

令和5年8月10日

障害福祉サービス等運営法人 御中

和歌山県福祉保健部
福祉保健政策局障害福祉課

指定障害福祉サービス事業所等における「サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者のみなし配置」に伴う変更届出書の提出について（通知）

平素は、障害福祉サービスの向上及び本県障害福祉行政に御協力いただきありがとうございます。

先日、令和5年8月2日付け障第536号「サービス管理責任者等に関する告示の改正について（通知）」にて改正内容を周知しましたが、基礎研修修了後「6月以上」の期間で実践研修を受講可能とするために本県あてに提出する変更届出について、留意事項を別添のとおりお知らせします。

つきましては、本通知を貴法人の障害福祉サービス事業所に周知いただきますとともに、事務処理に遺漏無きようお願いいたします。

なお、本通知における取扱いは、本県あてに変更届出書を提出する事業所が対象であることを申し添えます。

提出先・問合せ先

事業所所在地	提出先・問合せ先	住所・電話番号・メールアドレス
海南市・紀美野町	海草振興局健康福祉部 総務福祉課	〒642-0022 海南市大野中 939 TEL：073-482-5511 e1301312@pref.wakayama.lg.jp
岩出市・紀の川市	那賀振興局健康福祉部 総務福祉課	〒649-6223 岩出市高塚 209 TEL：0736-61-0023 e1302312@pref.wakayama.lg.jp
橋本市・かつらぎ町・九度山町 高野町	伊都振興局健康福祉部 総務福祉課	〒649-7203 橋本市高野口町名古曾 927 TEL：0736-42-0491 e1303312@pref.wakayama.lg.jp
有田市・湯浅町・広川町 有田川町	有田振興局健康福祉部 総務福祉課	〒643-0004 有田郡湯浅町湯浅 2355-1 TEL：0737-64-1291 e1304312@pref.wakayama.lg.jp
御坊市・美浜町・日高町 由良町・日高川町・印南町	日高振興局健康福祉部 総務福祉課	〒644-0011 御坊市湯川町財部 859-2 TEL：0738-22-3481 e1305311@pref.wakayama.lg.jp
田辺市・白浜町・上富田町 すさみ町・みなべ町	西牟婁振興局健康福祉部 総務福祉課	〒646-8580 田辺市朝日ヶ丘 23-1 TEL：0739-26-7932 e1306312@pref.wakayama.lg.jp
新宮市・那智勝浦町・太地町 北山村	東牟婁振興局健康福祉部 総務福祉課	〒647-8551 新宮市緑ヶ丘 2丁目 4-8 TEL：0735-21-9630 e1307312@pref.wakayama.lg.jp
串本町・古座川町	東牟婁振興局健康福祉部 串本支所地域福祉課	〒649-4122 東牟婁郡串本町西向 193 TEL：0735-72-0525 e1307412@pref.wakayama.lg.jp

※和歌山市内の事業所については、和歌山市にお問い合わせください。

和歌山県障害福祉課
施設福祉班 TEL073-441-2537

基礎研修修了後「6月以上」の期間で実践研修を受講可能（実践研修特例）とする届出手順

1. サービス管理責任者等基礎研修修了時点でサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者（以下、「サビ管等」という）の配置のための実務経験を満たしていることを確認。
（別添 実務経験要件 参照）

2. サビ管等の基準人員を既に満たしている事業所において、新たに「みなしサビ管等」として配置することを県振興局に届出する。（別添の記載例を参考に、以下の書類を提出すること。）
また、実践研修受講には下記写し（★）が必要となるため、持参の場合、届出は2部提出し、受付印を押印した1部を事業所の控えとしておくこと。電子メールにて届け出る場合は、受付完了メールを受理の証明とする。

