

様式第1号（第2条関係）

受付番号	
------	--

☒ 指定特定相談支援事業所
☒ 指定障害児相談支援事業所

指定（更新）申請書

令和 年 月 日

小田原市長 様

申請者 所 在 地 〒250-8555
小田原市荻窪300番地
名 称 特定非営利活動法人 ○○○○○○○○○○○○
代表者氏名 代表取締役社長 ○ ○ ○ ○ ○ 印

障害者自立支援法に規定する指定特定相談支援事業所及び児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業所に係る指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者（設置者）	フリガナ	トクテイヒエイリカツドウハウジン ○○○○○○○○○○○○				
	名 称	特定非営利活動法人 ○○○○○○○○○○○○				
	主たる事務所の所在地	〒250-8555 小田原市荻窪300番地 (方書) 第1 荻窪ビル3F 201号室				
	連絡先	電話番号		FAX		
	法人の種類	社会福祉法人		法人の所轄庁	厚生労働大臣	
	代表者の職・氏名	職名	代表取締役社長	フリガナ	○○○ ○○○○	
				氏名	○ ○ ○ ○ ○	
	代表者の住所	〒000-0000 (方書) 第1 荻窪ビル3F 201号室				
指定を受けようとする事業所	フリガナ	ニコニコソウダンシエンジギョウショ				
	名 称	ニコニコ相談支援事業所				
	所 在 地	〒000-0000 小田原市荻窪300番地 (方書) 第1 荻窪ビル3F 201号室				
	連絡先	電話番号	0465-33-1446	FAX	0465-33-1446	
	申請に係る事業の種類		実施事業	事業開始予定年月日	様式	
	特定相談支援事業		○	平成24年4月1日	付表	
	障害児相談支援事業		○	平成24年4月1日	付表	
	既に指定を受けている事業		事業種別		事業所番号	指定年月日
			☐ 特定相談支援事業		1000000000	平成24年4月1日
			☐ 地域相談支援事業（地域定着支援）		1000000001	平成24年4月2日
☐ 地域相談支援事業（地域移行支援）			1000000002	平成24年4月3日		
☐ 介護保険法に基づく居宅介護支援事業			1000000003	平成24年4月4日		
		☐ 介護保険法に基づく介護予防支援事業		1000000004	平成24年4月1日	

- （備考）
- 「指定障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「指定特定相談支援事業」の申請も併せて行ってください。
 - 「法人の種類」欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「特定非営利活動法人」、「株式会社」等の別を記載してください。
 - 「法人の所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 「実施事業」欄には、今回申請する相談支援事業の種類に「○」を記載してください。
 - 「受付番号」欄には記載しないでください。

付表1 指定特定相談支援事業所及び障害児相談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		〒								←郵便番号を半角数字7桁で入力してください	
	連絡先		電話番号				FAX番号					
	当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等											
管理者	フリガナ 氏 名											
	住 所		〒								←郵便番号を半角数字7桁で入力してください	
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無											
	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		指定特定相談支援事業所							
			事業の種類		特定相談支援							
			兼務する職種									
勤務時間												
相談支援専門員	フリガナ 氏 名											
	住 所		〒								←郵便番号を半角数字7桁で入力してください	
従業者の 職数	(単位：人)		相談支援専門員		その他の者		他の事業所又は施設の従業者との兼務					
			専従	兼務	専従	兼務						
	従業者数	常勤	3	2								
		非常勤				1						
	常勤換算後の人数											
※基準上の必要人数												
主な 掲 示 事 項	営業日											
	営業時間		平日	9時	～	16時30分	土曜	9時	～	14時	備考	
	主たる対象者		日曜		～		祝日		～			
	利用料											
	その他費用											
	通常の事業 の実施地域											
施 体 合 制 的 な 具 体 的 支 援 方 法 実	主たる対象としていない者への対応体制											
	医療機関や行政との連携体制											
	計画的な研修又は当該事業所における事例の検討等を行う体制											
相談支援特定事業所加算						行動障害支援体制加算						
要医療児者支援体制加算						精神障害者支援体制加算						

(備考)

- 「※」のついた欄には、記載しないでください。
- 事業所の名称・所在地については、様式第1号から転記されます。
- 「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。

