

青森県保育・障害福祉サービス事業所等認証評価制度実施要綱

(目的)

第1条 本制度は、県が職員処遇改善や人材育成、サービスの質の向上等に積極的に取り組む保育・障害福祉サービス事業所等を認証することにより、質の高い人材の確保・育成及び利用者のニーズに合った質の高いサービスの提供を推進することを目的とする。

(対象)

第2条 認証の対象は、次の各号のいずれかに該当する県内に所在する者(以下「事業所等」という。)とする。

- (1) 児童福祉法(昭和22年12月12日法律第164号)の認可を受けた保育所、指定を受けた事業所及び保育所・事業所を設置する法人
- (2) 就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律(平成18年6月15日法律第77号)の第3条第1項又は第3項の認定を受けた幼保連携型認定こども園以外の認定こども園及び第17条第1項の認可を受けた幼保連携型認定こども園並びに認定こども園を設置する法人
- (3) 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(平成17年11月7日法律第123号)の指定を受けた事業所及び事業所を設置する法人

(推進委員会)

第3条 県は本制度の推進等に関し意見を求めるため、青森県保育・障害福祉サービス事業所等認証評価制度推進委員会(以下「委員会」という。)を設置する。

- 2 委員会の組織及び運営に関し必要な事項は、別に定める。

(参加宣言)

第4条 認証を受けようとする事業所等は、参加宣言書(様式1)を県に提出する。

- 2 県は参加宣言書を提出した事業所等(以下「参加宣言事業所」という。)を県が運営する専用サイトにおいて公表する。

(参加宣言の有効期間)

第5条 参加宣言書の有効期間は、宣言日から起算して2年間とする。

- 2 宣言日から起算して2年が経過した場合、参加宣言は失効するものとする。

(認証申請)

第6条 参加宣言事業所は、県が別に定める認証評価基準を満たしていると判断した場合は、認証申請書(様式2)を県に提出することができる。

(審査及び認証)

第7条 県は、前条の認証申請書の提出があったときは、認証評価基準に基づき審査し、委員会からの意見聴取を経て、事業所等を認証する。

2 県は、認証を受けた事業所等（以下「認証事業所」という。）に対し、認証書（様式3）を交付する。

(認証の有効期間)

第8条 前条第2項の規定による認証の有効期間は、認証した日から起算して3年間とする。

2 有効期間を更新する認証事業所は、有効期間の満了の日の属する年度の別に定める日までに認証更新申請書（様式4）を県に提出しなければならない。

(認証取消)

第9条 県は、次の各号のいずれかに該当する場合は、認証を取り消すことができる。

- (1) 認証事業所から認証辞退届（様式5）の提出があったとき
- (2) 認証事業所を解散若しくは事業を廃止又は休止したとき
- (3) 認証事業所が指定取消等の処分を受けたとき
- (4) その他認証の継続が適当でないと認められるとき

(公表)

第10条 県は認証事業所の情報を専用サイトにおいて公表するものとする。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年8月3日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年9月5日から施行する。

参加宣言書

「質の高い人材の確保・育成」、「利用者のニーズに合った質の高いサービスの提供に積極的に取り組むことを宣言します。

平成 年 月 日

法人名

代表者氏名

印

<宣言事業所情報>

ふりがな 法人・会社名			
宣言事業所	<input type="checkbox"/> 法人・会社単位	<input type="checkbox"/> 事業所単位	
宣言分野	<input type="checkbox"/> 保育分野	<input type="checkbox"/> 障害福祉分野	
法人・代表事業所住所	〒		電話

