

指定を受ける事業にチェックする

- 指定特定相談支援
 指定障害児相談支援

事業所の指定に係る記載事項書

受付番号

事業所	名称	〇〇相談支援センター			
	所在地	(郵便番号 〇〇〇一〇〇〇〇) 東京都世田谷区世田谷△-△-△			
	連絡先	電話番号 03-△△△△△-△△△△	FAX番号 03-△△△△△-△△△△		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業について定めてある条例等の条文		他事業と兼務している場合に記載 ・就業規則と整合性がとれていること			
管理者	フリガナ	セタガヤ タロウ			
	氏名	世田谷 太郎			
	生年月日	昭和40年1月1日			
	当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無		有・無		
	他の事業所又は施設の従業者との兼務 (以下、有の場合記載)		(有)・無		
事業所の名称	〇〇居宅介護センター	兼務する職種	管理者		
事業の種類	居宅介護	勤務時間	月～金 午前9時～15時		
従員数者 (人職種)	相談支援専門員		その他の者		
	専従	兼務	専従	兼務	
	常勤 (人)	1			
	非常勤 (人)		1		
	常勤換算後の人数 (人)	1	0.5		
他の事業所又は施設の従業者との兼務 (有の場合、裏面に記載)		(有)・無			
施設 総合制 的な具 体的支 援方の 法実	事業の主たる対象とする障害の種類の定めの有無		有・無		
	主たる対象としていない者への対応体制		●●相談支援事業所と連携し対応する。		
	医療機関や行政との連携体制		自立支援協議会に参加するなど、必要な機関と連携体制を講じる。		
	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		定期的 (〇ヶ月に1回) に研修・事例検討会を行い、従業者の質の向上に努める。		
			運営規定等の記載を要約して記載		
主な 掲示 事項	営業日	月～金曜日 (祝日除く)			
	営業時間	午前9時から午後5時まで			
	主たる対象者	特定なし・身体障害者・知的障害者・精神障害者・障害児・難病等患者			
	その他の費用	別添「運営規定」に定めるとおり			
	通常の事業実施地域	世田谷区、〇〇区、〇〇市			
参考様式8の内容と合わせる		運営規定、勤務形態一覧と合わせる			

相談支援専門員が兼務の場合に記載

(計画相談支援の管理者と相談支援専門の兼務の場合は記載不要)

他の

1	フリガナ	セタガヤ サブロウ	事業所の名称	▽▽居宅介護事業所		
	氏名	世田谷 三郎	事業の種類	居宅介護	兼務する職種	居宅介護員
			勤務時間	午前9時～午後1時		
2	フリガナ		事業所の名称			
	氏名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			
3	フリガナ		事業所の名称			
	氏名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			
4	フリガナ		事業所の名称			
	氏名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			
5	フリガナ		事業所の名称			
	氏名		事業の種類		兼務する職種	
			勤務時間			

(備考)

- 特定相談支援事業と障害児相談支援事業の両方の指定を申請する場合についても、本様式1枚にまとめて提出してください。
 - 「受付番号」欄は、記入しないでください。
 - 「兼務」については、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所、指定一般相談支援事業所との兼務を除く。
 - 「総合的な相談支援の実施体制の具体的な方法」については、具体的な内容について記載する他、それぞれ根拠となる書類も提出してください。
- また、「主たる対象としていない者への対応体制」については、「事業の主たる対象とする障害の種類の定めの有無」が有の場合に記載すること。
- 「主な掲示事項」については、本欄の記載を省略し、別途資料として添付して差し支えありません。
 - 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様に記載した書類を添付してください。

(参考様式 1)

指定を受ける事業を記入

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

注1 *欄は、当該月の曜日を記入してください。

注2 「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、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注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。

注4 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。

(参考様式 2)

✓ 管理者
✓ 相談支援専門員
□ 相談支援員

経歴書

事業所の名称	○○相談支援センター	該当する職種をチェックする		
フリガナ	□□ □□			
氏名	□□ □□	生年月日	□□年	□□月
住所	(郵便番号 □□□ - □□□□) 東京都世田谷区□□1-1-1			
電話番号	03-□□□□□-□□□□□			