①様式第2号 指定内容変更届出書★

②付表 該当サービスの指定に係る記載事項★

③経歴書

④実務経験証明書

（基礎研修終了時点で配置の要件を満たしていることがわかるもの★）

⑤基礎研修修了証の写し

⑥勤務形態一覧表（参考様式7-1又は7-2）★

⑦雇用及び就業（予定者）証明一覧表及び誓約書（参考様式16）

⑧以下、必要に応じて添付

資格を証する書類、組織体制図、運営規程

※実践研修実施の前月までに6月以上かつ90日以上配置し、個別支援計画原案作成までの一連の業務を10回以上行ってください。

・配置は月途中からでも可能とし、事業所に配置している日数とします。

（個別支援計画業務に従事していない日も日数に入れてよい。）

・一連の業務とは、アセスメント（モニタリング）、原案作成、会議を含めた一連の業務をいいます。

※令和4年度の基礎研修受講者は、上記要件を満たした上で8月からみなし配置することで、本年度（令和6年2月）の実践研修が受講可能となります。

※みなし配置のサビ管等は、非常勤でも可能であり、直接支援職員との兼務も可能です。（勤務時間全てを直接支援職員の常勤換算に含めることができます。）

※実践研修受講後、修了証を振興局に届け出ることで、サビ管等の全ての業務が可能となります。（基準人員を超えた配置であれば、兼務の配置は引き続き可能です。）

サービス管理責任者実務経験要件

(平成 31 年 3 月 27 日改正 平成 18 年厚生労働省告示第 544 号)

区分	業務内容	経験年数
障害者の保健、医療福祉、就労、教育の分野における支援業務	第1 相談支援業務 ア 施設等における相談支援業務 ○地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体(知的)障害者相談支援事業 ○児童相談所、身体(知的)障害者厚生相談所、発達障害者支援センター、福祉事業所、保健所、市町村役場 ○障害児入所施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センター イ 次のいずれかに該当する者が実施する、保険医療機関における相談支援業務 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 訪問介護員 2 級以上に相当する研修を修了した者 (3) 国家資格(区分「第4」の※印参照)を有する者 (4) ア・ウ・エに従事した期間が1年以上である者 ウ 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターにおける就労支援に関する相談支援業務 エ 盲学校・聾学校・特別支援学校における進路相談・教育相談の業務に従事する者 オ その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務	5年以上
	第2 直接支援業務 カ 施設及び医療機関等における介護業務 ○障害児入所施設、障害者支援施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、医療法に規定する療養病室 ○障害児通所支援事業、障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業 ○保険医療機関、保険薬局、訪問介護事業 キ 特例子会社、重度障害者多数雇用事業所における就業支援の業務 ク 盲学校・聾学校・特別支援学校における職業教育の業務 ケ その他これらの業務に準ずると都道府県知事が認めた業務 ○市町から補助金又は委託により運営されている地域活動支援センター及び小規模作業所	8年以上
	第3 有資格者 コ 次のいずれかに該当する者が実施する、上記第2の直接支援業務 (1) 社会福祉主事任用資格を有する者 (2) 相談支援業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を取得したものと認められるもの(訪問介護員 2 級以上に相当する研修を修了した者) (3) 児童指導員任用資格者 (4) 保育士(区分「第2」に該当しない保育所に勤務した期間は、実務経験として日数参入不可) (5) 精神障害者社会復帰施設指導員任用資格者	5年以上
	第4 国家資格 サ 次の A 及び B のいずれにも該当する者 A : 区分「第1」から「第3」の実務経験を通算して3年以上の者 B : 国家資格による従事期間が通算して3年以上の者 ※国家資格 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、栄養士(管理栄養士を含む)、精神保健福祉士	

