

付表1 児童発達支援事業所(児童発達支援センターであるものに限る)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類別 ( )		※受付番号								
施設	フリガナ 名称									
	所在地	(郵便番号 - )								
	連絡先	電話番号	ファックス番号							
	e-mail									
管理者	フリガナ	(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	職種 その他	勤務時間 ~						
	当該支援の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号							
併設する施設の名称及び概要		名称	概要							
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名	住所 (郵便番号 - )								
従業者の職種・員数		嘱託医	児童指導員	保育士	栄養士					
		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)									
	常勤換算後の人数(人)									
	※基準上の必要人数(人)									
		調理員	児童発達支援管理責任者	機能訓練担当職員	言語聴覚士					
		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)									
	常勤換算後の人数(人)									
	※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)									
	常勤換算後の人数(人)									
	※基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等		※基準上の必要値		発達支援室 遊戯室 屋外遊戯場 医務室 相談室 調理室 便所 静養室 聴力検査室 (設置部分を○でかこむ)						
発達支援室		m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上							
遊戯室		m(児童1人当たり)	m(児童1人当たり)以上							
前年度の平均利用者数(人)		(新設の場合は、推定数を記入)								
主な揭示事項										
営業日(○を付す)		日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間 の休日
営業時間		平日	~		土曜	~		日曜・祝日	~	
利用定員		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く) (① ~ ② ~ ③ ~ ) 人(単位ごとの定員① ② ③)								
利用料		<input type="checkbox"/> 市町村が定める額 <input type="checkbox"/> その他( )								
その他の費用(項目・金額も記入)										
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	電話番号	担当者		
		その他								
協力医療機関		名称	主な診療科名							
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無								
多機能型実施の有無		有 ・ 無								
添付書類		□定款及び登記簿謄本又は条例等 □事業所平面図 □設備・備品等一覧表 □管理者 経歴書 □児童発達支援管理責任者経歴書 □運営規程 □障害児等からの苦情を解決 するために講ずる措置の概要 □資産状況(貸借対照表・財産目録等) □誓約書 □ 実務経験証明書 □協力医療機関との契約内容がわかるもの □体制等状況一覧表 □ 主たる対象者を特定する理由等 □勤務体制・形態一覧表 □資格証等 □組織体制図 □利用者負担の受領等に関する保護者向け資料(重要事項説明書等) □内規他参考にな るもの □障害児通所給付費の請求に関する事項 □(更新の場合)指定通知書の写し								

- 注 1 ※印の受付番号, 基準上の必要人数, 基準上の必要値の欄には, 記入しないこと。  
 2 記入欄が不足する場合は, 適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載した書類を添付すること。  
 3 併設する施設の名称及び概要の欄には, 施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。  
 4 主な揭示事項の欄には, その内容を簡潔に記入すること。  
 5 その他の費用の欄には, 入所児又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及び金額について記入すること。

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類 ( )		※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	ファックス番号	
	e-mail			
管理者	フリガナ	(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	職種 その他	勤務時間 ~
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号		
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名	住所 (郵便番号 - )		
従業者の職種・員数		保育士		
		専従	兼務	
児童指導員		専従	兼務	
児童発達支援管理責任者		専従	兼務	
機能訓練担当職員		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)				
		理学療法士又は作業療法士	言語聴覚士	
		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)				
		その他の従業者		
		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	発達支援室		有 ・ 無	
前年度の平均利用者数(人)	(新設の場合は、推定数を記入)			
主な揭示事項				
営業日(○を付す)	日	月	火	
	水	木	金	
	土	祝	その他年間 の休日	
営業時間	平日	~	土曜	
	日曜・祝日	~		
	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)			
	(① ~ , ② ~ , ③ ~ )			
利用定員	人(単位ごとの定員① ② ③)			
利用料	□市町村が定める額			
	□その他( )			
その他の費用(項目・金額も記入)				
実施サービス	送迎サービス	有 ・ 無		
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	電話番号	
	担当者			
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	□定款及び登記簿謄本又は条例等 □事業所平面図 □設備・備品等一覧表 □管理者 経歴書 □児童発達支援管理責任者経歴書 □運営規程 □障害児等からの苦情を解決 するために講ずる措置の概要 □資産状況(貸借対照表・財産目録等) □誓約書 □ 実務経験証明書 □協力医療機関との契約内容がわかるもの □主たる対象者を特定する 理由等 □体制等状況一覧表 □勤務体制・形態一覧表 □資格証等 □組織体制図 □利用者負担の受領等に関する保護者向け資料(重要事項説明書等) □内規他参考 になるもの □障害児通所給付費の請求に関する事項 □(更新の場合)指定通知書の写し			