主な職歴等 (※実務経験証を添付)

(和暦) 年 月	～	(和暦) 年 月	業務に従事した日数	勤務先等(施設・事業所名)	職務内容
平成 10年4月	～	平成 18年3月	1,440日	□□ヘルパーセンター	居宅介護員
平成 18年4月	～	平成 24年3月	800日	□□介護センター	管理者
～			日		

- ・必要な実務経験を記載
 - ・相談支援専門員は要件を満たすことが分かる実務経験証明書を添付

職務に関する資格 (※資格証を添付)			
取得年月日 (和暦)	資格名 (正式名称)		
平成 24年 4月 1日	□□□□資格		
年 月 日	<ul style="list-style-type: none"> ・職務に関する資格を漏れなく記載 ・資格証明書を添付 		
午	ノ	午	

受講した研修 (※修了証を添付)

修了年月日（和暦）	研修名（正式名称）
平成 20年 12月 1日	相談支援従事者初任者研修

・相談支援専門員は職務に関連する研修を漏れなく記載
・研修修了証を添付

備考1 「管理者」及び「相談支援専門員」について作成すること。

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」欄を適宜拡張して、その全てを記載してください。

(参考様式3)

相談支援専門員実務経験証明書

番号
年月日

法人所在地 東京都世田谷区世田谷〇一〇一〇
法人名称 社会福祉法人〇〇
代表者氏名 〇〇 〇〇
電話番号 〇3-〇〇〇〇-〇〇〇〇

印

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	〇〇 〇〇	生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都世田谷区〇〇2-1-1		
施設又は事業所名	〇〇ヘルパーセンター 施設・事業所の種別 (障害者自立支援法に基づく居宅介護事業所)		
業務期間	〇〇年〇〇月〇〇日～〇〇年〇〇月〇〇日 (〇年〇〇月間)		
うち業務に従事した日数	〇〇〇日		
業務内容	職名 (居宅介護員) 身体障害者等に対する介護業務		

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護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してください。
3. 業務内容欄は、生活支援員、看護師等の職名を記入し、業務内容について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。

相談支援専門員の要件となる実務経験確認リスト

相談支援専門員氏名		OO OO	下記A~Eのうち該当する区分		
相談支援専門員ごとに作成				区分A~Eのうち、どの業務に従事していたか記入	
業務範囲	区分	実務経験となる業務内容	実務経験年数及び日数		
相談支援 (日常生活の自立に関する相談に応じ、助言・指導等の支援を行う業務)	A	平成18年10月1日時点で以下①②に掲げる者が、同年9月30日までに相談支援業務に従事した期間 ①旧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 ②精神障害者地域生活支援センター	3年以上 かつ540日以上		
		B	I 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事者 II 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場、その他これらに準ずる施設の従事者 III 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設※1、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、指定居宅介護支援事業所、その他これらに準ずる施設の従事者	5年以上 かつ900日以上	
	IV		以下①~④に該当する、病院・診療所の従業者 ①社会福祉主事任用資格を有する者 ②介護職員初任者研修・訪問介護員(ホームヘルパー)2級以上に相当する研修の修了者 ③国家資格等※2を有する者 ④上記I~IIIに掲げる従業者である期間が1年以上ある者		
			V		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における相談支援の業務の従事者
			VI		特別支援学校、盲学校、聾学校及び養護学校、その他これらに準ずる機関における就学相談・教育相談及び進路相談の業務の従事者
			直接支援 (入浴・排せつ・食事等の介護、介護に関する指導を行う業務)		I
	II	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、その他これらに準ずる事業の従事者			
III	病院・診療所、薬局、訪問看護事業所、その他これらに準ずる施設の従業者				
D	以下①~⑤に該当する者が、B~Cに従事した期間 ①社会福祉主事任用資格を有する者 ②介護職員初任者研修・訪問介護員(ホームヘルパー)2級以上に相当する研修の修了者 ③保育士 ④児童指導員任用資格者				
有資格者	E	国家資格等※2による業務に5年以上(900日以上)従事している者が、B~Cに従事した期間	通算3年以上 かつ540日以上		

