支援センター又は児童発達支援事業所において、眼下・耳鼻咽喉科の医療機関との連携の下、言語聴覚士を配置し、人工内耳を装用している児に対して、専門的な支援を計画的に行った場合	別紙90	
児童指導員等加配加算	児童指導員等又はその他従業員を加配した場合、配置形態(常勤・非常勤等)及び児童福祉事業に従事した経験年数に応じ加算	別紙63 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	異なる算定区分の職員で要件を満たす場合には、より区分の低い方で算定する
専門的支援体制加算	理学療法士等を加配した場合、職種に応じ加算	別紙87 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	
看護職員加配加算	重心対象事業所において、以下の人員配置を満たし、医療的ケアを要する障害児を規定の数以上受け入れている (Ⅰ)看護職員を常勤換算方法で1名以上加配 (Ⅱ)看護職員を常勤換算方法で2名以上加配	別紙62 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	
共生型サービス体制強化加算	(共生型のみ) イ 児童発達支援管理責任者及び保育士又は児童指導員をそれぞれ1以上配置した場合 ロ 児童発達支援管理責任者を配置した場合 ハ 保育士又は児童指導員を配置した場合	別紙68 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	共生型のみ
食事提供加算	(Ⅰ)下記要件全てを満たすこと ・児童発達支援センター内の調理室で調理した食事であること ・栄養士が献立を確認し、障害児ごとに配慮すべき事項を踏まえた適切な食事提供を行うこと ・提供した食事について、障害児ごとに摂取状況を把握し記録すること ・定期的に障害児の身体の成長状況を把握し記録すること ・食に関する体験の提供等の取組を計画的に実施していること ・家族等からの食事や栄養に関する相談等について対応していること (Ⅱ)上記要件の「栄養士」を「管理栄養士」に読み替え、全ての要件を満たすことに加え、年に1回以上、障害児の家族等に対して食事や栄養に関する研修会等を開催し、食事に関する情報提供を行うこと。	別紙88 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	児童発達支援センターに限る
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第6号:勤務形態一覧表 (Ⅰ)(Ⅱ):資格証の写し (Ⅲ):別紙7	多機能型は、全サービスの合計で算定する
栄養士配置加算	(Ⅰ)常勤の管理栄養士又は栄養士を配置している (Ⅱ)非常勤の管理栄養士又は栄養士を配置している	別紙14 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	調理委託している場合は算定不可
強度行動障害児支援加算	強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した職員を配置し、強度行動障害を有する児(児基準20点以上)に対して、支援計画を作成し当該計画に基づき支援を行った場合	別紙66 別記様式第6号:勤務形態一覧表 研修修了証の写し	
送迎加算	居宅等と事業所間の送迎を行う (イ)障害児(重症児以外)の場合 (ロ)障害児(医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定している児童)の場合	別紙12-2	・送迎の記録を整備すること ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定
延長支援加算	基本報酬における最長の時間区分に対応した時間(5時間)の発達支援に加えて、当該支援の前後に預かりニーズに対応した支援を計画的に行った場合	別紙11 運営規程	
入浴支援加算	医療的ケア児又は重症心身障害児に、発達支援とあわせて入浴支援を行った場合	別紙84 入浴設備がわかる図面又は写真 安全計画(入浴に係るもの)	

中核機能強化加算	(I) 基本要件に加え①～③全てを満たしている (II) 基本要件に加え①、②を満たしている (III) 基本要件に加え①又は②のいずれかを満たしている 基本要件：市町村との連携体制、幅広い発達段階に対応するための支援体制、保育所等訪問支援の実施、障害児相談支援の実施、取組内容の公表、外部評価の実施及び職員研修の実施等 ①関係機関との連携やインクルージョンの推進等、地域支援や支援のコーディネーターの専門的な知識・経験を有する専門人材を配置 ②障害特性を踏まえた専門的な支援やチーム支援の実施、人材育成等障害児支援の専門的な知識・経験を有する専門人材を配置 ③多職種を配置し、多職種連携による専門的な支援を実施	別紙86 別記様式第6号：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	児童発達支援センターに限る
中核機能強化事業所加算	市町村が地域の障害児支援の中核拠点として位置付ける児童発達支援事業所において、専門人材を配置し自治体や地域の障害児支援事業所・保育所等を含む関係機関と連携体制を確保し、子どもと家族に対する専門的な支援・包括的な支援の提供に取組んだ場合に加算	別紙86 別記様式第6号：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	児童発達支援センターを除く
視覚・聴覚・言語機能障害時支援加算	視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある児に対して、意思疎通に関する専門性を有する人材を配置して、支援を行った場合	別紙91	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎放課後等デイサービス