※区分「第1」と区分「第3」は通算可

※当該業務に従事した期間と合わせて、下記日数も満たさなければならない。

「3年以上」：540日以上、「5年以上」：900日以上、「8年以上」：1440日以上

実務経験要件（児童発達支援管理責任者）

下記の①から③のうち、いずれかに該当する者（配置に必要な実務経験）

（AからDの期間が重複する場合は、いずれかの期間のみ算定します。）

- ① Aの期間とBの期間が通算して5年以上かつ当該期間からEの期間を通算した期間を除いた期間が3年以上である者
- ② Cの期間が通算して8年以上かつ当該期間からFの期間を通算した期間を除いた期間が3年以上である者
- ③ Aの期間とBの期間及びCの期間を通算した期間からEの期間とFの期間を通算した期間を除いた期間が通算して3年以上かつDの期間が5年以上ある者

※当該業務に従事した期間と合わせて、下記日数も満たさなければならない。

「3年以上」：540日以上、「5年以上」：900日以上、「8年以上」：1440日以上

業務の範囲		実務経験となる業務	実務経験年数
相談支援業務		次のアからカに掲げるものが、相談支援の業務（主たる業務として）その他これに準ずる業務に従事した期間	通算5年以上
	ア	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、その他これらに準ずる事業の従業者	
	イ	児童相談所、児童家庭支援センター、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、福祉事務所、発達障害者支援センター、その他これらに準ずる施設の従業者又はこれらに準ずるもの	
	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、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センター、その他これらに準ずる施設の従業者又はこれらに準ずるもの	
	エ	障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、その他これらに準ずる施設の従業者又はこれらに準ずるもの	
	オ	幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校、その他これらに準ずる機関の従業者又はこれらに準ずるもの	
	カ	病院若しくは、診療所の従業者又はこれらに準ずる者（①社会福祉主事任用資格者、②ホームヘルパー養成研修2級課程相当の研修修了者、③Dの国家資格を有する者、④上記アからオに掲げる従業者及び従業者である期間が1年以上の者に限る）	
直接支援業務	I	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、障害者支援施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床、その他これらに準ずる施設の従業者	通算5年以上
	II	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、小規模住居型児童養育事業、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、その他これらに準ずる事業の従業者又はこれらに準ずる者	
	III	病院若しくは診療所又は薬局、訪問看護事業所、その他これらに準ずる事業の従業者	
	IV	障害者雇用促進法に規定する特例子会社、助成金受給事務所、その他これらに準ずる施設の従業者	
	V	幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校、高等専門学校、その他これらに準ずる機関の従業者又はこれらに準ずる者	
	B	上記IからVに掲げる施設において、下記1から5の資格を有して直接支援業務に従事した期間 1 社会福祉主事任用資格を有する者 2 訪問介護員2級以上に相当する研修を修了した者 3 保育士 4 児童指導員任用資格者 5 精神障害者社会復帰指導員任用資格者	
	C	上記IからVに掲げる施設において、Bの1から5の資格に該当せず、直接支援業務に従事した期間	
該当者 国家資格	D	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、栄養士又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間	Dの期間が通算5年以上 + A～Cの期間からEとFの期間を控除した期間が通算3年以上
控除期間	E	以下の施設等で従事した期間 ◎老人福祉施設、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センターその他これらに準ずる施設の従業者又はこれらに準ずる者が相談支援業務に従事した期間 ◎Bの1から5の資格に該当する者が、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床関係病室、老人居宅介護等事業、障害者雇用促進法に規定する特例子会社、助成金受給事業所で直接支援業務に従事した期間	
	F	Bの1から5の資格に該当しない者が、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床関係病室、老人居宅介護等事業、障害者雇用促進法に規定する特例子会社、助成金受給事業所で直接支援業務に従事した期間	

