

指定障がい福祉サービス事業者等の運営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

法人の名称			
代表者の職名		代表者の氏名	
事業所番号		指定年月日	平成・令和 年 月 日
事業所の名称			
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 ※いずれかに○		
※短期入所のみ	空床型・併設型・単独型 ※いずれかに○		
※共同生活援助のみ	介護サービス包括型・日中サービス支援型・外部サービス利用型 ※いずれかに○		
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 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)	令和 年 月 日
研修参加者	職 氏名
県が行う集団指導の受講年月日(直近3か年)	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日
	平成・令和 年 月 日

3 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	

4 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・重度障がい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	
氏名		サービス提供責任者に係る資格	
氏名		サービス提供責任者に係る資格	
氏名		サービス提供責任者に係る資格	
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 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・重度障がい者等包括支援・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	

※運営指導当日、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 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:

※運営指導当日、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。

9-2 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

9-3 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

10 感染症(及び食中毒)の予防及びまん延防止について

感染症(及び食中毒)の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会の実施日(直近1年間)	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日
感染症(及び食中毒)の予防及びまん延防止のための指針の策定状況	策定の有無 指針策定日
	有 無 平成・令和 年 月 日
感染症(及び食中毒)の予防及びまん延防止のための研修の実施日(直近1年間)	令和 年 月 日 令和 年 月 日
感染症(及び食中毒)の予防及びまん延防止のための訓練の実施日(直近1年間)	令和 年 月 日 令和 年 月 日

11 身体拘束の禁止について (就労定着支援、自立生活援助、一般相談支援以外の場合)

身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の実施日(直近)	令和 年 月 日
身体拘束等の適正化のための指針の策定状況	策定の有無 指針策定日
	有 無 平成・令和 年 月 日
身体拘束等の適正化のための研修の実施日(直近)	令和 年 月 日

※これらの措置が講じられていない場合、減算となります。

12 虐待の防止について

虐待の防止のための対策を検討する委員会の実施日(直近)	令和 年 月 日
虐待の防止のための研修の実施日(直近)	令和 年 月 日
虐待の防止のための担当者	職名 氏名

※これらの措置が講じられていない場合、減算となります。

13 障がい福祉サービス等情報公表について

障がい福祉サービス等情報公表システムでの報告	未・済
経営情報の報告状況(最新)	令和 年度決算情報

14 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

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。

管理規程	有・無	
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
預り金管理料 ※管理料を受領している場合のみ	金額	円
	積算根拠	
預り金管理等に関する依頼書(契約書)	有・無	
入出金依頼書・出金受領書等の整備	有・無	
利用者別の出納帳の整備	有・無	
出納帳と預金残高の照合	行っている(頻度:)・行っていない	
預り金の管理状況についての内部監査	行っている(頻度:)・行っていない	
利用者又は代理人への収支状況報告	行っている(頻度:)・行っていない	
退去時の受領証等の整備	有・無	

15-1-1 令和7年度 生産活動の状況について ※生産活動を行った事業所のみ

生産活動の種目 (令和7年度)	従事する利 用者の数 (累計)	収支状況(令和7年4月～令和8年3月)				差額 (A-(B+C))
		収入額(A)	支出額			
			必要経費(B)	作業工賃(C)	計(B+C)	
	計	計	計	計(D)	計	計

15-1-2 令和7年度 平均工賃(賃金)月額について ※生産活動を行った事業所のみ。

令和7年度開所日数:	日(E)	平均利用者数(F/E):	人(G)
令和7年度の延べ利用者数:	人(F)	1人当たりの平均工賃月額((D/G)÷12月):	円

15-2-1 令和6年度 生産活動の状況について ※A型事業所のみ。

生産活動の種目 (令和6年度)	従事する利用者の数 (累計)	収支状況(令和6年4月 ~ 令和7年3月)				差額 (A-(B+C))
		収入額(A)	支出額		計(B+C)	
			必要経費(B)	作業工賃(C)		
	計	計	計	計(D)	計	計

15-2-2 令和6年度 平均工賃(賃金)月額について ※A型事業所のみ。

令和6年度開所日数:	日(E)	平均利用者数(F/E):	人(G)
令和6年度の延べ利用者数:	人(F)	1人当たりの平均工賃月額((D/G)÷12月):	円

15-3-1 令和5年度 生産活動の状況について ※A型事業所のみ。

生産活動の種目 (令和5年度)	従事する利用者の数 (累計)	収支状況(令和5年4月 ~ 令和6年3月)				差額 (A-(B+C))
		収入額(A)	支出額		計(B+C)	
			必要経費(B)	作業工賃(C)		
	計	計	計	計(D)	計	計

15-3-2 令和5年度 平均工賃(賃金)月額について ※A型事業所のみ。

令和5年度開所日数:	日(E)	平均利用者数(F/E):	人(G)
令和5年度の延べ利用者数:	人(F)	1人当たりの平均工賃月額((D/G)÷12月):	円

15-4 令和7年度 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）	
施設外支援先名称	対象利用者氏名	施設外就労先名称	対象利用者氏名

※上記15-1-1～15-4は、内容が分かる既存資料の添付でも可です。

16 地域連携推進会議の実施状況（障がい者支援施設、共同生活援助の場合）

地域連携推進会議（直近）	開催日：令和 年 月 日
地域連携推進会議の構成員の施設等の見学	実施日：令和 年 月 日

17 地域移行等意向確認担当者の選任等について（障がい者支援施設の場合）

地域移行等意向確認等に関する指針の策定状況	策定の有無	有 無
	指針策定日	令和 年 月 日
地域移行等意向確認担当者	職名	
	氏名	

※減算の対象となります。

18 共同生活住居について（共同生活援助の場合）

※任意の様式又は下記の内容が把握できる既存資料の添付でも可です。

住居の名称	所在地	定員及び契約者数			
		定員	名	契約者	名
		定員	名	契約者	名
		定員	名	契約者	名
		定員	名	契約者	名
		定員	名	契約者	名
		定員	名	契約者	名

19 利用者負担額について（共同生活援助の場合）

食材料費・光熱水費・日用品費としてあらかじめ徴収した額に残額が生じた場合、どのような対応を行って いますか。（残額が生じない場合にはその旨記載してください。）

20 介護給付費・訓練等給付費等について

直近1年に受けた加算報酬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	RO年〇月〇日以降職員退職につき不在

21 利用者について（直近の既請求月：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	障がい支援区分	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							
18							
19							
20							

※1) 直近の既請求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	障がい支援区分	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							
18							
19							
20							

※1) 直近の既請求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。