必須書類：別記様式第5号、別記様式第5号別紙1

加算項目	要件	提出書類	備考
基本報酬		別紙61-2 別紙61-3(医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定する場合)	
児童指導員等加配加算	児童指導員等又はその他従業員を加配した場合、配置形態(常勤・非常勤等)及び児童福祉事業に従事した経験年数に応じ加算	別紙63 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類(資格証の写し等)	・障害福祉サービス経験者を配置する事業所においては、従業者の員数と加配職員の員数の総数のうち、児童指導員又は保育士を2名以上(常勤換算)していることが必要 ・異なる算定区分の職員で要件を満たす場合には、より区分の低い方で算定する
専門的支援体制加算	理学療法士等を加配した場合、職種に応じ加算	別紙87 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類(資格証の写し等)	保育士を配置した場合は算定対象とならない
看護職員加配加算	重心対象事業所において、以下の人員配置を満たし、医療的ケアをする障害児を規定の数以上受け入れている (Ⅰ)看護職員を常勤換算方法で1名以上加配 (Ⅱ)看護職員を常勤換算方法で2名以上加配	別紙62 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類(資格証の写し等)	医療的ケアをする障害児に対して支援を提供することが可能な旨を公表すること
共生型サービス体制強化加算	(共生型の場合に限る) イ 児童発達支援管理責任者及び保育士又は児童指導員をそれぞれ1以上配置した場合 ロ 児童発達支援管理責任者を配置した場合 ハ 保育士又は児童指導員を配置した場合	別紙68 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類(資格証の写し等)	
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者:社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第6号:勤務形態一覧表 (Ⅰ)(Ⅱ):資格証の写し (Ⅲ):別紙7	多機能型は、全サービスの合計で算定する
個別サポート加算(Ⅰ)	ケニアーズの高い障害児に対して(強度行動障害者養成研修(基礎研修)修了者を配置し)支援を行った場合	別紙92 要件を満たすことを確認できる書類(資格証の写し等)	記録を整備すること
強度行動障害児支援加算	(Ⅰ)強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した職員を配置し、強度行動障害を有する児(児基準20点以上)に対して、支援計画を作成し当該計画に基づき支援を行った場合 Ⅱ)強度行動障害支援者養成研修(中核的人材養成研修)を修了した職員を配置し、強度行動障害を有する児(児基準30点以上)に対して、支援計画を作成し当該計画に基づき支援を行った場合	別紙66 別記様式第6号:勤務形態一覧表 研修修了証の写し	
送迎加算	居宅等と事業所間の送迎を行う (イ)障害児(重症児以外)の場合 (ロ)障害児(医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定している児童)の場合	別紙12-2	・送迎の記録を整備すること ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定 ・基本報酬が算定できない場合、欠席時対応加算(Ⅱ)を算定している場合には算定不可
延長支援加算	基本報酬における最長の時間区分に対応した時間の発達支援に加えて、当該支援の前後に預かりニーズに対応した支援を計画的に行った場合	別紙11 運営規程	
中核機能強化事業所加算	市町村が地域の障害児支援の中核拠点として位置付ける児童発達支援事業所において、専門人材を配置し自治体や地域の障害児支援事業所・保育所等を含む関係機関と連携体制を確保し、こどもと家族に対する専門的な支援・包括的な支援の提供に取組んだ場合に加算	別紙86 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類(資格証の写し等)	
入浴支援加算	医療的ケア児又は重症心身障害児に、発達支援とあわせて入浴支援を行った場合	別紙84 入浴設備がわかる図面又は写真 安全計画(入浴に係るもの)	
人工内耳装用児支援加算	(Ⅰ)児童発達支援センター(聴力検査室を設置)において、眼下・耳鼻咽喉科の医療機関との連携の下、言語聴覚士を配置し、人工内耳を装用している児に対して、専門的な支援を計画的に行った場合 (Ⅱ)児童発達支援センター又は児童発達支援事業所において、眼下・耳鼻咽喉科の医療機関との連携の下、言語聴覚士を配置し、人工内耳を装用している児に対して、専門的な支援を計画的に行った場合	別紙90	

視覚・聴覚・言語機能障害時 支援加算	視覚又は聴覚若しくは言語機能に重度の障害のある児に対して、意思疎通 に関して専門性を有する人材を配置して、支援を行った場合	別紙91	
-----------------------	--	------	--