様式第 1 号（第 2 条関係）
（付表）別紙

他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員

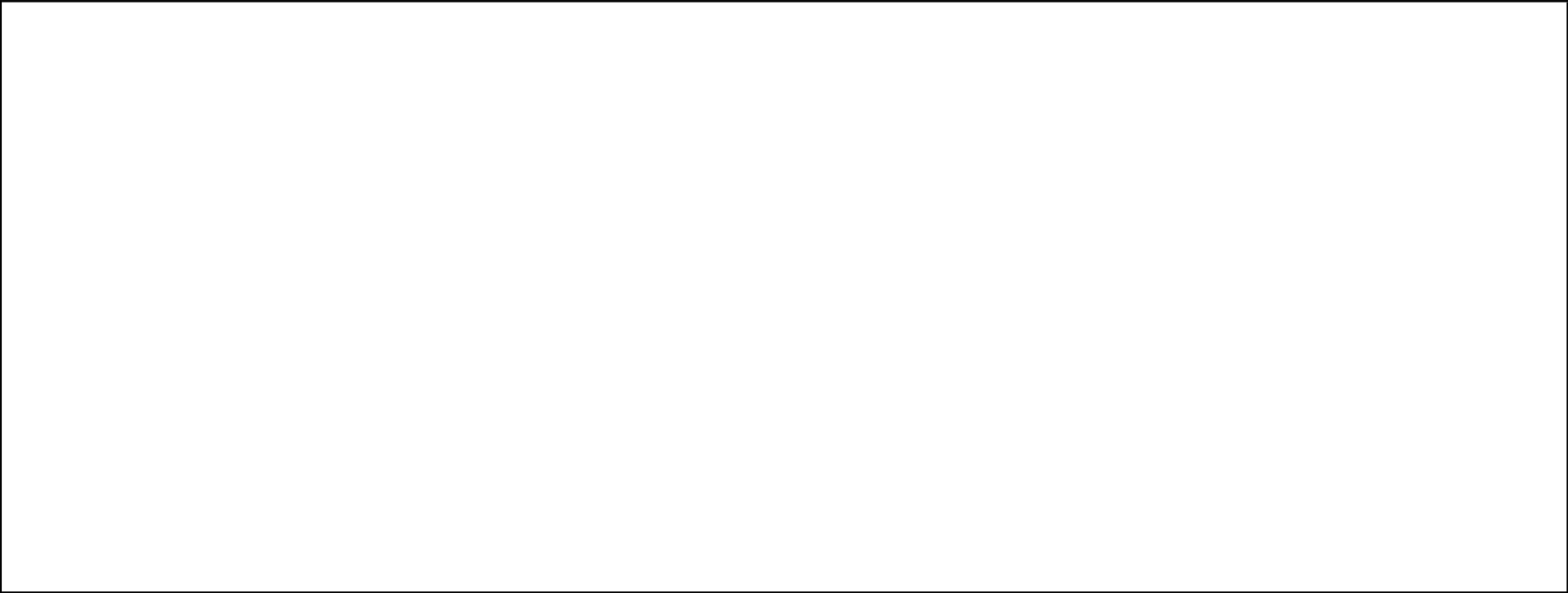
他の事業所又は施設の従業者と兼務する相談支援専門員をすべて記載してください。

1	フリガナ		事業所名			
	氏 名		事業の種類	共同生活援助	兼務する職種	生活支援員
			勤務時間			
2	フリガナ		事業所名			
	氏 名		事業の種類	指定特定相談支援事業所	兼務する職種	相談支援員
			勤務時間			
3	フリガナ		事業所名			
	氏 名		事業の種類	児童発達支援	兼務する職種	保育士
			勤務時間			
4	フリガナ		事業所名			
	氏 名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			
5	フリガナ		事業所名			
	氏 名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			

事業所・施設の平面図

事業所の名称	ニコニコ相談支援事業所
--------	-------------

建物の名称	
構造概要	
事業所の共用の有無	



- (備考)
- 1 各室、区画の用途及び面積を記載し、他の事業や施設と共用する場合は、その旨を記載し色分けする等わかりやすく表示してください。
 - 2 既製の平面図がある場合にはそれを添付してください。（その場合、A 3 に縮尺の上、折り込んでください。）
 - 3 事業所の外観及び内部（各室、区画）の写真を添付してください。
 - 4 多機能型、従たる事業所がある場合は、それぞれの位置関係がわかる地図等を添付してください。

