



# 島根県報

平成18年 3月31日 (金)  
号外 第 47 号  
(毎週火・金曜日発行)  
<http://www.pref.shimane.jp/>

## 目 次

### 規 則

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定等に関する規則 (障害者福祉課)

### 公布された条例等のあらまし

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定等に関する規則 (規則第35号)

#### 1 規則の概要

- (1) 指定障害福祉サービス事業者の指定 (以下「指定」という。) の申請等について定めることとした。  
(第 2 条・様式第 1 号関係)
- (2) 指定の変更の届出等について定めることとした。(第 3 条・様式第 2 号・様式第 3 号関係)
- (3) 指定等をしたときに公示する事項について定めることとした。(第 4 条関係)
- (4) 次に掲げる規則の廃止  
児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則

#### (5) 次に掲げる規則の一部改正

- ア 身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則
- イ 知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則

#### 2 施行期日

平成18年 4月 1日から施行することとした。

## 規 則

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定等に関する規則をここに公布する。

平成18年 3月31日

島根県知事 澄 田 信 義

### 島根県規則第35号

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定等に関する規則

(趣旨)

第 1 条 障害者自立支援法 (平成17年法律第123号。以下「法」という。) に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定等については、法、障害者自立支援法施行令 (平成18年政令第10号) 及び障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等に関する省令 (平成18年厚生労働省令第58号。以下「省令」という。) に定めるもののほか、この規則に定めるところによる。

(指定の申請等)

第 2 条 法第36条第 1 項の申請は、様式第 1 号によるものとする。

2 法第36条第 1 項の指定障害福祉サービス事業者の指定を受けた者は、当該指定に係る事業所の見やすい場所に当該指定を受けた旨を掲示するものとする。

(変更の届出等)

第3条 法第46条第1項の規定による届出は、省令第8条第1項本文に規定する場合には様式第2号に、同条第3項に規定する場合には様式第3号によるものとする。

(公示)

第4条 法第51条の規定による公示は、次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 指定障害福祉サービス事業者の名称
- (2) 指定、名称及び所在地の変更、事業の廃止又は指定の取消し(以下この条において「指定等」という。)に係る事業所の名称及び所在地(名称の変更にあつては、事業所の所在地を除く。)
- (3) 指定等の年月日
- (4) 指定等に係る指定障害福祉サービスの種類

(雑則)

第5条 この規則に定めるもののほか、指定障害福祉サービス事業者の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則の廃止)

2 児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則(平成15年島根県規則第46号)は、廃止する。

(身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則の一部改正)

3 身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則(平成15年島根県規則第47号)の一部を次のように改正する。

題名中「指定居宅支援事業者等」を「指定身体障害者更生施設等」に改める。

第1条中「指定居宅支援事業者及び」を削り、「事業者等」を「施設」に改める。

第2条中「法第17条の17第1項及び」を削る。

第3条を次のように改める。

(変更の届出)

第3条 法第17条の27の規定による届出は、様式第2号によるものとする。

第5条中「法第17条の23及び」を削り、同条第1号中「支援事業所番号又は」を削り、同条第2号中「事業者等」を「施設」に改め、同条第3号中「申請者」を「設置者」に改め、同条第5号中「サービス」を「施設」に改める。

第6条中「事業者等」を「施設」に改める。

様式第1号付表以外の部分を次のように改める。

様式第 1 号 ( 第 2 条関係 )

受付番号

指定施設支援施設指定申請書

年 月 日

島根県知事 様

所在地  
申請者 名称 印  
代表者氏名

身体障害者福祉法に規定する施設に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

施設所在地市町村番号

申 請 者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市					
	法人の種類別				法人所轄庁		
	連絡先	電話番号			FAX番号		
	代表者の職・氏名	フリガナ 職 名			フリガナ 氏 名		
指 定 を 受 け よ う と す る 施 設 の 種 類	代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市					
	フリガナ 名 称						
	施設の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市					
	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定申請をする施設等 の事業開始予定年月日	様 式	既に指定を受けている事業等		
					法律の名称	指定年月日	事業所番号
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

- 備考
- 「受付番号」欄及び「施設所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
  - 「法人の種類別」欄は、社会福祉法人又は地方公共団体の別を記載してください。
  - 「法人所轄庁」欄は、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。
  - 「実施事業」欄は、今回申請する施設に該当する欄には「○」、既に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「○」を記載してください。
  - 「様式」欄は、申請書に添付する付表の種類を記載してください。
  - 「既に指定を受けている事業等」欄は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法又は障害者自立支援法の規定による障害福祉サービス事業所又は支援施設に係る指定を受けている場合に、その状況を記載してください。
  - 「事業所番号」欄は、島根県において既に身体障害者福祉法の規定による支援施設に係る指定を受けている場合に、その番号を記載してください。

様式第1号付表1から付表3までを次のように改める。

付表1から付表3まで 削除

様式第2号及び様式第3号を次のように改める。

様式第 2 号 ( 第 3 条関係 )