サビ管・児発管の資格証の確認書類

	提出書類	留意事項
基準人員に必要ないずれか可	① 実践研修（R3年度～）または更新研修の修了証 ※他の研修修了証及び実務経験証明書は不要	・期限内であるか確認（受講日から5年間）
	② R2年度、R3年度の基礎研修の修了証 相談支援初任者研修の修了証 実務経験証明書（配置の基準を満たすもの）	・基礎研修受講から3年以内であれば、配置の実務経験を満たしていれば、基準人員として配置することが可能。 ・基礎研修受講から3年を超える前に実践研修を受講する必要がある。 <u>R2.12基礎研修受講：配置はR5.12まで（R5.2の実践研修を受講していることが必要）</u> <u>R3.10基礎研修受講：配置はR6.2まで（R6.2予定の実践研修を受講することが必要）</u>
	③ H30年度以前のサビ管・児発管研修の修了証 相談支援初任者研修の修了証 実務経験証明書（配置の基準を満たすもの）	・配置は令和6年3月31日まで ・上記期日までに更新研修（R5.12予定）を受講すれば引き続き配置可能。 ・上記期日を超えた場合は配置不可。ただし期日後でも実践研修受講で再度配置可能。
	※ ①～③の要件を満たすサビ管・児発管を基準人員を超えた配置とする場合は、直接支援職員との兼務も可能。（個別支援計画作成も可能。）	
基準人員をみなし配置のみ	基礎研修修了証（R1年度～） 相談支援初任者研修の修了証 実務経験証明書（配置の基準を満たすもの）	・事業所での配置は非常勤、兼務でも可能。 ・直接支援職員と兼務の場合、勤務時間全て直接支援の常勤換算に含めることができる。 ・基礎研修修了後に配置の要件を満たした場合、下記短縮要件には該当しない。（実践研修まで2年のOJTが必要。） ※ 個別支援計画「原案」の作成は可能
	※ <u>実践研修までのOJT期間を6月に短縮できる条件</u> （2年を緩和） ・配置の実務経験要件が、 <u>基礎研修受講までに満たしている</u> こと。 ・県にサビ管・児発管の配置の届（第2号様式）を提出していること。 ・6月以上（月途中からの配置でも可能。）かつ90日以上配置し（事業所の勤務時間で可能。）、個別支援計画原案作成までの一連の業務を10回以上行うこと。 <u>上記条件を満たした場合、8月中に配置することで、今年度の実践研修（R5.12予定）受講可能。</u>	

(記入例)

(様式第2号)

指定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設
指定一般相談支援事業所
指定内容変更届出書

年 月 日

和歌山県知事 様

届出者 所在地
名称
代表者 職・氏名
メールアドレス

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に規定する

指定障害福祉サービス事業所 指定障害者支援施設 指定一般相談支援事業所

に係る指定の内容に変更がありましたので、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

Table with columns for '変更があった事項' (Items changed) and '変更の内容' (Content of change). It includes sections for '申請者(設置者)', '事業所・施設', '人員', and '運営'. A red box highlights instructions for 'みなし配置' and '実践研修特例対象'.

- 注 1 該当する事項の番号を「○」で囲むこと。
注 2 変更の内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付すること。
注 3 変更の日から10日以内に届け出ること。

(記入例)

(様式第2号)

指定障害児通所支援事業所
指定障害児入所施設

指定内容変更届出書

和歌山県知事 様

年 月 日

届出者 所在地
名称
代表者 職・氏名
メールアドレス

児童福祉法に規定する

指定障害児通所支援事業所 指定障害児入所施設

に係る指定の内容に変更がありましたので、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)		事業所番号	名称	所在地	サービスの種類
変更があった事項		変更の内容			
申請者(設置者)	1 申請者(設置者)の名称	(変更前) <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> ・実践研修を終わっていない場合は、(みなし配置)と記載してください。 ・基礎研修受講までに配置の要件を満たしている場合は「実践研修特例対象」と記載してください。 </div>			
	2 申請者(設置者)の電話番号、FAX番号、メールアドレス				
	3 主たる事務所の所在地				
	4 代表者の氏名、生年月日、住所又は職名				
	5 ※定款等若しくはその登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)				
事業所(施設)	6 事業所(施設)の名称	(変更後) 児童発達支援管理責任者(みなし配置) ※実践研修特例対象 名前 ●●●● 住所 ●●●●			
	7 事業所(施設)の電話番号、FAX番号、メールアドレス				
	8 事業所(施設)の所在地(設置の場所)				
人員	9 事業所(施設)の平面図又は設備の概要				
	10 事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所又は経歴				
	11 事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所又は経歴				
	12 上記以外の従業者				
運営	13 主たる対象者				
	14 協力医療機関の名称若しくは診療科名又は当該協力医療機関との契約の内容				
	15 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				
	16 運営規程				
変更年月日		令和●●年●●月●●日			

