

特定調達契約に係る一般競争入札	407
都市計画事業の事業計画の変更認可(2件)	409
道路整備特別措置法に基づく工事の完了(3件)	411
監査結果に基づく措置の公表	412
監査結果の公表	415
包括外部監査に基づく措置の公表(2件)	425

訓 令

長野県統計調査調整規程の一部改正	21
------------------	----

規 則

非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布します。

平成15年3月27日

長野県知事 田 中 康 夫

○長野県規則第23号

非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則

非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則(昭和43年長野県規則第5号)の一部を次のように改正する。

別表中「|教育委員会事務局総務課長|」を「|教育委員会事務局教育振興課長|」に改める。

附 則

この規則は、平成15年4月1日から施行する。

職 員 課

身体障害者福祉法施行細則等の一部を改正する規則をここに公布します。

平成15年3月27日

長野県知事 田中康夫

## ○長野県規則第24号

身体障害者福祉法施行細則等の一部を改正する規則

(身体障害者福祉法施行細則の一部改正)

第1条 身体障害者福祉法施行細則(昭和35年長野県規則第34号)の一部を次のように改正する。

第9条の見出しを「(書類の経由等)」に改め、同条第2項中「第5項並びに」を「第5項、」に、「の規定による届出に係る書類は、」を「並びに第8条から第10条までの規定により知事に提出する書類は、事業所又は」に改め、同条に次の1項を加える。

3 前項の書類は、第8条から第10条までの規定により提出する場合にあつては、正副2部とする。

第9条を第12条とする。

第8条中「様式第6号」を「様式第10号」に改め、同条を第11条とする。

第7条の次に次の3条を加える。

(指定居宅支援事業者等の指定申請書)

第8条 省令第11条から第11条の3まで及び第11条の5の規定による申請書は、指定居宅支援事業所(指定身体障害者更生施設等)指定申請書(様式第6号)によらなければならない。

(指定居宅支援事業者等の名称等の変更の届出等)

第9条 省令第11条の4第1項及び第11条の6の規定による届出は、変更届出書(様式第7号)によりしなければならない。

2 省令第11条の4第3項の規定による届出は、廃止(休止、再開)届出書(様式第8号)によりしなければならない。

(指定身体障害者更生施設等の辞退の届出)

第10条 法第17条の29の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書(様式第9号)によりなければならない。

様式第6号中「(第8条関係)」を「(第11条関係)」に改め、同様式を様式第10号とし、様式第5号の次に次の4様式を加える。

(様式第6号) (第8条関係)

受付番号 ※

指定居宅支援事業所 (指定身体障害者更生施設等) 指定申請書

年 月 日

長野県知事 殿

申請者 (設置者)

主たる事務所の所在地

名称及び代表者の氏名

印

身体障害者福祉法第17条の17第1項 (第17条の24第1項) に規定する事業所 (施設) として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。

フリガナ		事業所 (施設) 所在地市町村番号 ※	
申請者 (設置者)	主たる事務所の所在地	(郵便番号)	
法人の種別	電話番号	法人所轄庁	FAX番号
連絡先	職名	フリガナ	氏名
代表者の職・氏名	(郵便番号)		
代表者の住所			

指定を受けようとする事業所・施設の種類					
フリガナ	名称	(郵便番号)			
事業所(施設)の所在地					
同一事業所(施設)において行う事業等の種類	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日		備考	
指定居宅支援					
指定施設支援					
事業所(施設)番号		同一の法律において既に指定を受けている場合			
(添付書類) 1 定款、寄附行為等及びその登記簿謄本又は条例等 2 事業所の平面図(指定身体障害者更生施設等の指定を受けようとする者を除く。) 3 事業所の構造の分かる書類(指定短期入所事業者の指定を受けようとする者に限る。) 4 事業所の設備の概要の分かる書類(指定デイサービス事業者及び指定短期入所事業者の指定を受けようとする者に限る。) 5 管理者の経歴書(指定身体障害者更生施設等の指定を受けようとする者を除く。) 6 サービス提供責任者の経歴書(指定居宅介護事業者の指定を受けようとする者に限る。)					

## 7 運営規程

- 8 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
- 9 従業者の勤務の体制及び勤務形態が分かる書類
- 10 貸借対照表、財産目録等の資産の状況が分かる書類（指定身体障害者更生施設等の指定を受けようとする者を除く。）
- 11 協力医療機関との契約内容が分かる書類（指定短期入所事業者及び指定身体障害者更生施設等の指定を受けようとする者に限る。）