- 注 1 ※印の受付番号, 基準上の必要人数の欄には, 記入しないこと。  
 2 記入欄が不足する場合は, 適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載した書類を添付すること。  
 3 併設する施設の名称及び概要の欄には, 施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。  
 4 主な揭示事項の欄には, その内容を簡潔に記入すること。  
 5 その他の費用の欄には, 入所児又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及び金額について記入すること。

付表4 放課後等デイサービス事業所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類 ( )		※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	ファックス番号	
	e-mail			
管理者	フリガナ	(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	職種 その他	勤務時間 ~
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等		第 条第 項第 号		
児童発達支援 管理責任者	フリガナ 氏名	住所	(郵便番号 - )	
従業者の職種・員数		児童指導員	保育士	
		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)				
		理学療法士又は作業療法士	言語聴覚士	
		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)				
		その他の従業者		
		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		発達支援室	有 ・ 無	
前年度の平均利用者数(人)		(新設の場合は、推定数を記入)		
主な掲示事項				
営業日(○を付す)	日 月 火 水 木 金 土 祝	その他年間 の休日		
営業時間	平日 ~ 土曜 ~ 日曜・祝日 ~	単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く)		
利用定員	(① ~ , ② ~ , ③ ~ )			
利用料	□市町村が定める額 □その他( )			
その他の費用(項目・金額も記入)				
実施サービス	送迎サービス	有 ・ 無		
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	電話番号 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	<input type="checkbox"/> 定款及び登記簿謄本又は条例等 <input type="checkbox"/> 事業所平面図 <input type="checkbox"/> 設備・備品等一覧表 <input type="checkbox"/> 管理者 経歴書 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 障害児等からの苦情を解決 するために講ずる措置の概要 <input type="checkbox"/> 資産状況(貸借対照表・財産目録等) <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約内容がわかるもの <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する 理由等 <input type="checkbox"/> 体制等状況一覧表 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等 <input type="checkbox"/> 組織体制図 <input type="checkbox"/> 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料(重要事項説明書等) <input type="checkbox"/> 内規他参考 になるもの <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 更新の場合)指定通知書の写し			

注 1 ※印の受付番号, 基準上の必要人数の欄には, 記入しないこと。  
 2 記入欄が不足する場合は, 適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載した書類を添付すること。  
 3 併設する施設の名称及び概要の欄には, 施設の目的及び提供するサービスの内容等を記入すること。  
 4 主な掲示事項の欄には, その内容を簡潔に記入すること。  
 5 その他の費用の欄には, 入所児又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及び金額について記入すること。

付表5 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

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				ファックス番号				
	e-mail									
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		職種	勤務時間		～		
			兼務する職種及び勤務時間等	その他						
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号					
児童発達支援 管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )				
	氏名				住所					
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者						
		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		専用の区画				有 ・ 無				
主な掲示事項										
営業日(○を付す)		日	月	火	水	木	金	土 祝	その他年間 の休日	
営業時間		サービス提供時間								
利用料		□市町村が定める額 □その他( )								
その他の費用(項目・金額も記入)										
通常の事業の実施地域										
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	電話番号	担当者				
多機能型実施の有無		有 ・ 無								
添付書類		<input type="checkbox"/> 定款及び登記簿謄本又は条例等 <input type="checkbox"/> 事業所平面図 <input type="checkbox"/> 設備・備品等一覧表 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 <input type="checkbox"/> 資産状況(貸借対照表・財産目録等) <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 体制等状況一覧表 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等 <input type="checkbox"/> 組織体制図 <input type="checkbox"/> 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料(重要事項説明書等) <input type="checkbox"/> 内規他参考になるもの <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 更新の場合)指定通知書の写し								

(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. 「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。
4. 「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。

