

指定就労継続支援 A 型事業所 管理者 様

奈良県福祉医療部障害福祉課長

### 指定就労継続支援 A 型セルフチェックシート（新規事業者用）の提出について（依頼）

日頃より、本県の障害福祉行政の推進にご尽力いただき、厚くお礼申し上げます。

さて、近年、指定就労継続支援 A 型については、不適切な支援を行っている事例が散見されていることから、指定基準である厚生労働省令等が改正されるとともに、厚生労働省より平成 2 9 年 3 月 3 0 日付けで「指定就労継続支援 A 型における適正な運営に向けた指定基準の見直し等に関する取扱い及び様式例について」の通知（以下「国通知」という。）がなされたところです。

奈良県としては、改正省令及び国通知等に基づき、事業者に対する指定・指導業務を行うこととしており、今般、各事業所の現状を把握させていただくとともに、自主的な事業運営の改善につなげていただくため、別添のとおり「セルフチェックシート（就労継続支援 A 型）」（以下「セルフチェックシート」という。）を作成しました。

つきましては、改正省令及び国通知等を遵守していただきますとともに、ご多忙のところ恐縮ですが、下記の要領により、セルフチェックシートに必要な事項を記入のうえ、関係資料と併せてご提出いただきますようお願いいたします。

なお、セルフチェックシート等が提出されない場合や事業運営状況が不適切な場合で、改善が見込めない場合等には行政処分の対象となる可能性もありますので、十分ご留意いただきますようお願いいたします。

#### 記

##### 1 提出書類

###### （1）必ず提出していただくもの

- ・セルフチェックシート
- ・令和元年度生産活動実績確認比較表（指定日から 4 ヶ月間の実績を記載したもの）
- ・勤務予定（実績）表（直近 1 ヶ月分）
- ・賃金台帳の写し（法人代表者、管理者及びサービス管理責任者の分）
- ・社会保険（厚生年金保険・健康保険）への加入が確認できる資料の写し

注）各種様式については、奈良県障害福祉課ホームページに掲載していますので、必要に応じダウンロードしてください。

##### 2 提出期限：指定日から 4 ヶ月間の運営実績を記載し、指定日から起算して 5 ヶ月目の月末までに当該書類を整備のうえ奈良県あて提出してください。

※本件に関する問合せは必ず事業者が行ってくださいますようお願いいたします。

（例：指定日 6 月 1 日の場合の提出期限は 1 0 月末日が締切日となる。）

「問合せ・提出先」 〒 6 3 0 - 8 5 0 1  
奈良県 福祉医療部 障害福祉課 自立支援・療育係  
担当：須和  
TEL：0 7 4 2 - 2 7 - 8 5 1 3  
FAX：0 7 4 2 - 2 2 - 1 8 1 4  
メー ル：syogai@office.pref.nara.lg.jp