※別添事業所一覧に各事業所について記載をお願いします。

<担当者情報>

所属			
担当者職・氏名			
電話番号・FAX	電話		FAX
メールアドレス			

※担当者情報は、ホームページには公表いたしません。

※認証評価制度にかかる情報は、原則メールでの提供となりますので、メールアドレスは常時確認できるアドレスの記載をお願いします。

<提出先>

青森県 健康福祉部 こどもみらい課 児童施設支援グループ
障害福祉課 障害者支援グループ

〒030-8570 青森市長島一丁目1番1号

認証申請書

青森県保育・障害福祉サービス事業所等認証評価制度の認証を申請します。

平成 年 月 日

法人名

代表者氏名

印

なお、認証取得後は、社会福祉法人紹介シートと同様の内容を青森県が運営する専用サイトで、公表することに同意します。

<担当者情報>

所属				
担当者職・氏名				
電話番号・FAX	電話		FAX	
メールアドレス				
特記事項				

※認証評価制度にかかる情報は、原則メールでの提供となりますので、メールアドレスは常時確認できるアドレスの記載をお願いします。

※別紙・提出書類チェックシートも申請書とともに提出してください。

<事業所情報>

宣言時から変更等	<input type="checkbox"/>	有り	<input type="checkbox"/>	無し
----------	--------------------------	----	--------------------------	----

※ 有りの場合は、変更等となった事業所分を別添に記載してください。

<提出先>

青森県 健康福祉部 こどもみらい課 児童施設支援グループ

障害福祉課 障害者支援グループ

〒030-8570 青森市長島一丁目1番1号

<事業所一覧>

※分野別及びサービス種別はプルダウンから選択してください。

事業所名		
住所	〒	<input type="checkbox"/> 変更
分野別		<input type="checkbox"/> 追加
サービス種別		<input type="checkbox"/> 廃止
事業所名		
住所	〒	<input type="checkbox"/> 変更
分野別		<input type="checkbox"/> 追加
サービス種別		<input type="checkbox"/> 廃止
事業所名		
住所	〒	<input type="checkbox"/> 変更
分野別		<input type="checkbox"/> 追加
サービス種別		<input type="checkbox"/> 廃止
事業所名		
住所	〒	<input type="checkbox"/> 変更
分野別		<input type="checkbox"/> 追加
サービス種別		<input type="checkbox"/> 廃止
事業所名		
住所	〒	<input type="checkbox"/> 変更
分野別		<input type="checkbox"/> 追加
サービス種別		<input type="checkbox"/> 廃止
事業所名		
住所	〒	<input type="checkbox"/> 変更
分野別		<input type="checkbox"/> 追加
サービス種別		<input type="checkbox"/> 廃止

認 証 書

殿

質の高い人材の確保・育成と利用者のニーズに合った質の高いサービスの提供に積極的に取り組む認証事業所として認証します



平成 年 月 日

青森県知事 三村 申吾

認証更新申請書

青森県保育・障害福祉サービス事業所等認証評価制度の認証を更新申請します。

平成 年 月 日

法人名

代表者氏名

印

なお、更新後は、社会福祉法人紹介シートと同様の内容を青森県が運営する専用サイトで、公表することに同意します。

<担当者情報>

所属				
担当者職・氏名				
電話番号・FAX	電話		FAX	
メールアドレス				
特記事項				

※認証評価制度にかかる情報は、原則メールでの提供となりますので、メールアドレスは常時確認できるアドレスの記載をお願いします。

※別紙・提出書類チェックシートも更新申請書とともに提出してください。

<事業所情報>

認証時から変更等	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
----------	-----------------------------	-----------------------------

※ 有りの場合は、変更等となった事業所分を別添に記載してください。

<提出先>

青森県 健康福祉部 こどもみらい課 児童施設支援グループ
 障害福祉課 障害者支援グループ

〒030-8570 青森市長島一丁目1番1号

<事業所一覧>

※分野別及びサービス種別はプルダウンから選択してください。

事業所名		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 廃止
住所	〒	
分野別		
サービス種別		
事業所名		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 廃止
住所	〒	
分野別		
サービス種別		
事業所名		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 廃止
住所	〒	
分野別		
サービス種別		
事業所名		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 廃止
住所	〒	
分野別		
サービス種別		
事業所名		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 廃止
住所	〒	
分野別		
サービス種別		

認証辞退届出書

平成 年 月 日

法人名

代表者氏名

印

次のとおり認証を辞退したいので届け出ます。

ふりがな 法人・会社名			
法人・代表事業所 住所	〒	電話	
認証年月日	平成	年	月 日
辞退年月日	平成	年	月 日
辞退理由			

<提出先>

青森県 健康福祉部 こどもみらい課 児童施設支援グループ

障害福祉課 障害者支援グループ

〒030-8570 青森市長島一丁目1番1号