付表6 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

※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				ファックス番号							
e-mail														
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				職種		勤務時間				～	
			兼務する職種及び勤務時間等				その他							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等							第 条第 項第 号							
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所		(郵便番号 - )							
	氏名				住所									
従業者の職種・員数			訪問支援員		児童発達支援管理責任者									
			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)														
設備			専用の区画				有 ・ 無							
主な掲示事項														
営業日(○を付す)			日	月	火	水	木	金	土	祝	その他年間の休日			
営業時間			サービス提供時間											
利用料			□市町村が定める額 □その他( )											
その他の費用(項目・金額も記入)														
通常の事業の実施地域														
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		電話番号		担当者					
多機能型実施の有無			有 ・ 無											
添付書類			<input type="checkbox"/> 定款及び登記簿謄本又は条例等 <input type="checkbox"/> 事業所平面図 <input type="checkbox"/> 設備・備品等一覧表 <input type="checkbox"/> 管理者経歴書 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者経歴書 <input type="checkbox"/> 運営規程 <input type="checkbox"/> 障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要 <input type="checkbox"/> 資産状況(貸借対照表・財産目録等) <input type="checkbox"/> 誓約書 <input type="checkbox"/> 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 体制等状況一覧表 <input type="checkbox"/> 勤務体制・形態一覧表 <input type="checkbox"/> 資格証等 <input type="checkbox"/> 組織体制図 <input type="checkbox"/> 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料(重要事項説明書等) <input type="checkbox"/> 内規他参考になるもの <input type="checkbox"/> 障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 更新の場合)指定通知書の写し											

- 注 1 ※印の受付番号及び基準上の必要人数の欄には、記入しないこと。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記載した書類を添付すること。
- 3 主な掲示事項の欄には、その内容を簡潔に記入すること。
- 4 その他の費用の欄には、入所児又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及び金額について記入すること。
- 5 通常の事業の実施地域の欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記入すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付すること。



付表7 その2

※受付番号

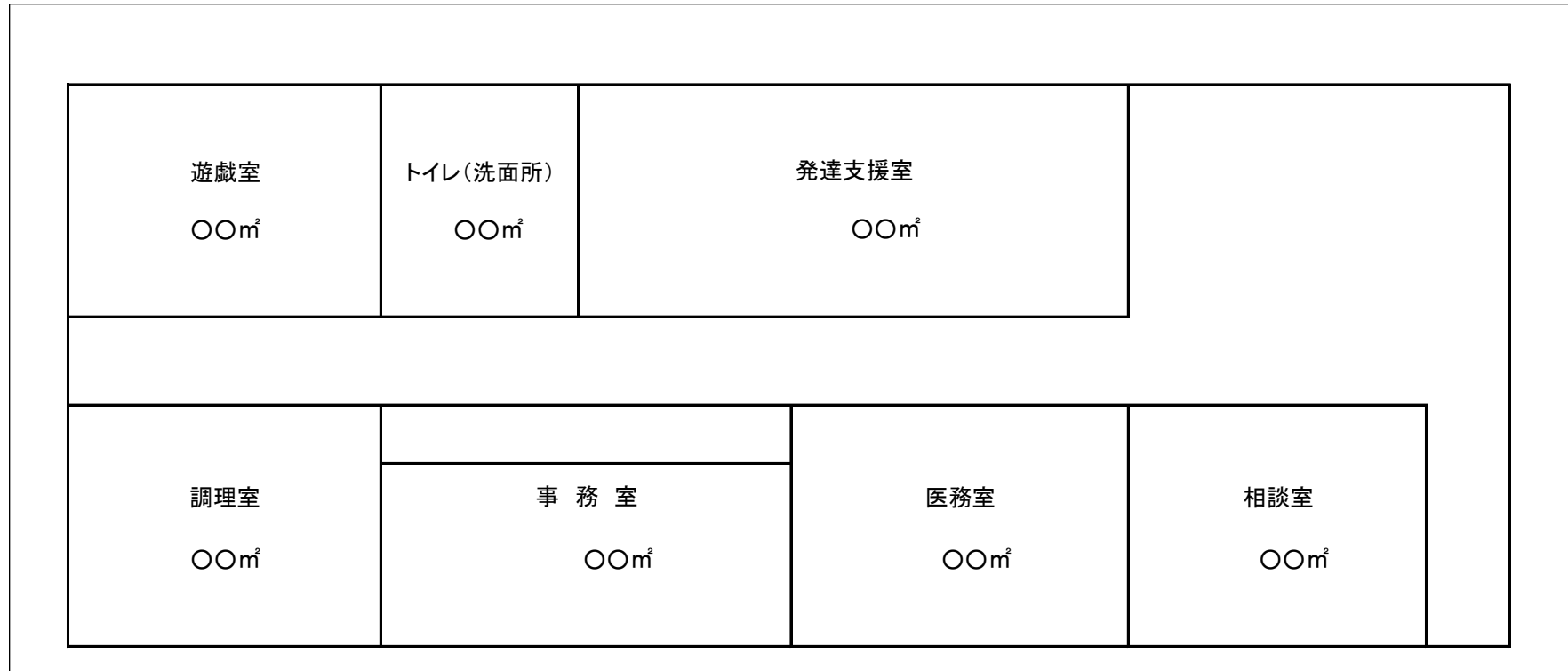
従業者の職種・員数															
		児童発達支援管理責任者		医師 (嘱託医含む)		児童指導員		保育士		機能訓練担当職員		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	※基準上の必要人数(人)														
主たる事業所	従業者数	常勤(人)													
		非常勤(人)													
	常勤換算後の人数(人)														
	※基準上の必要人数(人)														
従たる事業所	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)														
		看護職員		その他従業者		訪問支援員		栄養士		調理員					
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務				
合計	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)														
主たる事業所	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)														
従たる事業所	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)														

