

080-3414-2562

山本エム

※受付番号	
※指定市町村番号	

指定障害者支援施設 指定申請書

令和2年10月21日

(申請先) 横浜市長

指定障害福祉サービス事業所 (申請者)

所在地 横浜市港北区日吉本町二丁目37番  
 日吉第三コーポB棟407号  
 名称 株式会社ファニーサイド  
 代表者氏名 樋口晴紀  
 代表取締役



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に規定する指定障害者支援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。

申請者(設置者)	フリガナ	タノシセツカ				
	名称	多機能施設OHANA				
	主たる事務所の所在地	〒 244-0815	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください			
		横浜市戸塚区下倉田町584スカイパルII 102号室				
	連絡先	電話番号	11月初旬開設予定	FAX番号	11月初旬開設予定	
	法人の種類	営利法人		法人所轄庁		
代表者	役職	代表取締役				
	氏名	樋口晴紀				
	住所	〒 223-0062	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください			
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	フリガナ	タノシセツカ				
	名称	多機能施設OHANA				
	事業所(施設)の所在地	〒 244-0815	※事業所(施設)所在地市町村番号		※級地区分	
		横浜市戸塚区下倉田町584スカイパルII 102号室				
事業等の種類	指定障害者支援施設					
	自立訓練(生活訓練通所型)	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	付表	備考		
主たる事業所名称		多機能施設OHANA				
同一の法律において既に指定を受けている場合	サービスの種類		事業所番号			
	事業所名称					
指定有効開始年月日	令和2年12月1日	指定有効終了年月日	令和8年11月30日			
指定更新申請中区分	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※地域生活支援拠点等区分	<input type="radio"/> 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当			
効力停止開始年月		効力停止終了年月				
※指定管理者制度適用区分	<input type="radio"/> 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当	※支所コード				
事業変更年月日						

(備考)

- ※のついた欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄には、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」「営利法人」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、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。
- 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県内において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。

※受付番号	
※指定市町村番号	

指定障害者支援施設 指定申請書

令和2年10月21日

(申請先) 横浜市長

(申請者) 横浜市港北区日吉本町二丁目37番  
 所在地 日吉第三コーポB棟407号  
 名称 株式会社ファニーサイド  
 代表者氏名 樋口晴紀  
 代表取締役



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に規定する指定障害者支援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。

申請者 (設置者)	フリガナ	タノシツオハナ			
	名称	多機能施設OHANA			
	主たる事務所の所在地	〒	244-0815	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください	
		横浜市戸塚区下倉田町584スカイパルII102号室			
	連絡先	電話番号	11月初旬開設予定	FAX番号	11月初旬開設予定
	法人の種類	営利法人		法人所轄庁	
代表者	役職	代表取締役			
	氏名	樋口晴紀			
	住所	〒	223-0062	←郵便番号を半角数字7桁で記載してください	
横浜市港北区日吉本町二丁目37番 日吉第三コーポB棟407号					
事業所・施設の 種類	フリガナ	タノシツオハナ			
	名称	多機能施設OHANA			
	事業所(施設)の所在地	〒	244-0815	※事業所(施設)所在地市町村番号	※級地区分
		横浜市戸塚区下倉田町584スカイパルII102号室			
事業等の種類	指定障害者支援施設				
	就労継続支援(B型)	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	付表	備考	
主たる事業所名称		多機能施設OHANA			
同一の法律において既に 指定を受けている場合	サービスの種類	事業所番号			
	事業所名称				
指定有効開始年月日	令和2年12月1日	指定有効終了年月日	令和8年11月30日		
指定更新申請中区分	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	※地域生活支援拠点等区分	<input type="radio"/> 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当		
効力停止開始年月		効力停止終了年月			
※指定管理者制度適用区分	<input type="radio"/> 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当	※支所コード			
事業変更年月日					

(備考)