事業所の設備・備品等一覧表

事業所の名称	ニコニコ相談支援事業所
事業の種類	

設備の概要	設備基準上適合すべき項目についての状況	備品の品名及び数量	適合の可否
サービス提供上配慮すべき設備の概要			
非常災害設備等			

(備考)

- 1 申請する事業の種類に関して、基準省令で定められた設備基準上適合すべき項目について記載してください。
- 2 「適合の可否」欄には何も記載しないでください。

参考様式 3

☐ 管 理 者

☐ 相 談 支 援 専 門 員

経 歴 書

事業所の名称			
事業の種類			
フリガナ			生年月日
氏 名			昭和・平成 年 月 日
住 所 (自 宅)	〒000-0000 (方書) (電話)		
主 な 職 歴			
期間 (年 月 ~ 年 月)	勤務先等		職務内容
職 務 に 関 す る 資 格			
資格の種類		資格取得年月日	
備考 (研修等の受講の状況等)			

(備考)

- 1 管理者、相談支援専門員について、それぞれ別葉で提出してください。
- 2 住所・電話番号は、自宅のものを記載してください。
- 3 当該管理者が管理する事業所が複数の場合は、「事業所の名称・事業の種類」欄にその全てを記載してください。
- 4 相談支援専門員については、相談支援従事者初任者（現任）研修の終了した旨の証明書を添付してください。

実務経験（見込）証明書

令和 年 月 日

小田原市長 様

(証明者)
所在地
名称
代表者職・氏名
連絡先



次の者の実務経験は、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		昭和・平成 年 月 日
現 住 所	〒000-0000 (方書)	
施設又は 事業所名	(施設・事業所の種別)	
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)	
うち、業務に 従事した日数	日	
業務内容	職名 ()	

(備考)

- 1 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（見込においては援助を行うと見込まれる期間）を記入してください。（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。）
- 2 見込証明でない場合は、表題の（見込）を二重線で消してください。
- 3 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、業務内容について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入してください。
- 4 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者（代表者）の印を押してください。

利用者（入所者）又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所名	ニコニコ相談支援事業所
------	-------------

措置の概要

- 1 利用者又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者

- ## 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

(備考)

上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載してください。

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	
事業種類	

職種	勤務 形態	氏名	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週							4週の合計	週平均の 勤務時間	常勤換算 後の人数		
			日付	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	
			曜日																																
			開所日																																
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																														0	0.0				
																	</																		

- (備考)
- 1 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、
 - 2 加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。
 - 3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。
 - 4 有資格職者は資格を証する書面の写しを添付してください。

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	ニコニコ相談支援事業所
事業種類	

1 主たる対象者

☒ 身体障害者

(

☒ 肢体不自由

☒ 視覚

☒ 聴覚言語

☒ 内部障害

)

☒ 知的障害者

☒ 精神障害者

☒ 障害児

(

)

※ 障害児について障害種別を特定している場合は、括弧内に記載。

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) 拡充の予定の有無

☒ 有 ・ ☒ 無

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書

令和 年 月 日

小田原市長 様

申請者 所 在 地 〒250-8555

小田原市荻窪300番地

名 称 特定非営利活動法人 ○○○○○○○○○○○○

代表者氏名 代表取締役社長 ○ ○ ○ ○ ○ (印)

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる障害者自立支援法第51条の20第2項において準用する同法第36条第3項（第4号、第10号及び第13号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

- 障害者自立支援法第36条第3項（第4号、第10号及び第13号を除く。）の読替後の規定
- 1 申請者が法人でないとき。
 - 2 当該申請に係る特定相談支援事業所（第五十一条の二十第一項に規定する特定相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第五十一条の二十四第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
 - 3 申請者が、第五十一条の二十四第二項の厚生労働省令で定める指定計画相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な特定相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
 - 5 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
 - 6 申請者が、第五十条第一項（同条第三項において準用する場合を含む。以下この項において同じ。）又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があった日前六十日以内に当該法人の役員又はその特定相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前六十日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援事業者（第五十一条の十七第一項第一号に規定する指定特定相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定特定相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定特定相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
 - 7 申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定特定相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定特定相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定特定相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
 - 8 申請者が、第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二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十五条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
 - 9 申請者が、第四十八条第一項（同条第三項において準用する場合を含む。）又は第五十一条の二十七第一項若しくは第二項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第五十条第一項又は第五十一条の二十九第一項若しくは第二項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事又は市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第四十六条第二項又は第五十一条の二十五第二項若しくは第四項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
 - 11 申請者が、指定の申請前五年以内に相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
 - 12 申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号、第六号、第八号、第九号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