- 注 1 ※印の受付番号及び基準上の必要人数の欄には、記入しないでください。  
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記入するか又は別葉に記入した書類を添付すること。  
 3 児童発達支援又は放課後等デイサービスに単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記入するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記入すること。

(参考様式1)

## 平 面 図

指 定 障 害 児 通 所 支 援 の 種 類 ( )  
事 業 所 ( 施 設 ) の 名 称 ( )



### 【記入要領】

- 1 各室の用途及び面積を記入すること。
- 2 当該事業所の専用部分と他の事業所等との共用部分がある場合は、それぞれ色分けする等して使用関係を分かり易く表示すること。
- 3 規制の平面図があるときは、それを添付しても差し支えない。(但し、各室の用途及び面積の記載は必要)
- 4 丸数字・矢印は別添添付の写真の番号、撮影方向とすること。(写真は、建物の内部だけでなく全景も添付すること。)



(参考様式2)

## 居室面積等一覧表

指定障害児通所支援の種類( )

〔居室〕

施設 の 名 称( )

設置階		1 階			2 階			3 階			合 計	
部屋の種類	1室の定員	室数	面積 m <sup>2</sup> (1人あたり面積)	備 考	室数	面積 m <sup>2</sup> (1人あたり面積)	備 考	室数	面積 m <sup>2</sup> (1人あたり面積)	備 考	室数	面積 m <sup>2</sup> (1人あたり面積)
			( )			( )			( )			( )
			( )			( )			( )			( )
			( )			( )			( )			( )
			( )			( )			( )			( )
			( )			( )			( )			( )

〔その他の設備〕

部屋(設備)の種類	室数	面積 m <sup>2</sup>	備 考	室数	面積 m <sup>2</sup>	備 考	室数	面積 m <sup>2</sup>	備 考	室数	面積 m <sup>2</sup>

共用する施設又は事業所名	
--------------	--

【記入要領】

- 1 設置基準に定められた部屋について、設置階ごとに記入すること。(様式の記入欄または階数が足りない場合等は、様式を適宜拡張すること。)
- 2 居室については、一室の定員ごとに分けて記入すること。また、同じ定員でも面積が異なる部屋がある場合は、さらにそれぞれの部屋ごとに分けて記載すること。
- 3 「一人あたり面積」の算出が必要な設備は、面積欄の括弧内に記入すること。(算出にあたって小数点以下第2位を切り捨てること。)
- 4 部屋の種類ごとにまとめて、合計の室数及び面積を記入すること。
- 5 同一施設又は事業所と兼用している場合は、備考欄に「〇〇室と兼用」と記入すること。
- 6 他の施設又は事業所と共用している場合は、備考欄に「共用」と記載し、共用する施設又は事業所の欄に施設等の名称を記載し、共用先の当該部分の平面図を添付すること。



(参考様式4)

経 歴 書

事業所等の名称			
フリガナ			生年月日
氏 名			年 月 日
住 所	(〒 - ) 県 郡・市		
電話番号			
主 な 職 歴 等			
年 月～ 年 月	期 間	勤 務 先 等	職 務 内 容
	年 月間		
	年 月間		
	年 月間		
	年 月間		
	年 月間		
	年 月間		
	年 月間		
	年 月間		
	年 月間		
実務経験	年 月間		
職務に関する資格	資 格 の 名 称		資 格 取 得 年 月 日
研修等の受講状況	研 修 等 の 名 称		受 講 年 月 日 ( 予 定 )
	・児童発達支援管理責任者研修		
	・相談支援従事者初任者研修		
備 考			

