

長岡市指定特定相談支援事業・指定障害児相談支援事業所の指定申請に係る添付書類一覧

【新規申請時】

(申請の際には、この書類も添付してください。)

| | |
|------|--|
| 事業所名 | |
|------|--|

| 番号 | 申請書及び添付書類 | ○提出必須 △該当のみ | 提出書類欄 | 備考 |
|----|--|----------------|-------|---------------|
| 1 | 長岡市指定特定相談支援事業所の指定申請に係る添付書類一覧【新規申請時】 | ○ | | 本紙 |
| 2 | 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(指定更新)申請書 | ○ | | 様式第1号 |
| 3 | 指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所指定に係る記載事項 | ○ | | 付表 |
| 4 | 他の事業所又は施設の従事者と兼務する相談支援専門員について | △ | | |
| 5 | 定款及び登記簿謄本又は条例等 | ○ | | |
| 6 | 事業所の平面図及び写真(外観、内観) | ○ | | 参考様式1 |
| 7 | 備品等一覧表 | ○ | | 参考様式2 |
| 8 | 事業所の運営規定 | ○ | | |
| 9 | 事業所の管理者及び相談支援専門員の氏名、経歴、及び住所 | ○ | | 参考様式3 |
| 10 | 相談支援専門員の実務経験証明書又は実務経験見込証明書 | ○ | | 参考様式4又は5 |
| 11 | 相談支援専門員の資格証等の写し、研修修了証書の写し | ○ | | |
| 12 | 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 | ○ | | 参考様式6 |
| 13 | 当該申請に係る事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務体系 | ○ | | |
| 14 | 組織体系図 | ○ | | |
| 15 | 主たる対象者を特定する理由 | △ | | 参考様式7 |
| 16 | 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号各号の規定に該当しない旨の誓約書及び役員等名簿 | ○ | | 参考様式8及び9 |
| 17 | 資産状況が分かるもの(財務諸表) | ○ | | |
| 18 | 指定一般相談支援事業・障害福祉サービス事業所指定の通知写し | △ | | |
| 19 | 機能強化型(継続)サービス利用支援費に係る届出書(相談支援事業所)と添付書類 | △ | | 様式第4号 |
| 20 | 主任相談支援専門員配置加算に係る届出書(相談支援事業所) | △ | | 様式第5号 |
| 21 | 業務管理体制の整備に関する届出 | △ | | 様式第6号または様式第7号 |

※提出書類欄については、提出者の方で提出する書類についてチェックを入れてください。

| 担当者連絡先 | |
|---------|------------------------|
| 部署名 | |
| 部署所在地 | |
| 担当者名 | |
| 連絡先 | 電話： _____ F A X： _____ |
| メールアドレス | _____ @ _____ |

※提出いただいた申請書類に記載された内容等について、問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入してください。

長岡市指定 特定相談支援事業所
 障害児相談支援事業所

指定(指定更新)申請書

令和 年 月 日

長岡市長様

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者 印

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(以下、障害者総合支援法)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事業所に係る指定(指定更新)を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | |
|---------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|------|-------|
| 申請者(設置者) | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | | (〒 -) 都・道 市・郡 府・県 | | | |
| | 法人である場合その種別 | | 法人所轄庁 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号() | FAX番号() | | | |
| | | 代表メールアドレス | | | | |
| | 代表者の職・氏名 | | 職名 | フリガナ 氏名 | | |
| 代表者の住所 | | (〒 -) 都・道 市・郡 府・県 | | | | |
| 指定(指定更新)を受けようとする事業所・施設の種別 | フリガナ | | | | | |
| | 名称 | | | | | |
| | 事業所(施設)の所在地 | | (〒 -) 長岡市 | | | |
| | 連絡先 | 電話番号() | FAX番号() | | | |
| | | 代表メールアドレス | | | | |
| | 同一事業所において行う事業等の種類 | | 指定(指定更新)申請をする事業等 | 既に指定を受けている事業等 | | |
| | | | 開始予定年月日 | 開始指定年月日 | 事業所名 | 事業所番号 |
| 指定特定相談支援事業所 | | | | | | |
| 指定障害児相談支援事業所 | | | | | | |
| 指定一般相談支援事業所(地域移行支援) | | | | | | |
| 指定一般相談支援事業所(地域定着支援) | | | | | | |

