別記様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第 　　　　　号

年月日

　様

部 長

年度障害福祉サービス事業者等の実地指導の実施について

　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（以下「障害者総合支援法」という。）及び児童福祉法の規定に基づき、下記のとおり実地指導を実施しますので通知します。

　なお、関係資料（別紙のとおり）を指導実施予定日の**２週間前**までに提出願います。

記

　１　実地指導の目的

　　　　自立支援給付対象サービスの質の確保及び自立支援給付の適正化を図る。

　２　指導対象及び日時

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象施設・事業所 | 種別 | 日時 |
|  |  | 月　日（　）  時　分～ |

３　指導場所

４　指導事項

５　指導担当者

６　出席者

７　準備すべき書類等

８　根拠法令

別記様式２－①〔改善結果報告を要する事項がある場合〕

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部　　　　長

　　　　年度障害福祉サービス事業者等の実地指導の結果について（通知）

　下記施設等の指導を　 年 月 日に実施した結果、別紙事項について是正改善の必要があると認められるので通知します。ついては、現地において係員が指示した事項も併せ、所要の措置を講じられるようお願いします。

なお、別紙事項のうち改善結果報告を要する事項については、改善したことを証する資料を添付のうえ、　 年 月 日までに報告してください。

（施行の日から２ヶ月以内）

　また、貴法人が運営する全ての事業所において確認を行い、必要に応じて改善を図ってください。

記

別紙

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

改善結果報告を要する事項

１

２

改善結果報告を要しない事項

１

２

※［回答文書例］

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　石川県健康福祉部長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　年度障害福祉サービス事業者等の実地指導における指摘事項の

　　　改善結果報告について

　　　　年　　月　　日付け　第　　　　号により指摘のありました標記のことに　ついて、別紙のとおり改善いたしましたので報告します。

（注）改善結果報告については、県の指摘事項も書き入れ、その次に改善結果を記載すること。

また、期限までに改善が困難な事項については、改善措置が可能となる見込みについて具体的に記載すること。

別記様式２－②〔改善結果報告を要しない事項のみの場合〕

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　部　　　　長

　　　年度障害福祉サービス事業者等の実地指導の結果について（通知）

　　下記施設等の指導を　　 年 月 日に実施した結果、別紙事項について是正改善の必要があると認められるので通知します。

　　ついては、別紙事項及び現地において係員が指示した事項も併せ、所要の措置を講じられるようお願いてします。

記

別記様式２－③〔要改善事項がない場合〕

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

様

部　　　　長

　　　年度障害福祉サービス事業者等の実地指導の結果について（通知）

　　下記施設等の指導を　　 年 月 日に実施した結果、概ね良好と認められたので通知します。なお、今後とも適正な運営に努められるようお願いします。

記

別記様式３

　　第　　　　　号

　　 年　　月　　日

様

　　部　　　　長

障害福祉サービス事業者等に対する監査の実施について

　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（以下「障害者総合支援法」という。）第４８条の規定に基づき、下記のとおり監査を実施しますので、通知します。

記

１　監査の目的

　　　自立支援給付対象サービスの質の確保及び自立支援給付の適正化を図る。

２　監査の日時及び場所

年　　月　　日　　　時　　分～

３　監査担当者

４　出席者

５　準備すべき書類等