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎居宅訪問型児童発達支援

必須書類：別記様式第5号、別記様式第5号別紙1

加算項目	要件	提出書類	備考
訪問支援員特別加算	保育士・児童指導員、作業療法士等で障害児支援の業務従事5年以上の職員を配置し、当該職員が支援を行う場合 (Ⅰ)業務従事10年以上の職員の場合 (Ⅱ)業務従事5年以上10年未満の職員の場合	別紙67 別記様式第6号:勤務形態一覧表 資格証の写し	
多職種連携支援体制	訪問支援員特別加算の対象となり訪問支援員を含む、職種の異なる複数人で連携して訪問支援を行った場合	別紙67 別記様式第6号:勤務形態一覧表 資格証の写し	
強度行動障害児支援加算	強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した職員を配置し、強度行動障害を有する児(児基準20点以上)に対して、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修又は実践研修)を修了した職員が支援を行った場合	別紙66 別記様式第6号:勤務形態一覧表 研修修了証の写し	

※必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎保育所等訪問支援

必須書類：別記様式第5号、別記様式第5号別紙1

加算項目	要件	提出書類	備考
訪問支援員特別加算 (専門職員が支援を行う場合)	以下のいずれにも当てはまる ①実務経験年数(5年以上又は10年以上)を満たしている ②心理指導担当職員は、大学で、心理学を専修する学科等を卒業した者であって、個人及び集団心理療法の技術を有する者	別紙39 別記様式第21号:実務経験証明書 資格証の写し	
多職種連携支援体制	訪問支援員特別加算の対象となり訪問支援員を含む、職種の異なる複数人で連携して訪問支援を行った場合	別紙67 別記様式第6号:勤務形態一覧表 資格証の写し	
強度行動障害児支援加算	強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した職員を配置し、強度行動障害を有する児(児基準20点以上)に対して、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修又は実践研修)を修了した職員が支援を行った場合	別紙66 別記様式第6号:勤務形態一覧表 研修修了証の写し	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎福祉型障害児入所施設

必須書類：別記様式第5号、別記様式第5号別紙1

加算項目	要件	提出書類	備考
日中活動支援加算	一定の経験を有する職業指導員を専任で配置し、将来における生活も考慮した施設における日中活動に関する計画を作成し、支援を行った場合	別紙93 別記様式第6号：勤務形態一覧表	
重度障害児支援加算	重度の障害児が、一定の基準を満たす施設を利用した場合 (追加①) 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の修了者を1以上配置し、支援計画シートを作成する	別紙40 別記様式第6号：勤務形態一覧表 研修修了証の写し	
強度行動障害児特別支援加算	強度行動障害を有する児への支援を行う体制・設備を有する入所施設において、強度行動障害を有する児(児基準20点以上)に対して支援を行う場合 (Ⅰ)強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した職員を配置 (Ⅱ)強度行動障害支援者養成研修(中核的人材養成研修)を修了した職員を配置	別紙41 別記様式第6号：勤務形態一覧表 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し)	
心理担当職員配置加算	以下のいずれにも当てはまる ①心理担当職員を専任で1名以上配置している ②心理指導に必要な部屋や設備を有している ③対象となる児童が5人以上いる ※公認心理師を配置している場合は、さらに加算	別紙32 別記様式第6号：勤務形態一覧表 (公認心理師配置の場合)資格証の写し	強度行動障害児特別支援加算を算定している場合は、算定不可
看護職員配置加算	看護職員を専任で1名以上加配している	別紙65 別記様式第6号：勤務形態一覧表 看護師免許又は契約書等の写し	
児童指導員等加配加算	以下の従業者を加配している (イ)理学療法士等を配置する場合 (ロ)児童指導員等を配置する場合	別紙63 別記様式第6号：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等)	
ソーシャルワーカー配置加算	以下に掲げるソーシャルワーカーを1名以上配置した場合に算定 ・社会福祉士 ・障害福祉サービス事業、相談支援、障害児通所支援、障害児入所支援又は障害児相談支援に5年以上従事した経験を有する者	別紙74 別記様式第6号：勤務形態一覧表 要件に該当していることを証明する書類	
自活訓練加算	訓練により自活が可能になると見込まれる障害児に対して、一定期間集中して個別指導を行う (Ⅰ)同一敷地内に自活訓練用の居室がある (Ⅱ)同一敷地内に自活訓練用の居室の確保が困難である	別紙42 居宅生活移行計画	同一の指定福祉型障害児入所施設に入所している期間中に、合計で360日まで算定可能
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第6号：勤務形態一覧表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7	
栄養士配置加算	(Ⅰ)常勤の管理栄養士又は栄養士を配置している (Ⅱ)非常勤の管理栄養士又は栄養士を配置している	別紙14 資格証の写し 別記様式第6号：勤務形態一覧表	・調理委託している場合は算定不可
栄養マネジメント加算	以下のいずれにも当てはまる ① 常勤の管理栄養士を1名以上配置している ② 入所者ごとの栄養ケア計画を作成している ③ 入所者の栄養状態を定期的に記録していること ④ 栄養ケア計画の進捗状況評価し、当該計画を見直している	別紙14 資格証の写し 別記様式第6号：勤務形態一覧表	・H27より栄養士の配置では、加算要件を満たさない
小規模グループケア加算	(Ⅰ)定員4～6名 (Ⅱ)定員7～8名(一部定員9～10名) 専任の児童指導員又は保育士を1以上配置し、障害児に対し小規模なグループによる支援を行った場合、グループでケアする障害児の数に応じ、加算	別紙34 別記様式第6号：勤務形態一覧表 別記様式第15号：平面図	