○同一事業所において指定を受けている他のサービス

| 障害者総合支援法のサービス | 事業所番号 | 開始指定年月日 | サービス名 |
|---------------|-------|---------|-------|
| | | | |
| | | | |
| 児童福祉法のサービス | 事業所番号 | 開始指定年月日 | サービス名 |
| | | | |
| | | | |
| 介護保険法のサービス | 事業所番号 | 開始指定年月日 | サービス名 |
| | | | |
| | | | |

(備考)

1. 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
2. 「法人所轄庁」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。
3. 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も合わせて行ってください。
4. 「同一事業所において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、指定を受ける予定のものは、予定年月日・事業所名・使用様式を、既に指定を受けているものは、指定年月日・事業所番号・事業所番号を記載してください。
5. 「同一事業所において指定を受けている他のサービス」欄には、既に事業所としての指定を受けているサービスを記載してください。指定を受けているサービスが複数ある場合には、記入欄を追加または補正して、その全てを記載してください。
6. 「指定一般相談支援事業」を同時に受ける場合は、指定を受ける予定の事業所と開始予定年月日を記載してください。

記載例: 新規

長岡市指定

- 特定相談支援事業所
 障害児相談支援事業所

指定(指定更新)申請書

令和 元 年 6 月 15 日

長岡市長様

申請者 所在地 長岡市大手通1丁目4番10
(設置者) 名称 社会福祉法人 長岡福祉事業団
代表者 理事長 長岡 太郎

印

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(以下、障害者総合支援法)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事業所に係る指定(指定更新)を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | |
|---------------------------|-------------------|--|--|-------------------|
| 申請者(設置者) | フリガナ | シヤカイフクシホウジン ナガオカフクシキョウダン | | |
| | 名称 | 社会福祉法人 長岡福祉事業団 | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (〒 940 - 8501) 新潟 都 道 長岡 (市) 郡 大手通1丁目4番地10 アオーレ長岡2F | | |
| | 法人である場合その種別 | 社会福祉法人 | 法人所轄庁 | 新潟県 |
| | 連絡先 | 電話番号 (0258) 12-3456 | FAX番号 | (0258) 12-0123 |
| | | 代表メールアドレス | nagaokafukushiiigvoudan@nagaokafukushi.co.jp | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 理事長 | フリガナ | ナガオカ タロウ |
| | 氏名 | 長岡 太郎 | | |
| | 代表者の住所 | (〒 123 - 4567) 新潟 都 道 長岡 (市) 郡 幸町〇丁目△番□号 | | |
| 指定(指定更新)を受けようとする事業所・施設の種別 | フリガナ | ソウダンシエンシキョウシヨ アオーレ | | |
| | 名称 | 相談支援事業所 アオーレ | | |
| | 事業所(施設)の所在地 | (〒 940 - 1234) 長岡市 幸町2丁目1番1号 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 (0258) 123-4567 | FAX番号 | (0258) 123-4567 |
| | | 代表メールアドレス | soudan.aore@nagaokafukushi.co.jp | |
| | 同一事業所において行う事業等の種類 | 指定(指定更新)申請をする事業等 | 既に指定を受けている事業等 | |
| | 開始予定年月日 | 開始指定年月日 | 事業所名 | 事業所番号 |
| 指定特定相談支援事業所 | 令和元年7月1日 | | | |
| 指定障害児相談支援事業所 | 令和元年7月1日 | | | |
| 指定一般相談支援事業所(地域移行支援) | | 平成23年4月1日 | 相談支援事業所 アオーレ | 0123456789 |
| 指定一般相談支援事業所(地域定着支援) | 令和元年7月1日 | | | |

○同一事業所において指定を受けている他のサービス

| | 事業所番号 | 開始指定年月日 | サービス名 |
|---------------|-------|---------|-------|
| 障害者総合支援法のサービス | | | |
| | | | |
| | | | |
| 児童福祉法のサービス | | | |
| | | | |
| | | | |
| 介護保険法のサービス | | | |
| | | | |
| | | | |

(備考)