- 「※」のついた欄には記載しないでください。
- 「法人の種類」欄には、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」「営利法人」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、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。
- 「指定を受けようとする事業所・施設の種類の」欄には、今回申請をするものについて必要事項を記載してください。
- 「同一の法律において既に指定を受けている場合」欄には、神奈川県内において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所に関する事項を記載してください。複数の番号を有する場合には、そのうちの一つのみを記載してください。

付表10 自立訓練（生活訓練）事業所の指定に係る記載事項

- \* 1 従たる事業所のある場合は、付表10-2を併せて提出してください。
- \* 2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※申請する事業		自立訓練（生活訓練通所型）		※受付番号							
事業所	フリガナ	タノシツオハナ									
	名称	多機能施設OHANA									
	所在地	〒	244-0815	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		横浜市戸塚区下倉田町584スカイパルII 102号室									
連絡先	電話番号		FAX番号								
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等											
管理者	フリガナ	ヤマト ケイスケ									
	氏名	山本 圭介									
	住所	〒	240-0114	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		神奈川県三浦郡葉山町長柄13 ファイン葉山A 102									
	当該自立訓練事業所で兼務する他の職種（兼務の場合のみ記入）										
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							
		勤務時間									
訪問事業実施の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無									
管理責任者	フリガナ	ヤマト ケイスケ									
	氏名	山本 圭介									
	住所	〒	240-0113	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		神奈川県三浦郡葉山町長柄13 ファイン葉山A 102									
従業者の職種・員数	(単位：人)		サービス管理責任者		看護職員		生活支援員				
			通所		訪問						
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤		1			1		1		
		非常勤									
常勤換算後の人数		1				1		1			
※基準上の必要人数											
生活訓練全体の利用定員		6		人							
前年度の平均利用者数		3.5		人		(*新規の場合は、推定数)					
主な揭示事項	営業日		<input checked="" type="checkbox"/> 月	<input checked="" type="checkbox"/> 火	<input checked="" type="checkbox"/> 水	<input checked="" type="checkbox"/> 木	<input checked="" type="checkbox"/> 金	<input checked="" type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日		
	営業時間		平日	9:00	～	15:00	土曜	9:00	～	12:30	備考
			日曜		～		祝日		～		
	主たる対象者		知的障害者 <input type="checkbox"/>		精神障害者 <input checked="" type="checkbox"/>						
	多機能型実施の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無								
	利用定員		6		人		※基準上の必要定員		人		
	利用料										
	その他費用										
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無						
			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							
	名称			主 な 診療科名							
	名称			主 な 診療科名							

32

128

付表13 その1

指定障害福祉サービス事業所にかかる多機能型による事業を実施する場合の記載事項（総括表）

\* 多機能型事業実施時は、各事業の付表とこの付表を併せて提出してください。

実施事業		生活介護	児童デイ	自立訓練		就労移行支援		就労継続支援		
				(機能)	(生活)	(通常)	(資格)	(A型)	(B型)	
		単位の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
定員	合計	単位①	人	人	人	6人	人	人	人	14人
	20人	単位②	人	人	/	/	/	/	/	/
		単位③	人	人						
		単位④	人	人						
		単位⑤	人	人						
定員緩和措置の有無		<input type="radio"/> 有		<input checked="" type="radio"/> 無						
申請に係る事業所	フリガナ	タキノセツオハナ								
	名称	多機能施設OHANA								
	所在地	〒	244-0815	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
		横浜市戸塚区下倉田町584スカイパルII102号室								
多機能型の他の事業所Ⅰ	サービス種類	自立訓練（生活訓練）施設		事業所番号						
	フリガナ	タキノセツオハナ								
	名称	多機能施設OHANA								
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
多機能型の他の事業所Ⅱ	サービス種類	就労支援B型施設								
	フリガナ	タキノセツオハナ								
	名称	多機能施設OHANA								
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
多機能型の他の事業所Ⅲ	サービス種類									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
多機能型の他の事業所Ⅳ	サービス種類									
	フリガナ									
	名称									
	所在地	〒		←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
管理者	フリガナ	ヤマモトケイスケ								
	氏名	山本圭介								
	住所	〒	240-0113	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
		神奈川県三浦郡葉山町長柄13 ファイン葉山A-102								
管理責任者	フリガナ	ヤマモトケイスケ								
	氏名	山本圭介								
	住所	〒	240-0113	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください						
	神奈川県三浦郡葉山町長柄13 ファイン葉山A-102									
*生活介護を行う場合のみ記入		施設が申告する障害支援区分の平均値								
前年度の平均実利用者数	サービス単位1	● 該当なし		○ 4未満		○ 4以上5未満		○ 5以上		
	サービス単位2	● 該当なし		○ 4未満		○ 4以上5未満		○ 5以上		
	サービス単位3	● 該当なし		○ 4未満		○ 4以上5未満		○ 5以上		
	サービス単位4	● 該当なし		○ 4未満		○ 4以上5未満		○ 5以上		
	サービス単位5	● 該当なし		○ 4未満		○ 4以上5未満		○ 5以上		