※1 老人福祉施設 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、老人介護支援センター(老人福祉法(昭和38年法律第133号)第5条の3)

※2 国家資格等 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士師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士含む)、精神保健福祉士

常勤職員の勤務時間に関する規則

1 1日当たりの勤務時間 8時間とする。

始業時間 9時00分

終業時間 18時00分

休憩時間 12時00分～13時00分まで

法人の就業規則に相談支援事業所としての内容を追加してください。

2 週当たりの勤務時間数 40時間とする。

勤務日数 月曜日～金曜日まで（1日8時間、5日勤務）

3 休日

土曜日、日曜日

祝日

その他 夏季休暇（8月〇〇日～〇〇日まで）

年末年始（12月29日～1月3日まで）

4 その他

（1）業務の都合により、始業・終業時間を繰り上げ、又は繰り下げる場合がある。

（2）業務の都合により、所定時間を越えて勤務を命じることがある。

（3）業務の都合により、休日に勤務を命じることがある。

上記（1）から（3）の勤務を命じる場合は、本人と事前協議する。

指定特定相談支援事業者の指定に係る誓約書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世田谷区長 あて

法人名・住所、代表者
職・氏名・住所は登記
事項証明書と一致

申請者
所在地
名 称
住 所
代 表 者
氏 名

東京都世田谷区世田谷〇-〇-〇
〇〇法人〇〇会
東京都世田谷区世田谷〇-〇-〇
理事長 世田谷 次郎 印

当法人（裏面に記載する役員等を含む。）は、下記に掲げる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第51条の20第2項において準用する同法第3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。

法務局に登記した法人代表者印を押印

記

【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第36条第3項（第4号、第10号及び第13号を除く。）の読み替後の規定】

- 申請者が法人でないとき。
- 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。
- 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をできないと認められるとき。
- 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。
- 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み、当該指定を取り消された者が法人でない場合は、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。
- 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。
- 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。
- 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ふ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。
- 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。
- 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

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世田谷区長 あて

法人名・住所、代表者
職・氏名・住所は登記
事項証明書と一致

申請者 所在地
代表者 名称
住 所
氏 名

東京都世田谷区世田谷〇-〇-〇

〇〇法人〇〇会

東京都世田谷区世田谷〇-〇-〇

理事長 世田谷 次郎

印

当法人（裏面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。）の規定による指定に係る障害児相談支援事業者の指定に係る誓約書と一致することを誓約します。

法務局に登記した法人代表者印を押印

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。）の読み替後の規定】

- 申請者が法人でないとき。
- 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。
- 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つ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。
- 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。
- 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み、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する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。
- 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する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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

役員等名簿

申請者（法人）名

※役員が分かる資料を添付してください（理事会の議事録等）

(備考)

当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対して業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有すると認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について、記入してください。

(参考様式 7)

利用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	○○相談支援センター
------	------------

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

・相談、苦情に関する常設窓口として、相談担当者を設けている。また、担当者不在の場合、事業所の誰もが対応可能なように相談苦情管理シートを作成し、担当者に確実に引き継ぐ体制を敷いている。

事業所常設窓口 電話 03-○○○○-○○○○ FAX 03-○○○○-○○○○
担当者○○○○ (又は○○○○)

※利用者には、この内容を印刷物で配布し、周知している。

・利用者からの苦情に適切に対処するため、当事業所関係者及び利用者以外の中立・公正な「第三者委員」を設置し、双方の間に入って助言を行い、話し合いに立ち会うなど、積極的な役割を果たしてもらっている。

「第三者委員」氏名 ○○○○ (弁護士) 氏名 ○○○○ (○○法人○○監事)

2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順

・苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。

・相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、対応を決定する。

・対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。
(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。)