1. 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
2. 「法人所轄庁」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。
3. 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も合わせて行ってください。
4. 「同一事業所において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、指定を受ける予定のものは、予定年月日・事業所名・使用様式を、既に指定を受けているものは、指定年月日・事業所番号・事業所番号を記載してください。
5. 「同一事業所において指定を受けている他のサービス」欄には、既に事業所としての指定を受けているサービスを記載してください。指定を受けているサービスが複数ある場合には、記入欄を追加または補正して、その全てを記載してください。
6. 「指定一般相談支援事業」を同時に受ける場合は、指定を受ける予定の事業所と開始予定年月日を記載してください。

記載例:更新

長岡市指定

- 特定相談支援事業所
- 障害児相談支援事業所

指定(指定更新)申請書

令和 2年 1月 1日

長岡市長様

申請者 所在地 長岡市大手通1丁目4番10
 (設置者) 名称 社会福祉法人 長岡福祉事業団
 代表者 理事長 長岡 太郎

印

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(以下、障害者総合支援法)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事業所に係る指定(指定更新)を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

| | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|------------|-------------------|--|
| 申請者(設置者) | フリガナ | シヤカイフクシホウジン ナガオカフクシキョウダン | | | | |
| | 名称 | 社会福祉法人 長岡福祉事業団 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (〒 940 - 8501) 新潟 都 道 長岡 (市) 郡 大手通1丁目4番地10 アオーレ長岡2F | | | | |
| | 法人である場合その種別 | 社会福祉法人 | 法人所轄庁 | 新潟県 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | (0258) 12-3456 | FAX番号 | (0258) 12-0123 | |
| | | 代表メールアドレス | nagaokafukushiiigvoudan@nagaokafukushi.co.jp | | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | 理事長 | フリガナ | ナガオカ タロウ | |
| | 氏名 | 長岡 太郎 | | | | |
| 代表者の住所 | (〒 123 - 4567) 新潟 都 道 長岡 (市) 郡 幸町〇丁目△番□号 | | | | | |
| 指定(指定更新)を受けようとする事業所・施設の種別 | フリガナ | ソウダンシエンシキョウシヨ アオーレ | | | | |
| | 名称 | 相談支援事業所 アオーレ | | | | |
| | 事業所(施設)の所在地 | (〒 940 - 1234) 長岡市 幸町2丁目1番1号 | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | (0258) 123-4567 | FAX番号 | (0258) 123-4567 | |
| | | 代表メールアドレス | soudan.aore@nagaokafukushi.co.jp | | | |
| | 同一事業所において行う事業等の種類 | 指定(指定更新)申請をする事業等 | 既に指定を受けている事業等 | | | |
| | | 開始予定年月日 | 開始指定年月日 | 事業所名 | 事業所番号 | |
| 指定特定相談支援事業所 | 令和2年4月1日 | 平成26年4月1日 | 相談支援事業所 アオーレ | 9876543210 | | |
| 指定障害児相談支援事業所 | 令和2年4月1日 | 平成26年4月1日 | 相談支援事業所 アオーレ | 8642097531 | | |
| 指定一般相談支援事業所(地域移行支援) | | 平成29年4月1日 | 相談支援事業所 アオーレ | 0123456789 | | |
| 指定一般相談支援事業所(地域定着支援) | 令和2年4月1日 | 平成26年4月1日 | 相談支援事業所 アオーレ | 0246813579 | | |

○同一事業所において指定を受けている他のサービス

| 障害者総合支援法のサービス | 事業所番号 | 開始指定年月日 | サービス名 |
|---------------|-------|---------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 児童福祉法のサービス | 事業所番号 | 開始指定年月日 | サービス名 |
| | | | |
| | | | |
| 介護保険法のサービス | 事業所番号 | 開始指定年月日 | サービス名 |
| | | | |
| | | | |

(備考)

1. 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
2. 「法人所轄庁」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。
3. 「障害児相談支援事業」の指定を申請する場合は、「特定相談支援事業」の申請も合わせて行ってください。
4. 「同一事業所において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、指定を受ける予定のものは、予定年月日・事業所名・使用様式を、既に指定を受けているものは、指定年月日・事業所番号・事業所番号を記載してください。
5. 「同一事業所において指定を受けている他のサービス」欄には、既に事業所としての指定を受けているサービスを記載してください。指定を受けているサービスが複数ある場合には、記入欄を追加または補正して、その全てを記載してください。
6. 「指定一般相談支援事業」を同時に受ける場合は、指定を受ける予定の事業所と開始予定年月日を記載してください。