※受付番号

従業者の職種・員数																
(単位：人)		サービス管理責任者		医師		看護職員		生活支援員						就労支援員		
		合計		通所		訪問		合計		通所		訪問		合計		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
合計	従業者数	常勤	1					2		1					1	
		非常勤														
	常勤換算後の人数		1						2		1				1	
	※基準上の必要人数															
(単位：人)		理学療法士等						職業指導員								
		合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		右記以外		兼教官		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
合計	従業者数	常勤				2										
		非常勤														
	常勤換算後の人数						2									
	※基準上の必要人数															
(単位：人)		その他の従業者														
		合計		通所		訪問		合計		通所		訪問				
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務			
合計	従業者数	常勤														
		非常勤														
	常勤換算後の人数															
	※基準上の必要人数															

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 多機能型に従事するすべての従業者の員数を記載してください。
3. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。

付表12 就労継続支援事業所の指定に係る記載事項

- \* 1 従たる事業所のある場合は、付表12-2を併せて提出してください。
- \* 2 多機能型事業実施時は、各事業の付表と付表13を併せて提出してください。

※申請する事業		就労継続支援（B型）		※受付番号							
事業所	フリガナ	タノシツオハナ									
	名称	多機能施設OHANA									
	所在地	〒	244-0815	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		横浜市戸塚区下倉田町584スカイパルⅡ102号室									
連絡先	電話番号		FAX番号								
当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等											
管理者	フリガナ	ヤマト ケイタ									
	氏名	山本 圭介									
	住所	〒	240-0113	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		神奈川県三浦郡葉山町長柄13ファイン葉山A 102									
	当該就労継続支援事業所で兼務する他の職種（兼務する場合のみ記入）										
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							
		勤務時間									
管理責任者	フリガナ	ヤマト ケイタ									
	氏名	山本 圭介									
	住所	〒	240-0113	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
		神奈川県三浦郡葉山町長柄13ファイン葉山A 102									
従業者の職種・員数	(単位：人)		職業指導員		生活支援員						
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	従業者数	常勤	1		1						
		非常勤									
	常勤換算後の人数		1		1						
※基準上の必要人数											
就労継続支援全体の利用定員						人					
前年度の平均利用者数						人（*新規の場合は、推定数）					
主な揭示事項	多機能型実施の有無		● 有		○ 無						
	利用定員		14 人		※基準上の必要定員		人				
	主たる対象者		身体障害者	<input type="checkbox"/> 細分なし	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	<input type="checkbox"/> 視覚障害	<input type="checkbox"/> 聴覚・言語	<input type="checkbox"/> 内部障害			
	<input type="checkbox"/> 特定なし		知的障害者	<input type="checkbox"/>	精神障害者		<input checked="" type="checkbox"/>				
	利用料										
	その他費用										
	その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		○ 有		● 無				
			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	下倉田ハートクリニック	主 な 診療科名	内科	循環器内科	呼吸器内科					
	名称		主 な 診療科名								
	名称		主 な 診療科名								