- 注 1 該当する事項の番号を「○」で囲むこと。
 2 変更の内容が確認できる書類その他知事が別に定める書類を添付すること。
 なお、当該変更が利用者の定員の増加に伴うものである場合は、従業者の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類を併せて添付すること。
 3 変更の日から10日以内に届け出ること。

付表3 生活介護事業所の指定に係る記載事項 (記入例)

		受付番号					
事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 -)					
	連絡先	電話番号	FAX番号				
		E-mail	@				
HPアドレス							
管理者	フリガナ 氏名	住所	(郵便番号 -)				
	当該生活介護事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)						
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等					
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等							
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名	住所	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ・実践研修を終えていない場合は、 (みなし)と記載してください。 </div>				
	フリガナ 氏名	住所					
サービス 管理責任者	フリガナ 氏名	住所	(郵便番号 -)				
	フリガナ 氏名	住所	〇〇 〇〇(みなし)				
従業者の職種・員数		医師	サービス管理責任者	看護職員	理学療法士	作業療法士	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
		機能訓練指導員	生活支援員	精神保健福祉士	その他の従業者		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
前年度の平均実利用者数(人)		施設が申告する障害程度区分の平均値					
		サービス単位	4未満	4以上5未満	5以上		
		サービス単位1					
		サービス単位2					
		サービス単位3					
主な掲示事項							
営業日		単位ごとの営業日					
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)① : ~ : ② : ~ :					
主たる対象者	特定なし	身体障害者					
		細分なし	肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語	内部障害	
	知的障害者	精神障害者	難病等対象者				
利用定員		人(単位ごとの定員)① ②)					
基準上の必要定員							
多機能型実施の有無		有 ・ 無					
利用料		厚生労働大臣が定める額					
その他の費用		運営規程に定めるとおり					
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している ・ していない					
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)			担当者		
	その他						
協力医療機関		名称			主な診療科名		
一体的に管理運営する他の事業所							
添付書類		別添のとおり					

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要定員」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「看護職員」とは保健師、看護師、准看護師のことを言います。
- 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄は推定数を記入してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「※兼務」欄は、施設入所支援事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

8. 共生型生活介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。

- 登記事項証明書又は条例等
- 事業所の平面図及び概要
- 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
- 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

(記入例)

付表2 児童発達支援事業所(児童発達支援センターであるものを除く)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ※いずれかに☑してください。

重症心身障害児以外 重症心身障害児

受付番号

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 -)							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
		E-mail						@	
HPアドレス									
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				住所				
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等							
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等									
児童発達支援管理責任者	フリガナ								
	氏名								
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名	〇〇 〇〇(みなし)			住所				
従業者の職種・員数		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		機能訓練担当職員		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		嘱託医	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		看護職員		その他の従業者					
		専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備		指導訓練室				有 ・ 無			
主な掲示事項									
営業日									
営業時間 サービス提供時間(送迎時間を除く)(① : ~ : ② : ~ :)									
利用定員 人									
利用料 厚生労働大臣が定める額									
その他の費用 運営規程に定めるとおり									
実施サービス 送迎サービス 有 ・ 無									
第三者評価の実施状況 している ・ していない									
その他参考となる事項 苦情解決の措置概要 窓口(連絡先) 担当者									
その他									
協力医療機関		名称			主な診療科名				
多機能型実施の有無		有 ・ 無							
一体的に管理運営される他の事業所									
添付書類		別添のとおり							