付表

指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|---|---------|---------|---------------|-------------|-------|--------|---------|----|--|--|
| 事業所 | フリガナ | | | | | | | | | | | |
| | 名称 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) 都・道 府・県 市・郡 | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | | | | FAX番号 | | | | | |
| 当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文 | | | | | | 第 条 第 項 第 号 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (〒 -) 都・道 府・県 市・郡 | | | | | | | | | | |
| | 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 (兼務の場合記入) | | | 事業所等の名称 | | | | | | | | |
| 兼務する職種 | | | | | | | | | | | | |
| 勤務時間 | | | | : ~ : | | | | | | | | |
| 従事者の職数・員数 | (単位:人) | | 相談支援専門員 | | 同一事業所の他の事業の実施 | | | | | | | |
| | | | 専従 | 兼務 | 実施事業 | 一般相談支援 | | 特定相談支援 | 障害児相談支援 | | | |
| | 従事者数 | | 地域定着支援 | 地域移行支援 | | □有 □無 | □有 □無 | | | | | |
| | 常勤 | 非常勤 | □有 □無 | □有 □無 | | □有 □無 | □有 □無 | | | | | |
| | 常勤換算後の人数 | | | | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | □月 □火 □水 □木 □金 □土 □日 | | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | | ~ | | 土曜 | | ~ | | 備考 | | |
| | | 日曜 | | ~ | | 祝日 | | ~ | | | | |
| | 主たる対象者 | □特定無し □身体障害者 □知的障害者 □精神障害者 □障害児 (発達障害含む) | | | | | | | | | | |
| | 利用料 | | | | | | | | | | | |
| | その他費用 | | | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | □長岡市 □その他() | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | | | | | |
| 総合的な支援実施体制の具体的な方法 | 事業の主たる対象とする障害の種類の設定の有無 | | | | | | □有 □無 | | | | | |
| | 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検討等を行う体制整備 | | | | | | | | | | | | |

(備考)

1. 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。
2. 「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。
3. 「主な揭示事項」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。
4. 「総合的な支援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がある場合は提出してください。
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設定の有無」が有の場合に記載すること。
5. 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。

記載例

指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所の指定に係る記載事項

| | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--|---|--------------|--|---------------|--|--|--|---------|----|--|
| 事業所 | フリガナ | ソウダンエンジキョウシヨアオーレ | | | | | | | | | |
| | 名称 | 相談支援事業所 アオーレ | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (〒 940 - 8501) 新潟 都府 長岡 市郡 幸町2丁目1番1号 | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | 0258-39-0000 | | | FAX番号 | 0258-39-0001 | | | | |
| 当該事業について定めてある定款・寄付行為等の条文 | | | | | 第〇条第△項第□号 | | | | | | |
| 管理者 | フリガナ | ナガオカハナコ | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 長岡 花子 | | | | | | | | | |
| | 所在地 | (〒 940 - 0000) 新潟 都府 長岡 市郡 大手通2丁目〇番地△ | | | | | | | | | |
| | 当該事業所における相談支援専門員との兼務の有無 | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| | 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 | | 障害福祉サービス事業所 アオーレ | | | | | |
| 兼務する職種 | | | | 管理者 | | | | | | | |
| 勤務時間 | | | | 9:00 ~ 17:00 | | | | | | | |
| 従事者の職数・員数 | (単位:人) | | 相談支援専門員 | | 同一事業所の他の事業の実施 | | | | | | |
| | | | 専従 | 兼務 | 実施事業 | 一般相談支援 | | 特定相談支援 | 障害児相談支援 | | |
| | 従事者数 | 常勤 | 3 | 地域定着支援 | | 地域移行支援 | | | | | |
| | 非常勤 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | |
| | 常勤換算後の人数 | | 3 | | | | | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 | | | | | | | | | |
| | 営業時間 | 平日 | 9:00 | ~ | 18:00 | 土曜 | | ~ | | 備考 | |
| | | 日曜 | | ~ | | 祝日 | | ~ | | | |
| | 主たる対象者 | <input checked="" type="checkbox"/> 特定無し <input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 障害児 (発達障害含む) | | | | | | | | | |
| | 利用料 | 運営規定に定めるとおり | | | | | | | | | |
| | その他費用 | 運営規定に定めるとおり | | | | | | | | | |
| 通常の事業実施地域 | <input checked="" type="checkbox"/> 長岡市 <input checked="" type="checkbox"/> その他(見附市) | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり | | | | | | | | | | |
| 総合的な支援実施体制の具体的な方法 | 事業の主たる対象とする障害の種類のための有無 | | | | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | |

(備考)

1. 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。
2. 「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。
3. 「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。
4. 「総合的な支援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がある場合は提出してください。
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設定の有無」が有の場合に記載すること。
5. 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。

別紙

他の事業所又は施設の従事者と兼務する 相談支援専門員等について

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等を全て記載してください。

| No. | フリガナ 氏名 | 職種 | 事業所名 サービス名 | 兼務職種 | 勤務時間 |
|-----|------------|----|---------------|------|------|
| 1 | | | | | ～ |
| 2 | | | | | ～ |
| 3 | | | | | ～ |
| 4 | | | | | ～ |
| 5 | | | | | ～ |
| 6 | | | | | ～ |
| 7 | | | | | ～ |
| 8 | | | | | ～ |
| 9 | | | | | ～ |
| 10 | | | | | ～ |

※欄が足りない場合は、適宜追加して記載してください

変更届出書

令和 年 月 日

長岡市長様

| |
|---------|
| 法人所在地 |
| 法人名称 |
| 電話番号 |
| 代表者職・氏名 |
| 印 |

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 指定特定相談支援事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 指定障害児相談支援事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所(施設) | 名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更があった事項 | | 変更の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 事業所(施設)の名称 | | (変更前) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 事業所(施設)の所在地(設置の場所) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 申請者(設置者)の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 主たる事務所の所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 代表者の氏名、住所又は職名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) | | (変更後) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 事業所(施設)の平面図及び設備の概要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 指定計画相談支援又は指定障害児相談支援の提供に当たる者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 主たる対象者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 運営規程 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 役員の氏名、生年月日又は住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 備考1. 該当項目番号に○を付してください。
 2. 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3. 変更の日から10日以内に届け出てください。

廃止・休止・再開届出書

令和 年 月 日

長岡市長 様

| | |
|---------|---|
| 法人所在地 | |
| 法人名称 | |
| 電話番号 | |
| 代表者職・氏名 | 印 |

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

| | 指定特定相談支援事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 指定障害児相談支援事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止(休止・再開)する事業所 | 名 | 称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 所 | 在 | 地 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止した理由 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現に指定計画相談支援又は 指定障害児相談支援を受けていた者 に対する措置 (廃止・休止した場合のみ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(注)

1. 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
2. 再開の日から10日以内に届け出てください
3. 廃止・休止の日の1ヶ月前までに届け出てください。

機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に関する届出書

| | |
|--------|--|
| 1 事業所名 | |
| 2 異動区分 | 1 新規 2 変更 3 終了 |
| 3 届出項目 | 1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ) 2 (Ⅱ) 3 (Ⅲ) 4 (Ⅳ) ※1 |

※1 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

| | | | | | | | | | | | |
|--|---------|------|------|------|---|--------------|------|---|------|---|-----|
| <p>① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※2 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。</p> | 相談支援専門員 | 常勤専従 | 人 | 常勤兼務 | 人 | 上記のうち現任研修修了者 | 常勤専従 | 人 | 常勤兼務 | 人 | 有・無 |
| 相談支援専門員 | 常勤専従 | 人 | 常勤兼務 | 人 | | | | | | | |
| 上記のうち現任研修修了者 | 常勤専従 | 人 | 常勤兼務 | 人 | | | | | | | |
| <p>①-a 特別地域であり、かつ、従業者の確保が著しく困難と市町村長が認める地域に所在し、他事業所における現任研修を修了した相談支援専門員による助言指導の体制が確保されている。 ※3 「有」の場合、①について現任研修修了者が配置されていなくても差し支えない。</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |
| <p>② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |
| <p>③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |
| <p>④ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |
| <p>⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |
| <p>⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |
| <p>⑦ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |
| <p>⑧ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。)</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |
| <p>⑨ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)が40件未満である。</p> | 有・無 | | | | | | | | | | |