付表13 その1

指定障害福祉サービス事業所にかかる多機能型による事業を実施する場合の記載事項（総括表）

\* 多機能型事業実施時は、各事業の付表とこの付表を併せて提出してください。

※受付番号

実施事業	生活介護	児童デイ	自立訓練		就労移行支援		就労継続支援				
			(機能)	(生活)	(通常)	(資格)	(A型)	(B型)			
単位の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
定員	合計	単位①	人	人	人	6	人	人	人	14	人
	20 人	単位②	人	人	/	/	/	/	/	/	/
		単位③	人	人							
		単位④	人	人							
		単位⑤	人	人							
定員緩和措置の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無										
申請に係る事業所	フリガナ	タキノシヅメカホ									
	名称	多機能施設OHANA									
	所在地	〒	244-0815	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
	所在地	横浜市戸塚区下倉田町584スカイパルII102号室									
多機能型の他の事業所Ⅰ	サービス種類	自立訓練（生活訓練）施設				事業所番号					
	フリガナ	タキノシヅメカホ									
	名称	多機能施設OHANA									
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
多機能型の他の事業所Ⅱ	サービス種類	就労支援B型施設				事業所番号					
	フリガナ	タキノシヅメカホ									
	名称	多機能施設OHANA									
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
多機能型の他の事業所Ⅲ	サービス種類										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
多機能型の他の事業所Ⅳ	サービス種類										
	フリガナ										
	名称										
	所在地	〒	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください								
管理者	フリガナ	ヤマモトケイカ									
	氏名	山本圭介									
	住所	〒	240-0113	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
	住所	神奈川県三浦郡葉山町長柄13 ファイン葉山A-102									
管理責任者	フリガナ	ヤマモトケイカ									
	氏名	山本圭介									
	住所	〒	240-0113	←郵便番号を半角数字7桁で入力してください							
*生活介護を行う場合のみ記入	前年度の平均実利用者数	施設が申告する障害支援区分の平均値									
		サービス単位1	<input checked="" type="radio"/> 該当なし	<input type="radio"/> 4未満	<input type="radio"/> 4以上5未満	<input type="radio"/> 5以上					
		サービス単位2	<input checked="" type="radio"/> 該当なし	<input type="radio"/> 4未満	<input type="radio"/> 4以上5未満	<input type="radio"/> 5以上					
		サービス単位3	<input checked="" type="radio"/> 該当なし	<input type="radio"/> 4未満	<input type="radio"/> 4以上5未満	<input type="radio"/> 5以上					
		サービス単位4	<input checked="" type="radio"/> 該当なし	<input type="radio"/> 4未満	<input type="radio"/> 4以上5未満	<input type="radio"/> 5以上					
		サービス単位5	<input checked="" type="radio"/> 該当なし	<input type="radio"/> 4未満	<input type="radio"/> 4以上5未満	<input type="radio"/> 5以上					

※受付番号

従業者の職種・員数																
(単位：人)			サービス管理責任者		医師		看護職員		生活支援員						就労支援員	
			専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	合計		通所		訪問		専従	兼務
合計	従業者数	常勤		1					2		1				1	
		非常勤														
	常勤換算後の人数		1						2		1				1	
	※基準上の必要人数															
(単位：人)			理学療法士等						職業指導員							
			合計		理学療法士		作業療法士		機能訓練指導員		合計		右記以外		兼教官	
合計	従業者数	常勤				2										
		非常勤														
	常勤換算後の人数						2									
	※基準上の必要人数															
(単位：人)			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	専従	兼務		
合計	従業者数	常勤														
		非常勤														
	常勤換算後の人数															
	※基準上の必要人数															

(備考)

1. 「※」のついた欄には、記載しないでください。
2. 多機能型に従事するすべての従業者の員数を記載してください。
3. 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記入してください。



従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	多機能施設OHANA
サービス種類	就労継続支援B型