## 変 更 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

所在地

設置者 名称

④

代表者氏名

身体障害者福祉法の規定により指定を受けた施設について、次のとおり指定に係る事項を変更しましたので届け出ます。

事業所番号												
指定内容を変更した施設	名 称											
	所 在 地											
	サービスの種類											
変更があった事項		変更の内容										
1	施設の名称	(変更前)										
2	施設の所在地(設置の場所)											
3	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	定款及びそ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。)											
7	施設の平面図及び設備の概要	(変更後)										
8	施設の管理者の氏名及び住所											
9	運営規程											
10	施設訓練等支援費等の請求に関する事項											
11	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容											
12	当該申請に係る事業の開始予定年月日											
13	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要											
変 更 年 月 日		年 月 日										

- 備考
- 1 該当項目番号を で囲んでください。
  - 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。

様式第 3 号 削除

(知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則の一部改正)

4 知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則(平成15年島根県規則第48号)の一部を次のように改正する。

題名中「指定居宅支援事業者等」を「指定知的障害者更生施設等」に改める。

第 1 条中「指定居宅支援事業者及び」を削り、「事業者等」を「施設」に改める。

第 2 条中「法第15条の17第 1 項及び」を削る。

第 3 条を次のように改める。

(変更の届出)

第 3 条 法第15条の27の規定による届出は、様式第 2 号によるものとする。

第 5 条中「法第15条の23及び」を削り、同条第 1 号中「支援事業所番号又は」を削り、同条第 2 号中「事業者等」を「施設」に改め、同条第 3 号中「申請者」を「設置者」に改め、同条第 5 号中「サービス」を「施設」に改める。

第 6 条中「事業者等」を「施設」に改める。

様式第 1 号付表以外の部分を次のように改める。

様式第 1 号 ( 第 2 条関係 )

受付番号	
------	--

指定施設支援施設指定申請書

年 月 日

島根県知事 様

所在地  
申請者 名称 ⑧  
代表者氏名

知的障害者福祉法に規定する施設に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

施設所在地市町村番号	
------------	--

申 請 者	フリガナ 名 称						
	主たる事務所の所在地	( 郵便番号 - ) 県 郡・市					
	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	フリガナ 職 名			フリガナ 氏 名		
	代表者の住所	( 郵便番号 - ) 県 郡・市					
指 定 を 受 け よ う と す る 施 設 の 種 類	フリガナ 名 称						
	施設の所在地	( 郵便番号 - ) 県 郡・市					
	同一所在地において行う 事業等の種類	実施 事業	指定申請をする施設等 の事業開始予定年月日	様 式	既に指定を受けている事業等 法律の名称 指定年月日 事業所番号		
	指定障害福祉サービス事業所						
	指定施設支援						
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合						

- 備考
- 「受付番号」欄及び「施設所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
  - 「法人の種別」欄は、社会福祉法人又は地方公共団体の別を記載してください。
  - 「法人所轄庁」欄は、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。
  - 「実施事業」欄は、今回申請する施設に該当する欄には「○」、既に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「○」を記載してください。
  - 「様式」欄は、申請書に添付する付表の種類を記載してください。
  - 「既に指定を受けている事業等」欄は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法又は障害者自立支援法の規定による障害福祉サービス事業所又は支援施設に係る指定を受けている場合に、その状況を記載してください。
  - 「事業所番号」欄は、島根県において既に知的障害者福祉法の規定による支援施設に係る指定を受けている場合に、その番号を記載してください。

様式第1号付表1から付表4までを次のように改める。

付表1から付表4まで 削除

様式第2号及び様式第3号を次のように改める。



様式第 3 号 削除

様式第 1 号 ( 第 2 条関係 )

受付番号

指定障害福祉サービス事業所指定申請書

年 月 日

島根県知事 様

所在地
申請者 名称
代表者氏名

障害者自立支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

事業所所在地市町村番号

Table with columns for applicant name, address, contact info, and business details. Includes sections for 'Applicant Information' and 'Designated Business Types'.

- 備考 1 「受付番号」欄及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
2 「法人である場合その種別」欄は、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、株式会社等の別を記載してください。
3 「法人所轄庁」欄は、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。
4 「実施事業」欄は、今回申請する事業に該当する欄には「○」、既に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「△」を記載してください。
5 「様式」欄は、申請書に添付する付表の種類を記載してください。
6 「既に指定を受けている事業等」欄は、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法又は障害者自立支援法の規定による障害福祉サービス事業所又は支援施設に係る指定を受けている場合に、その状況を記載してください。
7 「事業所番号」欄は、島根県において既に障害者自立支援法の規定による障害福祉サービス事業所に係る指定を受けている場合に、その番号を記載してください。