【記載要領】

- 1 「\_\_\_\_経歴書」には、「管理者」又は「児童発達支援管理責任者」と記入すること。
- 2 住所及び電話番号は、自宅のものを記入すること。
- 3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称」欄を適宜拡張して、そのすべてを記入すること。
- 4 「管理者等」の資格取得のための研修及びその受講年月日(予定日)は必ず記載すること。また、修了証等を添付すること。
- 5 児童発達支援管理責任者は、実務要件を満たす実務経験年数分の実務経験証明書を添付すること。

(参考様式5)

## 障害児又はその保護者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

指定障害児通所支援の種類( )

事業所(施設)の名称( )

### 措 置 の 概 要

- 1 障害児又はその保護者からの相談又は苦情に対応する常設の窓口・電話番号・担当  
※ 申請書の項を具体的に記入してください。

- 2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

※ 具体的な対応方針

- 3 その他参考事項

#### 【記入要領】

1 上記の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記入すること。

児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書

年 月 日

鹿児島市長 殿

申請者 主たる事務所の所在地  
名称  
代表者 住所  
氏名

当法人(役員等を含む。)は、下記に掲げる児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

【児童福祉法第21条の5の15第3項各号の規定】(一部要約)

- 1 申請者が都道府県の条例で定める者でないとき。
- 2 当該申請に係る障害児通所支援事業所の従業者の知識及び技能並びに人員が、第21条の5の19第1項の都道府県の条例で定める基準を満たしていないとき。
- 3 申請者が、第21条の5の19第2項の都道府県の条例で定める指定通所支援の事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な障害児通所支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 4 申請者が禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの(※)の規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  
(※)障害者総合支援法、身体障害者福祉法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、社会福祉法、老人福祉法、社会福祉士及び介護福祉士法、介護保険法、精神保健福祉士法
- 5の2 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるもの(※)により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。  
(※)労働基準法、最低賃金法、賃金の支払の確保等に関する法律
- 6 申請者が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過しない者であるとき。
- 7 申請者と密接な関係を有する者が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過していないとき。
- 8 (削除)
- 9 申請者が、第21条の5の24第1項又は第33条の18第6項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出をした者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 10 申請者が、第21条の5の22第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日までの間に第21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出をした者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 11 第9号に規定する期間内に第21条の5の20第4項の規定による事業の廃止の届出があつた場合において、申請者が、同号の通知の日前60日以内に当該事業の廃止の届出に係る法人の役員等又は当該届出に係る法人でない者の管理者であつた者で、当該届出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 12 申請者が、指定の申請前5年以内に障害児通所支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 13 申請者が、法人で、その役員等のうちに第四号から第六号まで又は第九号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

(参考様式7)

## 実務経験証明書

番 号  
年 月 日

鹿児島市長 殿

施設又は事業所名

代表者氏名

証明書発行担当部署

担当者

連絡先電話番号

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。

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
現住所	(〒 - )	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別( )	
業務期間	昭・平・令 年 月 日 ~ 昭・平・令 年 月 日( 年 か月勤務) うち業務に従事した日数( 日間 )	
業務内容	職名( )	

### 【記入要領】

- 施設又は事業所名の欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。
- 業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間又は、退職した日までの期間を記入すること。
- 業務内容欄は、保育士、児童指導員等の職名を記入し、実務経験被証明者の本来業務について、知的障害児施設における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
- 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

### 主たる対象者を特定する理由等

障害児通所支援の種類( )

事業所又は施設の名称( )

1 申請に係る障害児通所支援の主たる対象者(該当するものに○を付してください)

身体障害				知的障害	重症心身障害	精神障害	発達障害
肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語障害	内部障害				

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

(1) 拡充予定の有無(該当するものに○を付してください)

あり ・ なし

(2) 拡充予定の時期及び内容

① 予定時期

② 拡充対象者(該当するものに○を付してください)

身体障害				知的障害	重症心身障害	精神障害	発達障害
肢体不自由	視覚障害	聴覚・言語障害	内部障害				

(3) 拡充のための方策