職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	加算等に係る資格 (実務経験) 兼務先	
			日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27					28
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土					日
			開所日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○					○
管理者	常勤・兼務	山本圭介	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	136	34.00	1.0						
サービス管理責任者	常勤・兼務	山本圭介	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	136	34.00	1.0						
生活支援員	常勤・専従	樋口 晴記	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	136	34.00	1.0						
生活支援員	常勤・専従	尾澤 直人	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	6	6	6	6	6	4	136	34.00	1.0						
																										0	0.00	0.0							
																											0	0.00	0.0						
																											0	0.00	0.0						
																											0	0.00	0.0						
																											0	0.00	0.0						
																											0	0.00	0.0						
																											0	0.00	0.0						
																											0	0.00	0.0						
																											0	0.00	0.0						
																											0	0.00	0.0						
直接処遇職員 合計																												272	68.00	2.0					
																												0	0.00	0.0					
																												0	0.00						
																												0	0.00						
													当該事業所・施設において常勤職員が1週間に勤務すべき時間数													34									

増減指導  
更がなし

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。  
 注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記入するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記入してください。  
 注3 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。  
 注4 サービス提供単位(又は共同生活住居)ごとに行われるサービス種類の場合は、サービスの種類ごとに作成したものの他に、各単位(又は共同生活住居)ごとに作成してください。  
 注5 事務員、調理員、運転手等、常勤換算に算定されない職員は、「直接処遇職員 合計」より下の欄に記載してください。

令和 2 年 10 月 26 日

横浜市長

届出者 所在地 ( 神奈川県横浜市港北区日吉本町2-37日吉第三コーポB-107 )  
 名称 株式会社ファニーサイド  
 職・氏名 代表取締役 樋口晴紀 

次のとおり障害福祉サービス事業等を開始しますので、届け出ます。

1 事業の種類及び内容

種類：自立訓練（生活訓練）

内容：通所による指定自立訓練（生活を行う。利用者の居宅に訪問することによる指定自立訓練（生活訓練）を提供する。

2 経営者の氏名及び住所（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）

神奈川県横浜市港北区日吉本町2-37日吉第三コーポB-408

代表取締役 樋口 晴紀

3 職員の定数及び職務の内容

管理者・サービス管理責任者 1名兼務

管理者：事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、業  
 所の従業員に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。  
 サービス管理責任者：個別支援計画の作成に関することを行うほか、利用申  
 込者の心身の状況等の把握、利用者の自立した日常生活に向けた検討、他の従業  
 者に対する技術指導又は助言等を行う。

生活支援員 2名・日常生活上の支援、自立訓練プログラムの提供

4 主な職員の氏名及び経歴

管理者 山本圭介

平成25年4月 - 平成29年9月30日積愛会横浜舞岡病院  
 平成29年10月1日 - 平成30年8月31日株式会社SKYパートナーズ アノン訪問看護ステーション  
 平成30年9月1日 - 高梨正業合同会社 レーヴェン勝田台

5 事業を行おうとする区域（市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含みます。）

横浜市全域・鎌倉市全域・藤沢市全域 ~~運営規程と一致させる~~

6 障害福祉サービス事業（療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援（施設を必要とする障害福祉サービスに係るものに限る。）、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援に限る。）を行おうとする者にあつては、当該事業の用に供する施設の名称、種類（短期入所を行おうとする場合に限る。）、所在地及び利用定員6名

多機能施設OHANA

神奈川県横浜市戸塚区下倉田町584 スカイパルII 102

7 事業開始の予定年月日

令和2年12月1日

備考 1 この届出書は、指定申請書と同時に提出してください。

令和 2 年 10 月 26 日

横浜市長

届出者 所在地

名称

職・氏名

神奈川県横浜市港北区日吉本町2-37日吉第三コーポB-408

株式会社ファニーサイド

代表取締役 樋口晴紀



次のとおり障害福祉サービス事業等を開始しますので、届け出ます。

### 1 事業の種類及び内容

種類：就労継続支援B型

内容：個別支援計画の作成・就労継続支援B型計画作成・職場実習、施設外就労の支援・求職活動の支援  
職場定着のための支援

### 2 経営者の氏名及び住所（法人であるときは、その名称及び主たる事務所の所在地）

神奈川県横浜市港北区日吉本町2-37日吉第三コーポB-408

代表取締役 樋口 晴紀

### 3 職員の定数及び職務の内容

管理者・サービス管理責任者 1名兼務

管理者：事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、業  
所の従業員に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。サービス管理責任者：個別支援計画の作成に関するを行うほか、利用申  
込者の心身の状況等の把握、利用者の自立した日常生活に向けた検討、他の従業  
者に対する技術指導又は助言等を行う。

