

阿賀野市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基づく指定特定相談支援事業者の指定等及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和4年4月13日

阿賀野市長 田 中 清 善

阿賀野市規則第17号

阿賀野市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基づく指定特定相談支援事業者の指定等及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則

阿賀野市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基づく指定特定相談支援事業者の指定等及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者の指定等に関する規則（平成24年阿賀野市規則第21号）の一部を次のように改正する。

第2条の見出しを「(指定の申請及び更新等)」に改め、同条第1項中「規定による申請」の次に「又は、第51条の21及び児童福祉法第24条の29の規定による更新」を加える。

第2条第2項中「指定障害児相談支援事業者の指定」の次に「又は更新」を加える。
第1号様式を次のように改める。

第1号様式（第2条関係）

第1号様式（第2条関係）

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

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 所在地

（設置者） 名称
代表者

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（指定の更新）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 | （郵便番号） | | | |
| | 法人の種別 | | 法人所轄庁 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX番号 | |
| | 代表者の職・氏名 | 職名 | | フリガナ | |
| | | | | 氏名 | |
| 代表者の住所 | （郵便番号） | | | | |
| よう指定（更新）を受けようとする事業所 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 事務所の所在地 | （郵便番号） | | | |
| | 事業の種類 | 実施事業 | 指定（更新）申請をする事業の事業開始予定年月日 | 様式 | 備考 |
| | | | | 特定相談支援事業 | |
| 障害児相談支援事業 | | | | | |
| 既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | 指定年月日 |
| 既に地域相談支援事業（地域移行支援）の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | 指定年月日 |
| 既に地域相談支援事業（地域定着支援）の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | 指定年月日 |
| 介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | 指定年月日 |
| 介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。 | | | | | |
| 事業所番号 | | | | | 指定年月日 |

備考

- 1「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「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「実施事業」欄には、今回申請をする相談支援事業の種類に○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

| | | | | | | |
|-------------------------------|--|---|---------|-------|-------------|----|
| | | 受付番号 | | | | |
| 事業所 | 名称 | | | | | |
| | 所在地 | (郵便番号 -) | | | | |
| | 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 | | | 住所 | (郵便番号 -) | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | |
| | 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 | | | | 兼務する職種 | |
| | 事業の種類 | | | | 勤務時間 | |
| 従事者の職種・員数(人) | | | 相談支援専門員 | | その他の者 | |
| | | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| | 常勤(人) | | | | | |
| | 非常勤(人) | | | | | |
| | 常勤換算後の人数(人) | | | | | |
| 他の事業所又は施設の従業者との兼務(有の場合、別紙に記載) | | | | 有 ・ 無 | | |
| 総合的な相談支援の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等の定めの有無 | | | 有 ・ 無 | | |
| | 主たる対象としていない者への対応体制 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| 主な揭示事項 | 営業日 | | | | | |
| | 営業時間 | | | | | |
| | 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 ・ 難病等対象者 | | | | |
| | その他の費用 | | | | | |
| | 通常の事業実施地域 | | | | | |
| 添付書類 | 別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所の平面図、運営規程、経歴書、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等) | | | | | |

(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. 「受付番号」欄は、記入しないでください。
3. 「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。
4. 「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等の定めの有無」が有の場合に記載すること。
5. 「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。
6. 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について

| 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を全て記載してください。 | | | | | |
|---------------------------------------|------|--|--------|--------|--|
| 1 | 氏 名 | | 事業所の名称 | | |
| | フリガナ | | 事業の種類 | 兼務する職種 | |
| | 氏名 | | 勤務時間 | | |
| 2 | 氏 名 | | 事業所の名称 | | |
| | フリガナ | | 事業の種類 | 兼務する職種 | |
| | 氏名 | | 勤務時間 | | |
| 3 | 氏 名 | | 事業所の名称 | | |
| | フリガナ | | 事業の種類 | 兼務する職種 | |
| | 氏名 | | 勤務時間 | | |
| 4 | 氏 名 | | 事業所の名称 | | |
| | フリガナ | | 事業の種類 | 兼務する職種 | |
| | 氏名 | | 勤務時間 | | |
| 5 | 氏 名 | | 事業所の名称 | | |
| | フリガナ | | 事業の種類 | 兼務する職種 | |
| | 氏名 | | 勤務時間 | | |