## 12 従業者等の状況（別紙のとおり）

- (備考)
- 1 代表者の氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
  - 2 ※欄には記載しないこと。
  - 3 「法人の種類」欄には、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社、有限会社等の別を記載すること。
  - 4 「法人所轄庁」欄には、法人の主務官庁の名称を記載すること。
  - 5 「同一事業所（施設）において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業等の種類を記載すること。

- 6 「事業所（施設）番号」欄には、長野県において既に事業所（施設）としての指定を受け、番号が付されている場合に、その事業所（施設）番号を記載すること。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載すること。



主な揭示事項	
営業日	
営業時間	
指定居宅介護の内容	身体介護・家事援助・外出時における介護・( )
利用料	
その他の費用	
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  そ の の 他

(備考) 1 ※欄には記載しないこと。  
 2 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すること。  
 3 出張所等がある場合は、「従業者の職種・員数」欄に出張所等に勤務する職員も含めて記載するとともに、出張所等の名称、所在地及び連絡先、主な揭示事項を記載した書面並びに添付書類(出張所等の平面図、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要並びに従業員の勤務体制及び勤務形態が分かる書類)を提出すること。  
 4 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求めめる場合のサービス内容について記載すること。  
 5 「事業の実施地域」欄には、市町村名を記載し、当該地域の全部又は一部の別を記載すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。

(デイサービス事業所用)

受付番号 ※

フリガナ			FAX番号		
名称			(郵便番号)		
所在地					
連絡先	電話番号				
フリガナ		住所			
氏名					
管理者	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)				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務の状況(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					
従業者の職種・員数		指導員		介護職員	
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)		入浴サービス従事者		給食サービス従事者	
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)				
常勤換算後の人数(人)		その他の従業者			



主な掲示事項			
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。)(①) : ~ : ② : ~ : )		
利用定員	人(単位ごとの定員)(①) ② )		
利用料			
その他の費用			
指定ダイサービスの内容・事業の実施類型	基本型 (I・II)	給食サービス	入浴サービス
			送迎サービス
事業の実施地域	第三者評価の実施状況		
その他参考となる事項	している		していない
	そ	の	他

(備考) 1 ※欄には記載しないこと。  
 2 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すること。  
 3 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求めるところのサービス内容について記載すること。  
 4 「事業の実施地域」欄には、市町村名を記載し、当該地域の全部又は一部の別を記載すること。なお一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。

(短期入所事業所用)

受付番号 ※

フリガナ										
名称										
所在地	(郵便番号)									
連絡先	電話番号	FAX番号								
フリガナ			(郵便番号)							
氏名			住所							
管理者	当該短期入所事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)									
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務の状況(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							
推定利用者数	人									
前年度平均入所者数	人									
	併設型の場合									
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										
従業者の職種・員数		医師	保健師	看護師	介護職員	理学療法士				
従業者数	常勤(人)	専従	専従	専従	専従	専従	専従	専従	専従	専従
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										

従業者数	作業療法士		心理判定員		職能判定員		あん摩マッサージ指圧師		聴能訓練師	
	常勤(人)	非常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤換算後の人数(人)										
職業指導員			生活支援員		栄養士		その他の従業者			
専従			専従		専従		専従			
兼務			兼務		兼務		兼務			
常勤換算後の人数(人)										
主な揭示事項	宿泊を伴うもの・日中受入									
指定短期入所の内容										
利用										
その他の費用										
事業の実施地域										
第三者評価の実施状況	している・していない									
その他参考となる事項	その他の									
協力医療機関	名称	主な診療科名								

(備考) 1 ※欄には記載しないこと。  
 2 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すること。  
 3 「推定利用者数」欄には、併設型の場合にあつては併設事業所の定員を記載すること。  
 4 「従業者の職種・員数」欄の「兼務」欄には、併設型の施設において本体施設との兼務を行う職員について記載すること。  
 5 「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すること。  
 6 「事業の実施地域」欄には、市町村名を記載し、当該地域の全部又は一部の別を記載すること。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付すること。

(身体障害者更生施設等用)