・実践研修を終わっていない場合は、(みなし)と記載してください。

(備考)

1. 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
4. 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
5. 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

(記入例)

(参考様式4)

〇〇〇経歴書

事業所(施設)名			
指定障害福祉サービス等の種類			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	(郵便番号 -)		
電話番号			
主な職歴等			
年月日～年月日	勤務先等	職務内容	
兼務状況			
年月日～年月日	勤務先等	職務内容	
職務に関連する資格・研修受講状況			
資格の種類	資格取得(登録)年月日		
・実践研修を終わっていない場合は、 <u>(みなし配置)</u> と記載してください。			
研修の種類	研修修了(受講)年月日		
サービス管理責任者等基礎研修 <u>(みなし配置)</u>	R〇年〇月〇日受講		

- 備考1 「〇〇〇」には、「管理者」、「サービス提供責任者」、「サービス管理責任者」、「相談支援専門員」または「児童発達支援管理者」と記載してください。(管理者と兼務の場合は「管理者兼〇〇〇」)
- 住所・電話番号は、自宅のもの(固定電話がない場合は、携帯電話の番号で可)を記載してください。
 - 主な職歴等には、事業実施に必要な職歴等を記載してください。また、職務内容には、主な職務の内容を具体的に記載してください。
 - 資格の種類には、事業の人員配置に当たり必要な資格を記載してください。
 - 研修の種類には、事業の人員配置に当たり受講を義務づけられている研修等の修了(受講)状況を記載してください。
※サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・相談支援専門員に係る研修については、当該職種にかかる全ての受講状況を記載すること。
 - 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「兼務状況」に複数管理していることが分かるよう、記載してください。

(参考様式5)

実務経験証明書

年 月 日

和歌山県知事 様

事業所（施設）又は法人名

所在地

代表者 職・氏名

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日 年 月 日) ※児童指導員の資格要件に必要な場合は記載すること。 最終学歴： (年 月卒)
現住所	〒 ー
事業所（施設）名	事業所（施設）の種別 ()
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	日 ※(実践研修特例対象) 基礎研修受講日までに配置要件を満たしていること
業務内容	職名 () ※業務期間の終了日が基礎研修受講日を超えている場合、この欄に基礎研修受講日までの期間の日数を記載すること。

- (注) 1. 事業所（施設）名欄には、指定障害福祉サービス等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者又は障害児に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)
- 現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入すること。
また、業務に従事した日数については、年数ではなく必ず日数を記入すること。
(1年以上の実務経験とは、業務に従事していた期間が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日以上あること。)
3. 業務内容には証明する業務に従事していた時の職名とその内容を具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明を発行した者が二重線で消してください。修正液等による訂正は認められません。
5. 申請を行う法人以外の法人等が証明書を発行する場合、証明する代表者が押印するか、またはこの書面の発行責任者及び（作成）担当者名とその連絡先（電話番号）を下記欄に記載してください。（発行責任者と担当者とは同一でも可）

発行責任者

担当者

電話番号

(記入例)

(参考様式7-1)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所(施設)名		サービス提供月		〇〇年〇〇月分		サービス・支援の種類																													
定員		前年度の平均実利用者数		(★該当サービスは記載)		前3か月の平均利用者数		(訪問系は記載)																											
人員配置区分		該当する体制等				基準上の必要職員数																													
職種	勤務形態	氏名	資格	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
管理者	常勤・専従	〇〇 〇〇		8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0	1.0					
サービス管理責任者	常勤・専従	〇〇 〇〇		8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0	1.0					
サービス管理責任者 (みなし) 生活支援員	非常勤・兼従	〇〇 〇〇		6	6	6	6	6				6	6	6	6	6				6	6	6	6	6				120	30.0	0.7					
看護師	常勤・兼務	〇〇 〇〇		8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0	1.0					
生活支援員	非常勤・兼務	〇〇 〇〇		4	4	4		4				4	4	4		4			4	4	4		4				64	16.0	0.4						
理学療法士	非常勤・専従	〇〇 〇〇		4		4		4				4		4		4			4		4		4				48	12.0	0.3						
																											0	0.0	0.0						
(加算分)																											0	0.0	0.0						
生活支援員	常勤・専従	〇〇 〇〇		8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				8	8	8	8	8				160	40.0	1.0					
																											0	0.0	0.0						
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																								40											
サービス提供時間				8 8 8 8 8							8 8 8 8 8							8 8 8 8 8							8 8 8 8 8							160			

