

指定障害福祉サービス事業者等の実地指導に係る事前提出資料

(令和 年 月 日現在)
(記入者職氏名)

1 事業所について

サービス名	(定員 名 契約者 名)		
	(定員 名 契約者 名)		
	(定員 名 契約者 名)		
多機能型の特例	適用している(員数の特例 有/無) ・ 適用しない ・ 非該当 <small>※いずれかに○</small>		
事業所番号		指定年月日	平成・令和 年 月 日
事業所の名称			
事業所の所在地	〒		
業務管理体制届出	未 ・ 済(年 月 日 法令遵守責任者名:)		
連絡先	TEL	FAX	
メールアドレス	@		
営業日			
営業時間			

2 管理者について

氏名			
他の職種との兼務	有 無	兼務している場合の その職種	
他の施設等との兼務	有 無	兼務している場合の他の 施設等の名称とその職種	

3 障がい者虐待防止・権利擁護研修等について

宮崎県が行う研修の 受講年月日(直近)	平成・令和 年 月 日		
研修参加者	職	氏名	
事業所内研修日	平成・令和 年度	平成・令和 年 月 日	
	平成・令和 年度	平成・令和 年 月 日	
県が行う集団指導の 受講年月日(直近3カ年)	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日	平成・令和 年 月 日
地域連携推進会議 (GH・施設入所支援のみ)	設置の有無:(有・無)		開催日時: 年 月 日

4-1 貴事業所において想定される非常災害(火災・自然災害)と非常災害に関する具体的計画の策定状況

(居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援・就労定着支援・一般相談支援以外の場合)

想定される非常災害	火災、地震、台風、水害、津波、その他() 該当するものに○をつけてください		
非常災害に関する 具体的計画の策定状況	策定の有無	有	無
	計画策定日	平成・令和 年 月 日	

4-2 水害・土砂災害・津波の避難確保計画の策定状況

貴事業所が要配慮者利用施設として 市町村地域防災計画に規定されているか。	規定されている	規定されていない
(規定されている場合) 避難確保計画を市町村に報告した日	平成・令和 年 月 日	

4-3 避難訓練実施日について

令和 年度	令和 年度(予定も含む。)
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日

5-1 サービス提供責任者について

(居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援の場合)

氏名		サービス提供責任者に係る資格	
障がい福祉課への届出年月日		年 月 日	

5-2 サービス管理責任者について

(居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援・一般相談支援以外の場合)

氏名			
障がい福祉課への届出年月日	年 月 日		
他の職種との兼務	有 無	兼務している場合の その職種	

他の施設等との 兼務	有 無	兼務している場合の他の 施設等の名称とその職種	
資格要件について			
実務経験	相談支援業務：	年	事業所等：
	直接支援業務：	年	事業所等：
	有 資 格：		
基礎研修	研修名：		年月日：
相談支援従事者 初任者研修	研修名：		年月日：
実践研修	研修名：		年月日：
更新研修	研修名：		年月日：
その他	研修名：		年月日：
OJT 期間	期間：	年 月 日 ~	年 月 日

※実地指導当日、上記根拠資料を確認させていただきますので写し等のご準備をお願いします。

上記に適切な研修がない場合は、その他に記載するなどしてください。

資格要件を満たすに当たって修了した研修等全て記載してください。

5-3 相談支援専門員について

(一般相談支援の場合)

氏 名			
障がい福祉課への 届出年月日	年	月	日
他の職種との 兼務	有 無	兼務している場合の その職種	
他の施設等との 兼務	有 無	兼務している場合の他の 施設等の名称とその職種	
資格要件について			
実務経験	相談支援業務：	年	事業所等：
	直接支援業務：	年	事業所等：
	有 資 格：		

相談支援従事者 初任者研修	研修名： _____ 年月日： _____
相談支援従事者 現任研修	研修名： _____ 年月日： _____
その他	研修名： _____ 年月日： _____

※実地指導当日、上記根拠資料を確認させていただきますので写し等のご準備をお願いします。
上記に適切な研修がない場合は、その他に記載するなどしてください。
資格要件を満たすに当たって修了した研修等全て記載してください。

6 常勤で配置されている直接処遇職員について

氏名	資格 (社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、 公認心理師など)	勤続年数

※任意の様式又は上記の内容が判断できる既存資料の添付でも可です。

7 生産活動の状況について(令和 _____ 年度)※生産活動を行っている事業所のみ

生産活動の種目	従事する利用者(累計)	収支状況(令和 _____ 年4月～令和 _____ 年3月)				差額
		収入額(A)	支出額			
			必要経費	作業工賃	計	

7-2 前年度平均工賃月額について

前年度開所日数： _____ 日(B)	平均利用者数(C/B)： _____ 人(D)
前年度の延べ利用者数： _____ 人(C)	1人当たりの平均工賃月額(A/D÷12月)： _____ 円

7-3 施設外支援及び施設外就労について

施設外支援の実施の有無 (有・無)	施設外就労の実施の有無 (有・無)
-------------------	-------------------

※上記7項は、内容が分かる既存資料の添付でも可です。

8 介護給付費・訓練等給付費等について

直近1年の加算の適用（なし・あり） ※「あり」の場合は下欄に受けている加算の名称をすべて記載ください。	
算定した加算を全て記載。 (例)・常勤看護職員等配置加算(I)	
直近1年における減算請求（なし・あり） ※「あり」の場合は、減算の内容及びその理由を記載してください。	
減算の内容	減算理由
(例) サービス管理責任者欠如減算	R〇年〇月〇日以降職員退職につき不在

9 預り金について ※利用者からの預り金を管理している事業所のみ

管理規程	有・無 ※いずれかに○	
管理体制	責任者	氏名：
	補助者	氏名：
	通帳管理責任者	氏名：
	印鑑管理責任者	氏名：
事業所管理	名	
自己管理者※	名(本人管理人、家族管理人) (その他人)	
現金保管	名	
通帳保管	名	

※自己管理者のうち、利用者が預り金から小遣い程度の引き渡しを受け管理している場合は除きます。

6 利用者について(令和 年 月分)

複数のサービスを提供している場合は、サービスごとに作成してください。

※事業所独自の既存資料がある場合は省略可(代替資料を添付してください。)

サービス名

	利用者の 氏名	障害支援区分	利用した時間(日)数 (※2)	給付費 請求額	本人 負担額	その他の 利用料	新規 (※3)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

※1) 直近の月の状況について記入してください。

※2) 「利用した時間(日)数」の欄には、居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護の場合には時間数を、居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護以外の場合には日数を記入してください。(報酬が月単位で設定されている等により「利用した時間(日)数」を明確にできないサービスについては、記入する必要はありません。)

※3) 直近2年間の新規利用者に○をつけてください。

サービス名

	利用者の 氏名	障害支援区分	利用した時間(日)数 (※2)	給付費 請求額	本人 負担額	その他の 利用料	新規 (※3)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

※1) 直近の月の状況について記入してください。

※2) 「利用した時間(日)数」の欄には、居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護の場合には時間数を、居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護以外の場合には日数を記入してください。(報酬が月単位で設定されている等により「利用した時間(日)数」を明確にできないサービスについては、記入する必要はありません。)

※3) 直近2年間の新規利用者に○をつけてください。