※4 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。(例:勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)

※5 令和7年3月31日までに限り、⑦、⑧については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)～(Ⅳ)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)・(Ⅱ)については、①、②～⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅲ)については、①、②、④～⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅳ)については、①、②、④～⑥、⑨がすべて有の場合算定可。

主任相談支援専門員配置加算に関する届出書

| | |
|---------|--------------------------------------|
| 1 事業所名 | |
| 2 異動区分 | 1 新規 2 変更 3 終了 |
| 3 届出項目 | 1 主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ) 2 (Ⅱ) |
| 4 修了者名 | |
| 5 公表の有無 | 有 ・ 無 |
| 6 公表の方法 | |

| | |
|---|-------|
| ① 基幹相談支援センターの委託を受けている、児童発達支援センターと一体的に運営している又は地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める指定特定（障害児）相談支援事業所である。 | 有 ・ 無 |
| ② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。 | 有 ・ 無 |
| ③ 当該指定特定（障害児）相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。 | 有 ・ 無 |
| ④ 当該指定特定（障害児）相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対し、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。 | 有 ・ 無 |
| ⑤ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等を基幹相談支援センターの職員と共同で実施している。 | 有 ・ 無 |
| ⑥ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等について協力している。 (市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が実施する取組について協力している。) | 有 ・ 無 |
| ⑦ 他の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所の従業者に対して上記②～④に該当する業務を実施している。 (主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）においては任意。ただし、その場合であっても、自事業所に他の職員が配置されていない等、②～④を自事業所内で実施することが困難な場合は必須。) | 有 ・ 無 |

注 根拠となる修了証の写し、会議録、各種取組に関する記録等を別途添付すること。

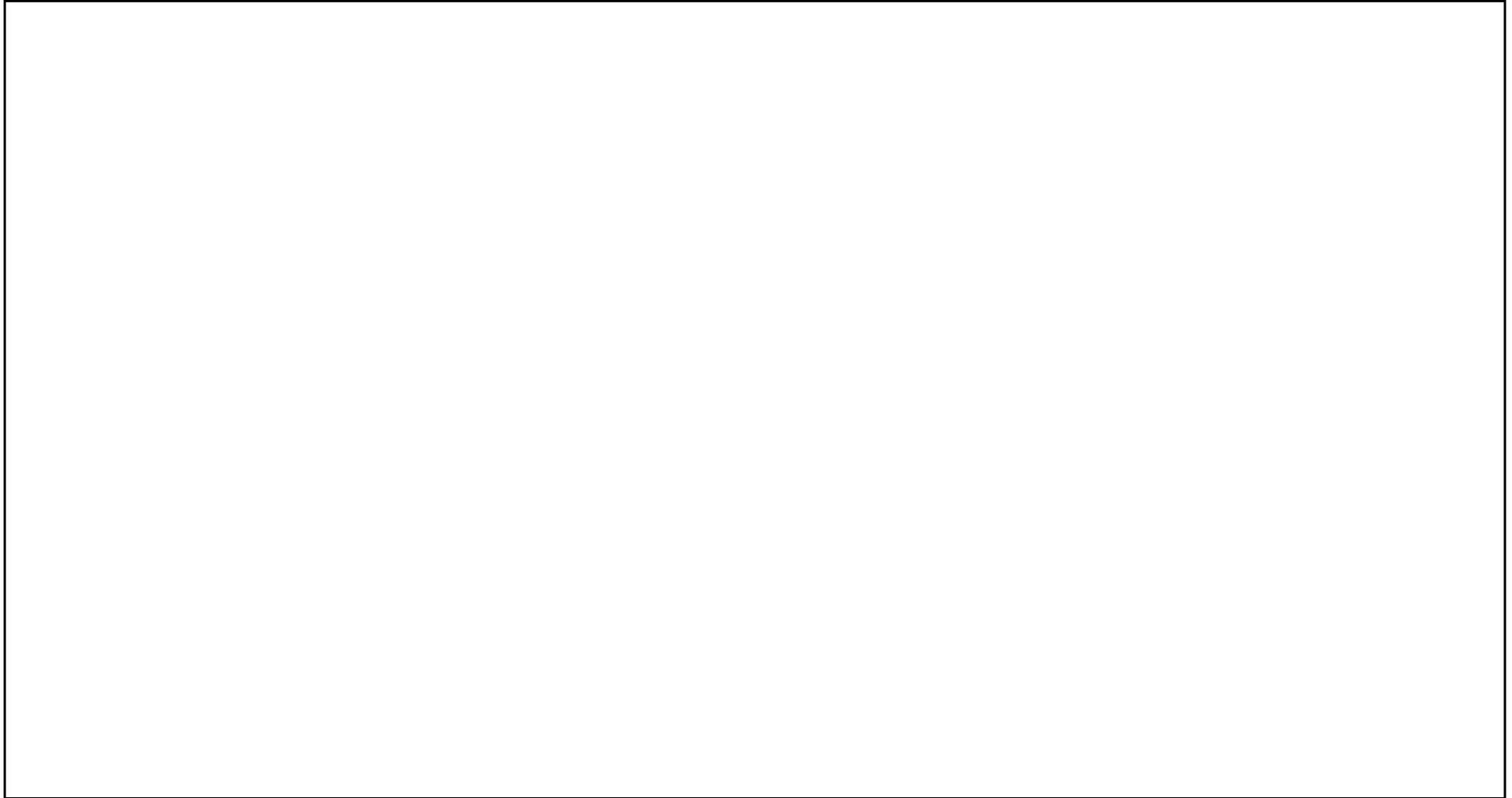
(審査要領)

