**他法令遵守の確認票**

障害福祉サービス事業を行うことについて、相談した内容を記入してください。欄が不足する場合は、適宜、行を追加してください。また、該当しないことが明らかな場合には、相談を省略していただいて構いません。

※手段には、担当者との相談方法（訪問、電話、FAX等）を記載してください。

**～開発許可等に関すること～**

事業の開始を希望する土地が「市街化調整区域」「農業振興地域」に該当しないか確認する必要があります。まず開発指導課にご相談ください

■開発許可に関する総合的な相談 ： **開発指導課**

|  |  |
| --- | --- |
| 指導内容等 | 指導事項等に対する対応 |
| 日時（手段） | 　　　　年　　月　　日　　：　　　～　　　：　　　（　　　　　　　　　） | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者 |  | 内容 |  |
| 指導事項等 |  |
|  | 結果 | 適正　　　・　　　不適正 |

■農業振興地域に関する相談 ： **農業振興課**

|  |  |
| --- | --- |
| 指導内容等 | 指導事項等に対する対応 |
| 日時（手段） | 　　　　年　　月　　日　　：　　　～　　　：　　　（　　　　　　　　　） | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者 |  | 内容 |  |
| 指導事項等 |  |
|  | 結果 | 適正　　　・　　　不適正 |

■市街化区域における地区計画に関する相談 ： **都市計画課**

|  |  |
| --- | --- |
| 指導内容等 | 指導事項等に対する対応 |
| 日時（手段） | 　　　　年　　月　　日　　：　　　～　　　：　　　（　　　　　　　　　） | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者 |  | 内容 |  |
| 指導事項等 |  |
|  | 結果 | 適正　　　・　　　不適正 |

**～建築に関すること～**

　事業開始にあたって、建築確認申請の有無に関わらず建築基準法やバリアフリー法の規定に適合させる必要があります。事前に確認申請の手続きが必要となる場合もありますので、早めにご相談ください。

■建築基準・バリアフリー・福祉のまちづくり条例に関する相談 ： **建築住宅課**

|  |  |
| --- | --- |
| 指導内容等 | 指導事項等に対する対応 |
| 日時（手段） | 　　　　年　　月　　日　　：　　　～　　　：　　　（　　　　　　　　　） | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者 |  | 内容 |  |
| 指導事項等 |  |
|  | 結果 | 適正　　　・　　　不適正 |

**～消防に関すること～**

　事業開始にあたって、消防法に違反していないか確認が必要です。また、「防火対象物使用開始（変更）届出書」の届出義務の有無を確認し、義務である場合には、消防局に提出し実地検査を受ける必要があります。

■防火対象物使用開始届出に関する相談 ： **消防局予防課**

|  |  |
| --- | --- |
| 指導内容等 | 指導事項等に対する対応 |
| 日時（手段） | 　　　　年　　月　　日　　：　　　～　　　：　　　（　　　　　　　　　） | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者 |  | 内容 |  |
| 指導事項等 |  |
|  | 届出の義務 | 有　　　・　　　無 |

■予防課による実地検査（事前相談時に、使用開始届の提出の義務を確認し、有りの場合には下記を記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 現地確認 | 指導事項等に対する対応 |
| 日時（手段） | 　　　　年　　月　　日　　：　　　～　　　：　　　（　　　　　　　　　） | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者 |  | 内容 |  |
| 指導事項等 |  |
|  | 結果 | 適正　　　・　　　不適正 |

**～食品の取扱いに関すること～**

　事業所で訓練等作業の一環として作成した食品を不特定多数の人に販売するには、保健所の許可が必要です。また、事業所内で食事を調理して利用者に提供する場合も、食品衛生についての指導を受けてください。

■食品衛生に関する相談 ： **保健所生活衛生課**

|  |  |
| --- | --- |
| 指導内容等 | 指導事項等に対する対応 |
| 日時（手段） | 　　　　年　　月　　日　　：　　　～　　　：　　　（　　　　　　　　　） | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者 |  | 内容 |  |
| 指導事項等 |  |
|  | 結果 | 適正　　　・　　　不適正 |

**～その他～**

* に関する相談

|  |  |
| --- | --- |
| 指導内容等 | 指導事項等に対する対応 |
| 日時（手段） | 　　　　年　　月　　日　　：　　　～　　　：　　　（　　　　　　　　　） | 日時 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者 |  | 内容 |  |
| 指導事項等 |  |
|  | 結果 | 適正　　　・　　　不適正 |

**～社会保険及び労働保険に関すること～**

１か２以外の回答となった場合は、関係機関に相談を行い、その他の欄に指導事項等をご記載ください。

■厚生年金保険・健康保険関係

Ⅰ．現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

（該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 加入状況 |
| １ | **加入している。**　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。●保険料の領収証書　　　　　　　　　●社会保険料納入証明書　●社会保険料納入確認書　　　●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書●健康保険・厚生年金保険適用通知書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。（本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。） |
| ２ | **現在、加入手続中である。** |
| ３ | **今後、加入手続を行う。**（申請から３ヶ月以内に適用要件（法人事業所または従業員５人以上の個人事業所）に該当する予定の場合を含む。）（　　）年（　　）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。） |
| ４ | **適用要件に該当しない。**（個人事業所（法人ではない事業所）であって従業員が４名以下の場合。申請から３ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。） |
| ５ | **適用要件に該当するか不明である。**（個人事業所（法人ではない事業所）であって、正社員と、正社員以外で１週間の所定労働時間及び１ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の４分の３以上である者との合計が５人以上か不明な場合。） |

■労働者災害補償保険・雇用保険関係

Ⅱ．現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

（該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 加入状況 |
| １ | **加入している。**　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。●労働保険概算・確定保険料申告書●納付書・領収証等　　　　　　　　●保険関係成立届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | － |  |  |  |

※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。（本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。） |
| ２ | **現在、加入手続中である。** |
| ３ | **今後、加入手続を行う。**（申請から３ヶ月以内に従業員（パート・アルバイトを含む）を雇う予定がある場合を含む。）　　（　　）年（　　）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。） |
| ４ | **適用要件に該当しない。**（事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員（パート・アルバイトを含む）がいない、申請から３ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。） |