※具体的な対応方針を記載

世田谷区で事業を実施する場合は、事業所の所在する地域に関係なく、5総合支所の連絡先を記載すること

3 その他参考事項

東京都の相談窓口

東京都社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会 電話：03-5283-7020 FAX 03-5283-6997

世田谷区の相談窓口

・世田谷総合支所保健福祉センター保健福祉課	電話：03-5432-2865	FAX：03-5432-3049
・北沢総合支所 保健福祉センター保健福祉課	電話：03-6804-8727	FAX：03-6804-8813
・玉川総合支所 保健福祉センター保健福祉課	電話：03-3702-2092	FAX：03-5707-2661
・砧総合支所 保健福祉センター保健福祉課	電話：03-3482-8198	FAX：03-3482-1796
・鳥山総合支所 保健福祉センター保健福祉課	電話：03-3326-6115	FAX：03-3326-6154

当事業所において、処理し得ない内容についても、適切な対応方法を利用者の立場にたって検討し、対処する。

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。

(参考様式 8)

主たる対象者を特定する理由等

事	業	所	名	〇〇相談支援センター
---	---	---	---	------------

- 1 主たる対象者 ※該当するものを〇で囲むこと。

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

対象を特定する理由について具体的かつ明確に記入

- 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

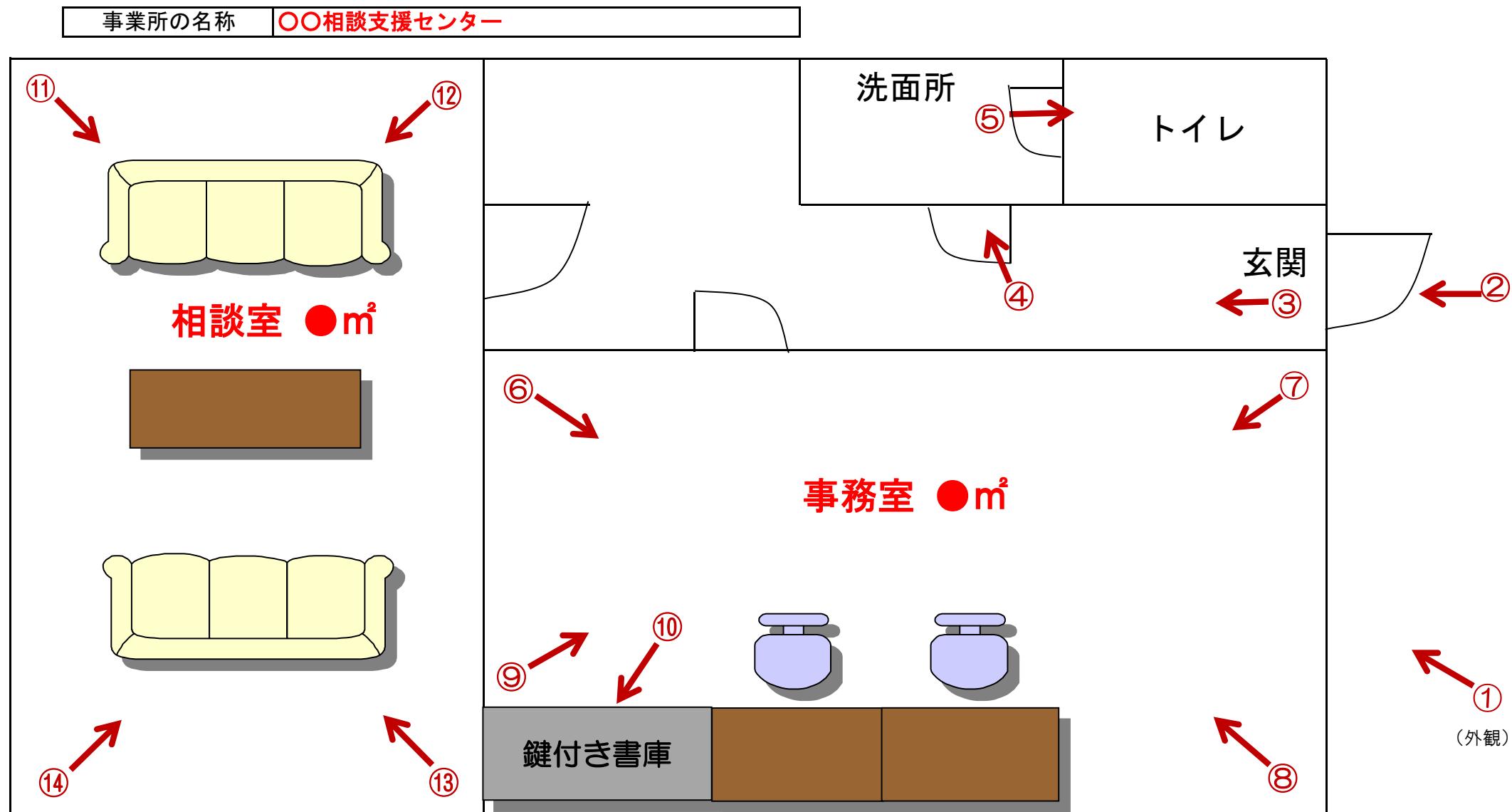
あり・なし

- (2) 拡充予定の内容及び予定期

- (3) 拡充のための方策

(参考様式 9)

平面図



(参考様式10)

備品等一覧表

事業所名 (〇〇相談支援センター)

設けられている室名	備品の品目及び数量
事務室	机 2台 椅子 2脚 パソコン 2台 鍵付き書庫 1台
相談室	テーブル 1台 ソファ 2脚 ※相談時のプライバシー保護に配慮している。

備考 1 必要に応じて写真等を添付し、その旨を合わせて記載してください。

特定相談支援・障害児相談支援事業計画書

指定を受ける事業名を記載

(法人名) ○○法人○○会

1 事業の方針

oooooooooooooooooooooooooooooooooooo

2 事業所名及び所在地

東京福祉センター

東京都新宿区×××2-33-1 △△ビル3階

3 従業者の人数

管理者 相談支援専門員

1名
2名

付表の人数と一致させること

4 契約利用者予定数

