

## 変更届について

### 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

(変更の届出等)

第四十六条 指定障害福祉サービス事業者は、当該指定に係るサービス事業所の名称及び所在地その他厚生労働省令で定める事項に変更があったとき、又は休止した当該指定障害福祉サービスの事業を再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を都道府県知事に届け出なければならない。

### 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施行規則

- ・ 事業所（当該事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときは、当該事務所を含む。）の名称及び所在地
- ・ 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名
- ・ 申請者の登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）
- ・ 事業所の平面図
- ・ 事業所の管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
- ・ 運営規程
- ・ 当該申請に係る事業に係る介護給付費の請求に関する事項

### ○管理者（又はサービス提供責任者）が変更になった時の添付書類

- ・ 変更届〔第2号様式（第3条関係）〕
- ・ 付表1
- ・ 管理者（又はサービス提供責任者）経歴書〔参考様式3〕
- ・ 資格証及び雇用契約書
- ・ 従業者の勤務形態一覧表〔参考様式10〕
- ・ 組織体制図〔参考様式12〕
- 〈管理者の場合〉
- ・ 第36条第3項各号の規定に該当しない旨の誓約書〔参考様式8〕
- 〈場合に応じて〉
- ・ 同行援護、行動援護従業者経歴書〔参考様式3〕、実務経験証明書〔参考様式4〕
- ・ 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〕
- ・ 運営規程
- ・ ※従業者が変わっている場合
- ・ 新規に雇用された従業者の資格証、雇用契約書を合わせて添付する。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所等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 - )			
管理者	連絡先	電話番号		ファクス番号	
	フリガナ	(郵便番号 - )			
	氏名	住所			
	居宅介護従業者等との兼務の有無 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	兼務する職種及び勤務時間等		
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号					
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )
	氏名				
従業者の職種・員数	居宅介護事業従業者		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)					
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
サービス内容	居宅介護【(身体介護・通院介助)・家事援助(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護				
主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者			
	重度訪問介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者・加算対象者以外			
	同行援護	特定無し・身体障害者・障害児・難病等対象者			
	行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者			
利用料					
その他の費用					
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(連絡先)		担当者	
	その他				
添付書類	別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用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、設備・備品等一覧表)				

従業者としてサービス提供している場合、「有」に○をしてください。

管理者は、当該事業所の管理業務に支障がないかを記載してください。常勤であり、同一敷地内の他の事業所と兼務が可。

適宜、行を追加してください。

勤務形態一覧表と整合性の取れた人数を記載してください。  
常勤専従:A 常勤兼務:B  
非常勤専従:C 非常勤兼務:D  
本件の場合、常勤は、8時間勤務となります。

運営規程と整合性を取ってください。  
運営規程のサービス内容において、通院等介助、通院等乗降介助の区別をしてください。  
通院等乗降介助を提供する場合は、道路運送法の許可書及び市町の意見書が必要です。  
主たる対象者を限定する場合は、特定理由書が必要です。

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定とあわせて重度訪問介護の指定を受けようとする場合は重度訪問介護も記載してください。
- 「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。
- 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。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者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。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区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載してください。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してください。
- 共生型居宅介護又は共生型重度訪問介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
  - 登記事項証明書又は条例等
  - 事業所平面図
  - 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
  - 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

## 障害福祉サービス事業所等における事故の報告について

香川県健康福祉部障害福祉課  
(平成22年12月20日制定)

### 1 障害福祉サービス事業所等が事故等の報告を行う範囲

障害福祉サービス事業所等は、次の事由に該当する場合に、県に対して速やかに報告を行うこととする。

#### (1)サービスの提供による利用者のけが又は死亡事故の発生

(注1)「サービスの提供による」とは、送迎・通院等の間の事故も含む。

(注2)けがの程度については、医療機関で受診を要したものを原則とする。

(注3) 障害福祉サービス事業所等側の過失の有無は問わない。

(注4)利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは報告すること。

#### (2)職員(従業者)の法令違反・不祥事等の発生

(注5)利用者の処遇に関連するものに限る。(例:利用者からの預り金の横領、送迎時の交通事故など)

#### (3)その他、報告が必要と認められる事故の発生

身体拘束や虐待が事故の原因と思われるもの

設置運営基準違反の恐れがあると思われるもの

### 2 報告の方法について

事業所は、県に対し事故発生後直ちに口頭により報告した後、別添様式にて障害福祉課長に速やかに文書で報告する。



## 障害福祉サービス事業所等における事故の報告について

高松市健康福祉局  
福祉事務所障がい福祉課  
(平成24年4月1日制定)

### 1 障害福祉サービス事業所等が事故等の報告を行う範囲

障害福祉サービス事業所等は、次の事由に該当する場合に、市に対して速やかに報告を行うこととする。

#### (1) サービスの提供による利用者のけが又は死亡事故の発生

(注1) 「サービスの提供による」とは、送迎・通院等の間の事故も含む。

(注2) けがの程度については、医療機関で受診を要したものを原則とする。

(注3) 障害福祉サービス事業所等側の過失の有無は問わない。

(注4) 利用者が病気等により死亡した場合であっても、死因等に疑義が生じる可能性のあるときは報告すること。

#### (2) 職員（従業者）の法令違反・不祥事等の発生

(注5) 利用者の処遇に関連するものに限る。(例：利用者からの預り金の横領、送迎時の交通事故など)

#### (3) その他、報告が必要と認められる事故の発生

- ・ 身体拘束や虐待が事故の原因と思われるもの
- ・ 設置運営基準違反の恐れがあると思われるもの

### 2 報告の方法について

事業所は、市に対し事故発生後直ちに口頭により報告した後、別添様式にて障がい福祉課長に速やかに文書で報告する。

(あて先)障がい福祉課長

報告者 法人名  
施設名  
職氏名

印

次のとおり施設における事故について報告します。

1 対象者	氏名等	氏名:	年齢:	性別:	
	利用開始日	年 月 日			
	住 所				
	サービス種別				
	障害手帳の等級	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> 精神	等級: 障害支援区分:
	事故前の利用者の状態	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 自力歩行	<input type="checkbox"/> その他( )	
2 事故の概要	発生日時				
	発生場所	※見取り図等添付			
	事故の種別	<input type="checkbox"/> 病気・けが	<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 職員の法令違反、不祥事 <input type="checkbox"/> その他( )	
	事故の内容				
4 事故の経過及び対応	※連絡した関係機関、家族への報告内容、受診した医療機関、治療の概要、時間経過に沿った利用者の状況等				

注1)記載しきれない場合は、任意の別紙に記載の上、この報告書に添付してください。

注2)再発防止についての取り組みや損害賠償等の状況については、後日の報告となってもかまいません。