- 注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。
訪問系(同一) ・実践研修を終わっていない場合は、(みなし)と記載してください。
- 注3 「人員内容を記」 ・基準人員を超えて配置するサビ管(みなし配置を含む)は、非常勤・兼務での配置も可能です。(常勤換算に勤務時間全て含むことができます。)
- 注4 「職種」と ※「常勤換算に勤務時間全て含むことができます。)
- 注5 「資格」 1級・2級等、福祉専門職員配置等加算及び直接サービス提供に係る必要な資格を記載してください。また、当該資格を有することの証明書類(資格証の写し、実務経験証明書など)を添付してください。
- 注6 算出に当たっては、小数点第2位以下を切り捨ててください。(例 0.374→0.3)
- 注7 当該事業所において、介護保険上のサービス含め、複数のサービス・支援を提供の場合は、当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 注8 変更日から4週間以上の状況がわかるよう作成してください。また、休業日の都合等で常勤時間が通常より低い数字になる場合は、通常時期の勤務形態一覧表も添付してください。
- 注9 各事業所(施設)において使用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。

(記入例)

(参考様式 7-2)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所（施設）名		サービス提供月		〇〇年〇〇月分		支援の種類																												
定員		〇〇人		平日営業時間		〇〇時間																												
基準上必要職員数		〇〇人		平日サービス提供時間		〇〇時間																												
職種	勤務形態	氏名	資格	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の勤務時間の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
				月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日			
管理者	常勤・専従	〇〇 〇〇		①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	152	38	1
児童発達支援管理責任者	常勤・専従	〇〇 〇〇	精神保健福祉士	①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	152	38	1
児童発達支援管理責任者 (みなし) 保育士	非常勤・兼務	〇〇 〇〇	保育士	①	①	③	①	③	③	休	①	①	③	①	③	③	休	①	①	③	①	③	③	休	①	①	③	①	③	③	休	120	30	0.7
保育士	非常勤・専従	〇〇 〇〇	保育士	休	②	休	②	休	休	休	休	②	休	②	休	休	休	休	②	休	②	休	休	休	休	②	休	②	休	休	休	56	14	0.3
児童指導員	常勤・専従	〇〇 〇〇	中・高教諭1種	①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	①	①	③	①	①	③	休	152	38	1
児童指導員	常勤・兼務	〇〇 〇〇	大学卒(心理学専攻)	①	①	休	①	①	休	休	①	①	休	①	①	休	休	①	①	休	①	①	休	休	①	①	休	①	①	休	休	128	32	0.8
看護師	非常勤・専従	〇〇 〇〇	看護師	①	②	休	②	①	休	休	①	②	休	②	①	休	休	①	②	休	②	①	休	休	①	②	休	②	①	休	休	120	30	0.7
機能訓練担当	常勤・兼務	〇〇 〇〇	大学卒(心理学専攻)	休	休	③	休	休	③	休	休	休	③	休	休	③	休	休	休	③	休	休	③	休	休	休	③	休	休	③	休	24	6	0.1
																																0	0	0
																																0	0	0
																																0	0	0
																																0	0	0
																																0	0	0
				業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																								38						
				a	c	休																												

・実践研修を終えていない場合は、(みなし)と記載してください。
 ・基準人員を超えて配置するサビ管(みなし配置を含む)は、非常勤・兼務での配置も可能です。(常勤換算に勤務時間全て含むことができます。)