生活支援員 2名・日常生活上の支援、作業での支援。

聴覚支援員

### 4 主な職員の氏名及び経歴

管理者 山本圭介

平成25年4月 - 平成29年9月30日 積愛会横浜舞岡病院

平成29年10月1日 - 平成30年8月31日 株式会社SKYパートナーズ アノン訪問看護ステーション

平成30年9月1日 - 高梨正業合同会社 レーヴェン勝田台

### 5 事業を行おうとする区域（市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含みます。）

横浜市全域・鎌倉市全域・藤沢市全域

### 6 障害福祉サービス事業（療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援（施設を必要とする障害福祉サービスに係るものに限る。）、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援に限る。）を行おうとする者にあつては、当該事業の用に供する施設の名称、種類（短期入所を行おうとする場合に限る。）、所在地及び利用定員14名

多機能施設OHANA

神奈川県横浜市戸塚区下倉田町584 スカイバルⅡ 102

### 7 事業開始の予定年月日

令和2年12月1日

備考 1 この届出書は、指定申請書と同時に提出してください。

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に基づく

## OHANA（自立訓練）運営規定

多機能施設

（事業の目的）

第1条 株式会社ファニーサイドが開設するOHANA事業所（以下「事業所」という。）が行う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「法」という。）に基づく指定自立訓練事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関することを定め、事業所の従事者が、支給決定を受けた障害者（以下「利用者」という。）に対し、適正な指定自立訓練（生活訓練）を提供することを目的とする。

（運営の方針）

第2条 この事業所が実施する事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、食事や家事等の日常生活能力を向上するための支援等の必要な訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。

2 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

3 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

4 事業の実施にあたっては、前3項の他、関係法令等を遵守する。

（事業所の名称等）

第3条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

1 名称 OHANA

2 所在地 神奈川県横浜市戸塚区下倉田町 584 スカイパルII 102号

（職員の職種、員数及び職務内容）

第4条 事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

1 管理者 1名（常勤職員）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

2 サービス管理責任者 1名（常勤職員）

サービス管理責任者は、自立訓練計画の作成に関するを行うほか、利用申込者の心身の状況等の把握、利用者の自立した日常生活に向けた検討、他の従業者に対する技術指導又は助言等を行う。

### 3 生活支援員

指定障害福祉サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例に規定する人員基準以上とする。

生活支援員は、自立訓練計画に基づき、日常生活上の支援、相談、介護を行う。

(営業日及び営業時間)

第5条 事業所の営業日及び営業時間等は、次のとおりとする。

1 営業日：月曜日～土曜日

2 営業時間：

月曜日～金曜日は午前9：00～午後15：00までとする

土曜日は午前9：00～午後13：00までとする

3 年間の休日

日曜・国民の休日・12月29日から1月3日まで

75日

(利用定員)

第6条 事業所の定員は10名とする。

(指定自立訓練(生活訓練)の内容)

第7条 事業所は、利用者の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術を持って行う。また、利用者に対し、その有する能力を活用することにより、地域生活を営むことができるようにするため、利用者の心身の特性に応じた必要な訓練を行う。

2 事業所は利用者の居宅に訪問することによる指定自立訓練(生活訓練)を提供する。

3 事業所は自立訓練(生活訓練)計画に基づき、生活訓練の一環として、また心身の状態の悪化の防止など緊急の必要性が認められる場合に短期滞在による訓練を行う。

(主たる対象者)

第8条 事業所は、主たる対象者を以下のとおりとする。

精神障害者

(利用者から受領する費用の額等)