障害者支援施設等感染対策向上体制加算	<p>(Ⅰ)下記の要件全てを満たす場合に加算</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第二種協定指定医療機関との間で、新興感染症の発生時等の対応を行う体制を確保していること ・協力医療機関等との間で感染症の発生時の対応を取り決めるとともに、感染症の発生時に、協力医療機関等と連携し適切に対応することが可能であること ・医科診療報酬点数表の感染対策向上加算又は外来感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関が行う院内感染対策に関する研修又は訓練に年に1回以上参加していること (Ⅱ)医科診療報酬点数表の感染対策向上加算に係る届出を行った医療機関から3年に1回以上実地指導を受けていること 	別紙78	
--------------------	--	------	--

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎医療型障害児入所施設

必須書類：別記様式第5号、別記様式第5号別紙1

加算項目	要件	提出書類	備考
重度障害児支援加算	重度の障害児が、一定の基準を満たす施設を利用した場合 (追加①) 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の修了者を1以上配置し、支援計画シートを作成する	別紙40 別記様式第6号:勤務形態一覧表 研修修了証の写し	
強度行動障害児特別支援加算	強度行動障害を有する児への支援を行う体制・設備を有する入所施設において、強度行動障害を有する児(児基準20点以上)に対して支援を行う場合 (Ⅰ)強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した職員を配置 (Ⅱ)強度行動障害支援者養成研修(中核の人材養成研修)を修了した職員を配置	別紙41 別記様式第6号:勤務形態一覧表 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し)	
心理担当職員配置加算	以下のいずれにも当てはまる ①心理担当職員を専任で1名以上配置している ②心理指導に必要な部屋や設備を有している ③対象となる児童が5人以上いる ※公認心理師を配置している場合は、さらに加算	別紙32 別記様式第6号:勤務形態一覧表 (公認心理師配置の場合)資格証の写し	
ソーシャルワーカー配置加算	以下に掲げるソーシャルワーカーを1名以上配置した場合に算定 ・社会福祉士 ・障害福祉サービス事業、相談支援、障害児通所支援、障害児入所支援又は障害児相談支援に5年以上従事した経験を有する者	別紙74 別記様式第6号:勤務形態一覧表 要件に該当していることを証明する書類	
自活訓練加算	訓練により自活が可能になると見込まれる障害児に対して、一定期間集中して個別指導を行う (Ⅰ)同一敷地内に自活訓練用の居室がある (Ⅱ)同一敷地内に自活訓練用の居室の確保が困難である	別紙42 居宅生活移行計画	同一の指定福祉型障害児入所施設に入所している期間中に、合計で360日まで算定可能
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者：社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師	別紙6 別記様式第6号:勤務形態一覧表 (Ⅰ)(Ⅱ):資格証の写し (Ⅲ):別紙7	
保育職員加配加算	児童指導員又は保育士を1以上加配している	別紙64 別記様式第6号:勤務形態一覧表	
小規模グループケア加算	(Ⅰ)定員4~6名 (Ⅱ)定員7~8名(一部定員9~10名) 専任の児童指導員又は保育士を1以上配置し、障害児に対し小規模なグループによる支援を行った場合、グループでケアする障害児の数に応じ、加算	別紙34 別記様式第6号:勤務形態一覧表 別記様式第15号:平面図	

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

**指定障害福祉サービス等事業者
各種届出に関する手引き
令和8年2月発行
発行者 宮城県保健福祉部障害福祉課**