注1 申

数を下記番号を用いて記載してください。休日は「休」と記載してください。

勤務時間	8:30~16:30	8:30~15:30	8:30~11:30	④	⑤	⑥	サービス提供時間	a	b	c	d	e	f
時間数(時間)	8	7	3				時間数(時間)	6	3	2	5		

注2 複数単位で事業を実施の場合は、単位別にして作成してください。その際、「支援の種類」に単位を判別できる番号等も記載してください。

複数の支援を実施し、支援ごとに配置する職員が異なる場合は、支援別にして作成してください。

注3 「基準上必要職員数」は、管理者及び児童発達支援管理責任者を含めない基本人数(職員数)を記載してください。

「平日(学校休業日)営業時間」及び「平日(学校休業日)サービス提供時間」で、複数種類の時間設定がある場合は、1日あたり最も短い時間を記載してください。

注4 勤務形態の区分 「常勤」当該事業所における勤務時間が常勤の従業者が勤務すべき時間数に達している者 「非常勤」常勤以外の者

「専従」当該事業所の勤務する時間帯において、当該事業所の他の職種に従事していない者 「兼務」専従以外のもの

注5 当該事業所において、介護保険上のサービス含め、複数のサービス・支援を提供の場合は、当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注6 「資格」欄は、直接サービス提供に係る必要な資格を記載してください。また、当該資格を有することの証明書類(資格証の写し・大学の卒業等証明書・実務経験証明書など)を添付してください。

注7 週平均の勤務時間と常勤換算については、小数点第2位以下をすべて切り捨ててください。(例 0.374→0.3)

注8 変更日から4週間以上の状況がわかるよう作成してください。また、休業日の都合等で常勤時間が通常より低い数字になる場合は、通常時期の勤務形態一覧表も添付してください。

注9 各事業所(施設)において使用している勤務割表等により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間が確認できる場合は、その書類をもって添付書類として差し支えありません。

(記入例)

(参考様式16)

雇用及び就業(予定者)証明一覧表及び誓約書

年 月 日

和歌山県知事 様

申請者(法人)
所在地(法人)
代表者 職氏名
電話番号

当法人にて雇用している(及び雇用予定又は役員等)下記の者が、年 月 日時点で、(事業所名)にて就業(及び就業予定)していることを証明します。

なお、指定申請(更新を含む。)にこの書類を提出し、指定(又は更新)時に雇用及び就業者(予定者を含む)に変更があった場合は、指定権者の指導に従い、必要書類を提出することを誓います。

	氏名	雇用(就業)開始年月日	職種	資格等(注2)	書類提出年月日(注3)
1	〇〇 〇〇	令和2年4月1日	児童発達支援管理責任者	経歴書 サービス管理責任者等更新研修(01更000、R〇年〇月)	令和5年8月1日
2	〇〇 〇〇	令和2年4月1日	サービス管理責任者 (みなし)	経歴書 相談支援従事者初任者研修 サービス管理責任者等基礎研修(04基000、R〇年〇月) 実務経験証明書(〇年〇ヶ月、〇〇日)	令和5年8月1日
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

・実践研修を終わっていない場合は、(みなし)と記載してください。
・資格等の欄に、**研修の種類、受講番号、受講年月日**を記載してください。
(受講番号について、他の都道府県で受講した場合は都道府県名を記載してください。)
・提出した実務経験証明書の**合計期間・日数**を記載してください。

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 「資格等」欄には、配置の要件を満たす資格等の種類及び実務経験の年数を記載してください。特に資格等の要件を求めている管理者の場合は提出した本人確認書類を記載してください。

注3 「書類提出年月日」欄には資格証等(要件を満たす書類又は本人確認書類)を既に県に提出済(同事業所、5年以内)の場合はその提出年月日、今回提出する場合は届出年月日を記載してください。