受付番号 ※

フリガナ														
名称														
所在地	(郵便番号 - )													
連絡先	電話番号	FAX番号												
施設の種別	身体障害者更生施設 (肢体不自由者更生施設 視覚障害者更生施設 聴覚・言語障害者更生施設 内部障害者更生施設) 身体障害者療護施設 特定身体障害者授産施設 (入所 通所)													
フリガナ											(郵便番号)			
氏名											住所			
併設する施設の名称及び概要	名称													
	概要													
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等														
短期入所事業の実施の有無														
有・無														
従業者の職種・員数														
従業者数	常勤(人)		専従		医師兼務		保健師兼務		看護師兼務		介護職員兼務		理学療法士専従	
	非常勤(人)													
常勤換算後の人数(人)														

従業者数		作業療法士		心理判定員		職能判定員		あん摩マッサージ指圧師		聴能訓練師	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤(人)											
非常勤(人)											
常勤換算後の人数(人)											
従業者数		職業指導員		生活支援員		栄養士		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤換算後の人数(人)											
設備基準上の数値記載項目等											
居室	1室の最大定員 人										
作業室(作業場)	1人当たりの最小床面積 m <sup>2</sup>										
廊下幅	1人当たりの床面積 m <sup>2</sup>										
主な掲示事項											
入所定員	人										
利用料											
その他の費用	第三者評価の実施状況 している・していない										
その他参考となる事項											
協力医療機関	名称	主な診療科名									

- (備考) 1 ※欄には記載しないこと。
- 2 「施設の種別」欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 3 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すること。
- 4 「併設する施設の名称及び概要」欄の「概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容を記載すること。
- 5 「従業者の職種・員数」欄の「兼務」欄は、短期入所事業以外の兼務を行う職員について記載すること。
- 6 「設備基準上の数値記載項目等」欄の「作業室（作業場）」欄は、指定特定身体障害者授産施設の指定を受けようとする場合に記載すること。
- 7 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求めるとする場の場合について記載すること。
- 8 併せて通所による指定施設支援を提供する場合には、施設の名称、所在地及び連絡先、通所事業について定めてある定款又は条例等の条項、従業員の職種及び員数を記載した書面を添付すること。
- 9 分場を設置する場合には、施設の名称、所在地及び連絡先、通所事業について定めてある定款又は条例等の条項、従業員の職種及び員数、主な掲示事項並びに協力医療機関を記載した書面を添付すること。

(様式第7号)(第9条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

長野県知事 殿

届出者

主たる事務所の所在地

名称及び代表者の氏名

㊟

次のとおり指定を受けた事業所(施設)の内容を変更しましたので、届け出ます。

		事業所(施設)番号																		
指定内容を変更した事業所(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																		
		変 更 前									変 更 後									
1	事業所(施設)の名称																			
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)																			
3	申請者(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、寄附行為等又は条例等(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																			
8	事業所(施設)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	運営規程																			
11	事業所の種別(併設型・空床型の別)																			
12	併設型における定員又は空床型における施設の定員																			
13	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(指定短期入所事業者の場合に限る。)																			
14	事業の開始予定年月日(指定身体障害者更生施設等の設置者の場合に限る。)																			
15	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 代表者の氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。  
 2 変更があつた事項の番号に○を付すこと。  
 3 必要に応じ変更内容が分かる書類を添付すること。

(様式第8号) (第9条関係)

廃止(休止、再開)届出書

年 月 日

長野県知事 殿

届出者

主たる事務所の所在地

名称及び代表者の氏名

Ⓜ

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。

	事業所番号										
廃止(休止、再開)する事業所	名 称										
	所 在 地										
廃止(休止、再開)した年月日	年 月 日										
廃止(休止)した理由											
現に指定居宅支援を受けていた者に対する措置(廃止又は休止した場合に限る。)											
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日										

- (備考) 1 代表者の氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。  
 2 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制又は勤務形態が休止前と異なる場合には、従業者の勤務の体制及び勤務形態が分かる書類を添付すること。



(様式第9号)(第10条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

長野県知事 殿

届出者

主たる事務所の所在地

名称及び代表者の氏名

㊟

次のとおり指定を辞退したいので、届け出ます。

	施 設 番 号																			
指定を辞退する施設	名 称																			
	所 在 地																			
指定を受けた年月日	年 月 日																			
指定を辞退する年月日	年 月 日																			
指定を辞退する理由																				
現に施設に入所している者に対する措置																				

(備考) 代表者の氏名を自署する場合においては、押印を省略することができる。