付表 1

居宅介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 - ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ 氏 名			住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市	
	居宅介護事業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			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等				第 条第 項第 号		
サービス提供責任者	フリガナ 氏 名			住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市	
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		専従		
		兼務		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						
指定居宅介護等の内容		身体介護・家事援助・通院等乗降介助・日常生活支援・外出介護・行動援護				
主たる対象者		居 宅 介 護	身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者			
		外 出 介 護	身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者			
		行 動 援 護	知的障害者・障害児・精神障害者			
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						

- 備考
- 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
  - 記載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、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」欄は、市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、一部の区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。



付表 2

デイサービス事業所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 - ) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管 理 者	フリガナ 氏 名				住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	当該デイサービス事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)								
者	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						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等					第	条第	項第	号	
従業者の職種・員数		指導員		介護職員		その他の従業者			
		専従	兼務	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	単位ごとの営業日								
営 業 時 間	単位ごとのサービス提供時間 (送迎時間を除く。) ( : ~ : : ~ : )								
利 用 定 員	人 (単位ごとの定員) ( )								
主 たる 対 象 者	身体障害者・知的障害者 (障害者デイサービスの場合のみ)								
利 用 料									
そ の 他 の 費 用									
指定デイサービスの内容・事業の実施類型	基本型 (・ )	ア 給食サービス	イ 入浴サービス	ウ 送迎サービス					
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									

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載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。
- 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入浴に係る光熱水費、食事の提供に要する費用、創作的活動に係る材料費等について記載してください。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄は、市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、一部の区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。

付表 3

短期入所事業所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 - ) 県 郡・市							
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号				
	フリガナ				住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	氏名								
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							
空床型・併設型の別	空床型・併設型	本体施設の種別・名称・定員					人		
併設の利用定員数	人			短期入所利用者数	人(推定数を記入)				
前年度平均入所者数	空床型の場合			人					
	併設型の場合			人					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等				第	条第	項第	号		
従業者の職種・員数		医 師		看護師		心理判定員		職能判定員	
		専従	兼務	専従	兼務	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)									
		職業指導員		生活支援員		栄養士		作業療法士	
		専従	兼務	専従	兼務	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)									
		あん摩マッサージ指圧師		精神保健福祉士		その他の従業者			
		専従	兼務	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									
指定短期入所の内容		宿泊を伴うもの・日中受入							
主たる対象者		身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者							

利 用 料				
そ の 他 の 費 用				
通常の送迎の実施地域				
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			
協 力 医 療 機 関	名 称		主な診療科名	
添 付 書 類				

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載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。
- 3 「併設の利用定員数」欄は、併設事業所の定員を記載してください。
- 4 新設の場合は、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記載してください。
- 5 「兼務」欄は、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 7 「その他の費用」欄は、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。
- 8 「通常の送迎の実施地域」欄は、市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、一部の区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。

付表 4

共同生活援助事業所（グループホーム）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 - ) 県 郡・市				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ				住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市
	氏名					
	同一敷地内の他の事業所、施設又は医療機関の従業者との兼務（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				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等					第 条第 項第 号	
グループホームに供する建物形態						
住居区分 : 一戸建て・アパート・マンション・その他 ( )						
建物所有者名 :						
賃貸借契約の内容: ア 敷金 円 イ 礼金 円 ウ 家賃(月額) 円						
エ 契約期間						
オ 賃貸料がない理由						
利用定員数	人					
従業者の職種・員数			世話人			
			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						
居室数	室(うち個室 室)					
主たる対象者	知的障害者 ・ 精神障害者					
利用料						
その他の費用						
知的障害者援護施設等との連携体制等	連携施設の種別・名称					
	支援体制の概要					
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					
協力医療機関	名称			主な診療科名		
添付書類						

- 備考
- 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
  - 2 記載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。
  - 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
  - 4 「その他の費用」欄は、入居者が分担して負担することとなる経費（家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等）について記載してください。

様式第 2 号 ( 第 3 条関係 )

## 変 更 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

住所

(所在地)

事 業 者

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。

変更があった事項		変更の内容	
	事業所番号		
指定内容を変更した事業所	名称		
	所在地		
	サービスの種類		
1	事業所の名称	(変更前)	
2	事業所の所在地		
3	申請者の名称		
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・寄附行為等及びそ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。)		
7	事業所の平面図及び設備の概要等		
8	事業所の管理者の氏名及び住所		
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所		
10	主たる対象者		
11	運営規程	(変更後)	
12	介護給付費等の請求に関する事項		
13	事業所の種別(併設型・空床型の別)		
14	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員		
15	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容		
16	知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要		
17	当該申請に係る事業の開始予定年月日		
18	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要		
変 更 年 月 日		年 月 日	

- 備考 1 該当項目番号を で囲んでください。  
 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。

様式第3号(第3条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

島根県知事 様

事業者 住所 (所在地) 氏名 (名称及び代表者氏名) 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。

Table with columns for business number, name, location, date of cessation/resumption, reasons, and suspension period.

- 備考 1 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業員の勤務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 事業を廃止し、休止し、又は再開した日から10日以内に届け出てください。