第2号様式を次のように改める。

第2号様式（第3条関係）

第2号様式（第3条関係）

変更届出書

年 月 日

阿賀野市長 様

住所
事業者(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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。

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|-------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| 指定内容を変更した事業所 | | 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) | | | | (変更後) | | | | | | | |
| 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 | 代表者の氏名及び住所 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 定款等及びその登記事項証明書の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。) | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 事業所の平面図及び設備の概要 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 事業所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 | 介護給付費等請求に関する事項 | | | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | | | | | 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。
 4 変更（加算）に係る届出書を添付してください

支援体制加算に係る体制等の届出書

| | | | |
|------|--|------|----------------|
| 事業所名 | | 異動区分 | ① 新規 ② 変更 ③ 終了 |
| 届出項目 | ① 行動障害支援体制加算 ② 要医療児者支援体制加算 ③ 精神障害者支援体制加算 | | |

| 加算要件 | 要件の有無 |
|---|-------|
| ① 行動障がいのある知的障がい者や精神障がい者に対して適切な計画相談支援を実施するために、強度行動障害支援者研修（実践研修）を修了し、専門的な知識及び支援技術を持つ相談支援専門員を事業所に配置している。 | 有・無 |
| ② ①の旨を公表している。 《公表の方法》 | 有・無 |
| ③ 重症心身障がいなど医療的なケアを要する児童や障がい者に対して適切な計画相談支援等を実施するために、医療的ケア児コーディネーター養成研修を修了し、専門的な地域及び支援技術を持つ相談支援専門員を事業所に配置している。 | 有・無 |
| ④ ③の旨を公表している。 《公表の方法》 | 有・無 |
| ⑤ 精神病院等に入院する者及び地域において単身世帯をする精神障がい者に対して、地域移行支援や地域定着支援のマネジメントを含めた適切な相談支援計画等を実施するために、地域生活支援事業による精神障がい者の障がい特性と支援方法を学ぶ研修又は精神障がい者の地域移行関係職員に対する研修を修了し、専門的な知識及び支援技術を持つ相談支援専門員を事業所に配置している。 | 有・無 |
| ⑥ ⑤の旨を公表している。 《公表の方法》 | 有・無 |

※ 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。

指定特定相談支援事業所
指定障害児相談支援事業所 機能強化型基本報酬に係る届出書

障害者総合支援法に規定する指定特定相談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加算について、関係書類を添えて申請致します。

| | | | | | | | | | | |
|---------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|-------|----------------------|--|--|--|--|
| 事業所名 | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 特定相談支援 | | | | | | | | | |
| | 障害児相談支援 | | | | | | | | | |
| 異動等区分 | 1 新規 | 2 継続 | 3 変更 | 4 終了 | | | | | | |
| 特定事業所加算 | 1 機能強化型サービス利用支援費（Ⅰ） | 2 機能強化型サービス利用支援費（Ⅱ） | 3 機能強化型サービス利用支援費（Ⅲ） | 4 機能強化型サービス利用支援費（Ⅳ） | 5 非該当 | ※機能強化型継続サービス利用支援費も同様 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|---------|------|------|------|---|--------------|------|---|------|---|-----|
| ① 常時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 <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> ※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。 | 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 | | | | | | | |
| 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で開催している。 | 有・無 | | | | | | | | | | |
| ③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。 | 有・無 | | | | | | | | | | |
| ④-1 当該指定特定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 | | | | | | | | | | |
| ④-2 当該指定特定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。 | 有・無 | | | | | | | | | | |
| 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。 | 有・無 | | | | | | | | | | |
| 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。 | 有・無 | | | | | | | | | | |
| ⑦ 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。 | 有・無 | | | | | | | | | | |

※ 特定事業所加算（Ⅰ）を届け出る場合は④-1に、その他の場合は④-2に記載ください。

※ 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。

第3号様式中「印」を削る。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、改正後の阿賀野市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基づく指定特定相談支援事業者の指定等及び児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業者の指定等に関する規則の規定は、令和3年4月

1日から適用する。