第9条 事業所は、指定自立訓練(生活訓練)を提供した際は、利用者から市町村が定める負担上限月額範囲内において利用者負担額の支払を受けるものとする。

2 事業所は、法定代理受領を行わない指定自立訓練を提供した際は、利用者から厚生労働省が定める費用の額の支払を受けるものとする。

## 18 運営規定

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に基づく

OHANA（就労継続支援 B 型事業所）運営規定

（事業の目的）

第 1 条 株式会社ファニーサイドが開設する OHANA 事業所（以下「事業所」という。）が行う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「法」という。）に基づく指定就労継続支援 B 型事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関することを定め、事業所の従事者が、支給決定を受けた障害者（以下「利用者」という。）に対し、適正な指定就労継続支援 B 型を提供することを目的とする。

（運営の方針）

第 2 条 この事業所が実施する事業は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者に対して就労の機会を提供するとともに、生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。

2 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。

3 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、市町村、他の障害福祉サービス事業者その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。

4 事業の実施に当たっては、自ら提供する指定就労継続支援 B 型の事業の質の評価を行い、常にその改善を努めるものとする。

5 事業の実施にあたっては、前 3 項の他、関係法令等を遵守する。

（事業所の名称等）

第 3 条 事業を行う事業所の名称及び所在地は、次のとおりとする。

1 名称 OHANA

2 所在地 神奈川県横浜市戸塚区下倉田町 584 スカイパル II 102 号

（職員の職種、員数及び職務内容）

第 4 条 事業所に勤務する職員の職種、員数及び職務内容は次のとおりとする。

1 管理者 1 名（常勤職員）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

2 サービス管理責任者 1 名（常勤職員）

サービス管理責任者は、自立訓練計画の作成に関するを行うほか、利用申込者の心身の状況等の把握、利用者の自立した日常生活に向けた検討、他の従業者に対する技術指導又は助言等を行う。

### 3 職業指導員

指定障害福祉サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例に規定する人員基準以上とする。

職業指導員は、就労継続支援（B型）計画に基づき、適切な就労継続支援の提供にあたる。

### 4 生活支援員

指定障害福祉サービス等の事業の人員等に関する基準等を定める条例に規定する人員基準以上とする。

生活支援員は、就労継続支援（B型）計画に基づき、日常生活上の支援、相談、介護を行う。

（営業日及び営業時間）

第5条 事業所の営業日及び営業時間等は、次のとおりとする。

1 営業日：月曜日～土曜日

2 営業時間：

月曜日～金曜日は午前9：00～午後15：00までとする

土曜日は午前9：00～午後13：00までとする

3 年間の休日

日曜・国民の休日・12月29日から1月3日まで

75日

（利用定員）

第6条 事業所の定員は10名とする。

（指定就労継続支援B型の内容）

第7条 事業所は、利用者の希望を踏まえ、その心身の状態に応じて、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術を持って次の事を行い、利用者に対し、その有する能力を活用することにより、地域生活を営むことができるようにするため、利用者の心身の特性に応じた必要な訓練を行う。

1 就労継続支援B型計画の作成

事業所は、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定就労継続支援B型の目標及びその達成時期、指定就労継続支援B型を提供する上での留意事項等を記載した就労継続支援B型計画を作成する。

2 職場実習、施設外就労、施設外支援

事業所は、利用者が就労継続支援B型計画に沿って、実習、施設外就労、施設外支援ができるよう、実習等の受入先の確保を行う。また、公共職業安定所、障害者就労・生活支援センター及び特別支援学校などの関係機関と連携して、利用者の就労に対する適正や要望に応じた職種・実習の受入先の確保に努める。また、就労継続支援B型計画に沿って必要な施設外就労、施設外支援を行う。

3 求職活動の支援

事業所は、公共職業安定所での求職登録等、利用者が行う求職活動の支援を行う。また、公共職業安定所、障害者就労・生活支援センター及び特別支援学校などの関係機関と連携して、利用者の就労に関する適性や要望に応じた職業開拓に努める。

4 職場定着のための支援