○名

5 サービス提供予定時間(月間及び年間)(この時間数(1ヶ月分)は勤務表の時間と調整する)

1人月当たり ○○時間 (※収入の積算根拠となる時間)

6 収支予算書

別紙のとおり

上記に基づき収支予算書を作成し添付してください。

人件費以外の経費は他の事業と按分して記載してください。

経費支出按分が難しい場合は、収入は計画相談支援・障害児相談

支援給付費収入と介護保険等他の事業収入とを区別して明示し、

支出は合計値のみで結構です。

事業計画書別紙

(単位：千円)

		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
利用者見込数		2人	2人	3人	6人	8人	10人	15人	20人	25人	30人	35人	40人	
収入見込み	月平均利用額 (1人当たり)	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	168
	計画相談支援・ 障害児相談支援 給付費受入れ額			28	28	42	84	112	140	210	280	350	420	1,694
	合計(A)	0	0	28	28	42	84	112	140	210	280	350	420	1,694
支出見込み	人件費	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	300	3,600
	旅費、交通費	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	60
	事務所賃借費	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	720
	通信費	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	180
	諸経費	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	360
	合計(B)	410	410	410	410	410	410	410	410	410	410	410	410	4,920
	利益(A-B)	-410	-410	-382	-382	-368	-326	-298	-270	-200	-130	-60	10	-3,226

※ 事業開始月から1年分の見込額を記入してください。（支出の費目は、もっと細かく記載しても可）

※ 介護給付費は、区市町村に請求した月の翌月末に振り込まれます。

（例：4月サービス提供分は、5月に請求し、6月末に振り込まれます。）

※ 諸経費には、消耗品費、光熱水費、車両管理費、研修費、宣伝広告費、租税公課、社会保険料、借入金返済、レンタル料等が見込まれます。

特定相談支援事業及び障害児相談支援事業のいずれも指定を受ける場合は、居宅及び通所サービスの一体的な計画を作成し、算定される報酬額を記載。