- ・主任相談支援専門員配置加算（Ⅰ）については、①～⑤、⑦がすべて「有」の場合算定可。
- ・主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）については、②～④、⑥がすべて「有」の場合算定可。
ただし、自事業所での実施が困難と判断される場合は、⑦が「有」の場合に限り、②～④は「無」であってもよい。

(参考様式 1)

平面図

| | |
|--------|--|
| 事業所の名称 | |
|--------|--|



備考 1 各室の用途を記載してください。

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してください。

(参考様式2)

備品等一覧表

事業所名()

| 室名 | 備品の品目及び数量 |
|----|-----------|
| | |

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。

実務経験証明書

令和 年 月 日

長岡市長様

法人所在地

法人名称

電話番号

代表者職・氏名

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。

| フリガナ | | 生年月日 | |
|------|--------|------|------|
| 氏名 | | | |
| 現住所 | (〒 -) | | |
| 実務経験 | | | |
| 事業所名 | サービス名 | 業務期間 | 職務内容 |
| | | ~ | |
| | | ~ | |
| | | ~ | |
| | | ~ | |

(備考)

- 施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護等の種別を記入してください。
- 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)
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。
- 業務欄の職種は、生活指導員、看護師等の職種を記入し、業務内容について具体的に記入してください。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してください。
- 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、修正液等による訂正は認められません。
- 実務経験の欄について足りない場合は、適宜追加して記載してください。

実務経験見込証明書

令和 年 月 日

長岡市長様

法人所在地

法人名称

電話番号

代表者職・氏名

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。

| | | | |
|------|--------|------|------|
| フリガナ | | 生年月日 | |
| 氏名 | | | |
| 現住所 | (〒 -) | | |
| 実務経験 | | | |
| 事業所名 | サービス名 | 業務期間 | 職務内容 |
| | | ~ | |
| | | ~ | |
| | | ~ | |
| | | ~ | |

(備考)

- 施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護等の種別を記入してください。
- 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)
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。
- 業務欄の職種は、生活指導員、看護師等の職種を記入し、業務内容について具体的に記入してください。
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してください。
- 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、修正液等による訂正は認められません。
- 実務経験の欄について足りない場合は、適宜追加して記載してください。

(参考様式6)

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 | |
|-------|--|
| 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。

(参考様式7)

主たる対象者を特定する理由等

| | |
|------|--|
| 事業所名 | |
|------|--|

1 主たる対象者 ※該当するものに☑をいれること

身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 障害児

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

あり ・ なし

(2) 拡充予定の内容及び予定時期

(3) 拡充のための方策

(参考様式 8)

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

長岡市長 様

申請者 所在地
名称
代表者 住所
氏名

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 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。）であった者が当該取消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が当該取消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じ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。

(参考様式9)

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

長岡市長 様

申請者 所在地
名称
代表者 住所
氏名

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】

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。