指定障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書

令和 年 月 日

小田原市長 様

申請者 所 在 地 〒250-8555

小田原市荻窪300番地

名 称 特定非営利活動法人 ○○○○○○○○○○○○

代表者氏名 代表取締役社長 ○ ○ ○ ○ ○ (印)

当法人（別紙に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる児童福祉法第24条の28第2項において準用する同法第21条の5の15第2項（第4号、第11号及び第14号を除く。）の規定のいずれにも該当しないことを誓約します。

記

- 児童福祉法第21条の5の15第2項（第4号、第11号及び第14号を除く。）の読替後の規定
- 1

申請者が法人でないとき。
- 2

当該申請に係る障害児相談支援事業所（第二十四条の二十八第一項に規定する障害児相談支援事業所をいう。以下この項において同じ。）の従業者の知識及び技能並びに人員が、第二十四条の三十一第一項の厚生労働省令で定める基準を満たしていないとき。
- 3

申請者が、第二十四条の三十一第二項の厚生労働省令で定める指定障害児相談支援の事業の運営に関する基準に従って適正な障害児相談支援事業の運営をすることができないと認められるとき。
- 5

申請者又は申請者の役員等が、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。
- 6

申請者が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過しない者（当該指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該法人の役員又はその障害児相談支援事業所を管理する者その他の政令で定める使用人（以下この条及び第二十一条の五の二十三第一項第十一号において「役員等」という。）であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む、当該指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前六十日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援事業者（第二十四条の二十六第一項第一号に規定する指定障害児相談支援事業者をいう。以下この項において同じ。）の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 7

申請者と密接な関係を有する者（申請者（法人に限る。以下この号において同じ。）の株式の所有その他の事由を通じて当該申請者の事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの（以下この号において「申請者の親会社等」という。）、申請者の親会社等が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもの又は当該申請者が株式の所有その他の事由を通じてその事業を実質的に支配し、若しくはその事業に重要な影響を与える関係にある者として厚生労働省令で定めるもののうち、当該申請者と厚生労働省令で定める密接な関係を有する法人をいう。）が、第二十四条の三十六の規定により指定を取り消され、その取消しの日から起算して五年を経過していないとき。ただし、当該指定の取消しが、指定障害児相談支援事業者の指定の取消しのうち当該指定の取消しの処分の理由となつた事実及び当該事実の発生を防止するための当該指定障害児相談支援事業者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該指定障害児相談支援事業者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 8

申請者の役員等が、第二十一条の五の二十三第一項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成五年法律第八十八号）第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該取消しの処分を受けた法人の役員等であつた者で、当該取消しの日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 9

申請者が、第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五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二十四条の三十二第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 10

申請者が、第二十四条の三十四第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第二十四条の三十六の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより市町村長が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第二十四条の三十二第二項の規定による事業の廃止の届出をした者（当該事業の廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。
- 12

申請者が、指定の更新の申請前五年以内に障害児相談支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 13

申請者が、法人で、その役員等のうちに第五号、第六号、第九号、第十号又は前号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。

関係機関との協力体制

事業所の名称	
サービスの種類	

関係機関の名称	
所在地	
契約の内容	(例)協力病院等と契約を締結し、緊急時等の体制を整備している。 (例)行政機関等との連絡体制や計画的な研修等を行う体制を確保している。

備考 「契約の内容」は、契約書の写し等の添付でもかまいません。

指定特定相談支援事業所管理者誓約書

「障害者自立支援法に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年
月 日厚生労働省令第 号）」の規定に従い、運営に関する基準を遵守し、当該指定特定相談支
援事業所の管理者の責務を適正に果たすことを誓約します。

令和 年 月 日

小田原市長 様

事業者名（開設法人名）

代表者氏名

印

事業所名

管理者氏名

印

障害者自立支援法に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準【抜粋】

（管理者の責務）
第18条 指定特定相談支援事業所の管理者は、当該指定特定相談支援事業所の相談支援専門員その他の
他の
従業者の管理、指定計画相談支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管
理を
一元的に行わなければならない。
2 指定特定相談支援事業所の管理者は、当該指定特定相談支援事業所の相談支援専門員その他の
従業
者にこの章の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うものとする。