

特定事業所加算に係る届出書（居宅介護事業所）

事業所名				
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了	
届出項目	1 特定事業所加算(I)	2 特定事業所加算(II)	3 特定事業所加算(III)	4 特定事業所加算(IV)

<p>〔 体 制 要 件 〕</p> <p>①ーア 個別の居宅介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。</p> <p>①ーイ 個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。</p> <p>② 居宅介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。</p> <p>③ サービス提供責任者と居宅介護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。</p> <p>④ 居宅介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。</p> <p>⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。</p> <p>⑥ 新規に採用したすべての居宅介護従業者に対し、熟練した居宅介護従業者の同行による研修を実施している。</p> <p>〔 人 材 要 件 〕</p> <p>① 居宅介護従業者に関する要件について 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>常勤換算職員数</th> <th>サービス提供時間</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1)</td> <td>居宅介護従業者の総数</td> <td>人</td> <td>時間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(2)</td> <td>(1)のうち介護福祉士の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ (1)に占める(2)の割合が30%以上</td> </tr> <tr> <td>(3)</td> <td>(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ (1)に占める(3)の割合が50%以上</td> </tr> <tr> <td>(4)</td> <td>前年度又は前3月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数</td> <td></td> <td>時間</td> <td>→ (1)に占める(4)の割合が40%以上</td> </tr> </tbody> </table> <p>② サービス提供責任者に関する要件について</p> <p>ア すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは居宅介護従事者養成研修1級課程修了者。</p> <p>イ 1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、常勤のサービス提供責任者の2名以上の配置していること。</p> <p>ウ 2人以下のサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、指定基準省令を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>月延べサービス提供時間</td> <td>時間</td> <td>居宅介護従業者の数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>職員数</td> <td>常勤換算職員数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">サービス提供責任者</td> <td>常勤</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>〔 重 度 障 害 者 対 応 要 件 〕</p> <p>① 前年度又は前3月の期間における利用者の総数のうち、障害支援区分5以上である者、たんの吸引等を必要とする者、重症心身障害児及び医療的ケア児の占める割合が30%以上</p> <p>② 前年度又は前3月の期間における利用者の総数のうち、障害支援区分4以上である者、たんの吸引等を必要とする者、重症心身障害児及び医療的ケア児が占める割合が50%以上</p>			常勤換算職員数	サービス提供時間		(1)	居宅介護従業者の総数	人	時間		(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	(4)	前年度又は前3月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人			職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	常勤	人		非常勤	人	人	<p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p>有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></p>
		常勤換算職員数	サービス提供時間																																						
(1)	居宅介護従業者の総数	人	時間																																						
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上																																					
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上																																					
(4)	前年度又は前3月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の居宅介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上																																					
月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人																																						
		職員数	常勤換算職員数																																						
サービス提供責任者	常勤	人																																							
	非常勤	人	人																																						

備考

- 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付けてください。
- ここでいう常勤とは、「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指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。
- それぞれの要件について根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。
- 令和6年3月31日において、こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める基準並びに厚生労働大臣が定める基準(平成18年厚生労働省告示第543号)第1号イ、ハ又はその適用を受けている事業所に係る同号イ、ハ又はその適用については、令和9年3月31日までの間、なお従前の例によることことができる。

特定事業所加算に係る届出書(重度訪問介護事業所)

事業所名			
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了
届出項目	1 特定事業所加算(Ⅰ)	2 特定事業所加算(Ⅱ)	3 特定事業所加算(Ⅲ)

[体制要件]

① 個別の重度訪問介護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。 有 無

② 重度訪問介護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的に開催している。又は、サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、個別に技術指導等を目的とした研修を必要に応じて行っている。 有 無

③ サービス提供責任者が重度訪問介護従業者に対して、毎月定期的に利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を伝達している。(変更があった場合を含む。) 有 無

④ 重度訪問介護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。 有 無

⑤ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。 有 無

⑥ 新規に採用したすべての重度訪問介護従業者に対し、熟練した重度訪問介護従業者の同行による研修を実施している。 有 無

⑦ 重度訪問介護従業者の常時派遣が可能となっており、現に深夜帯も含めてサービス提供している。 有 無

[人材要件]

① 重度訪問介護従業者に関する要件について
下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)についてはいずれかを記載することで可。

	常勤換算職員数	サービス提供時間	
(1) 重度訪問介護従業者の総数	人	時間	有・無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(2) (1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(3) (1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の重度訪問介護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

② サービス提供責任者に関する要件について

ア すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者又は6,000時間以上の重度訪問介護の実務経験を有する者。 有 無

イ 一人を超えるサービス提供責任者の配置義務がある事業所については、常勤のサービス提供責任者の2名以上の配置していること。 有 無

月延べサービス提供時間	時間	重度訪問介護従業者の数	人
-------------	----	-------------	---

		職員数	常勤換算職員数
サービス提供責任者	(1) 総数	人	人
	(2) 常勤	人	
	(3) 非常勤	人	人

[重度障害者対応要件]

前年度又は前3月の期間における利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分5以上である者及びたんの吸引等を必要とする者が占める割合が50%以上 有 無

備考

- 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- ここでいう常勤とは、「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指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。
- それぞれの要件について根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

特定事業所加算に係る届出書 (同行援護事業所)

事業所名				
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了	
届出項目	1 特定事業所加算(I)	2 特定事業所加算(II)	3 特定事業所加算(III)	4 特定事業所加算(IV)

〔体制要件〕				有・無	
①-ア	個別の同行援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①-イ	個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	同行援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的に開催している。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③	サービス提供責任者と同行援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④	同行援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤	緊急時等における対応方法を利用者に明示している。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥	新規に採用したすべての同行援護介護従業者に対し、熟練した同行援護従業者の同行による研修を実施している。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
〔人材要件〕					
① 同行援護従業者に関する要件について 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)・(5)・(6)についてはいずれかを記載することで可。					
		常勤換算職員数	サービス提供時間		
(1)	同行援護従業者の総数	人	時間		有・無
(2)	(1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(3)	(1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従事者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(4)	前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の同行援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(5)	(1)のうち同行援護従業者養成研修及び国立リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等の総数	人	時間	→ (1)に占める(5)の割合が30%以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(6)	(1)のうち盲ろう者向け通訳・介助員で、同行援護従業者の要件を満たしている者の総数	人	時間	→ (1)に占める(6)の割合が20%以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
② サービス提供責任者に関する要件について				有・無	
ア	すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士、国立リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは居宅介護従事者養成研修1級課程修了者。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
イ	1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、常勤のサービス提供責任者の2名以上の配置していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ウ	2人以下のサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、指定基準省令を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
月延べサービス提供時間		時間	同行援護従業者の数		人
		職員数	常勤換算職員数		
サービス提供責任者	常勤	人			
	非常勤	人			
〔重度障害者対応要件〕				有・無	
①	前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害支援区分5以上である者及びたんの吸引等を必要とする者が占める割合が30%以上			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②	前年度又は前3月の期間における利用者（障害児を除く）の総数のうち、障害支援区分4以上である者及びたんの吸引等を必要とする者が占める割合が50%以上			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

備考

- 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- ここでいう常勤とは、「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指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。
- それぞれの要件について根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。

特定事業所加算に係る届出書(行動援護事業所)

事業所名	異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
届出項目	① 特定事業所加算(I) ② 特定事業所加算(II) ③ 特定事業所加算(III) ④ 特定事業所加算(IV)	

〔体制要件〕		有・無																								
①ーア	個別の行動援護従業者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
①ーイ	個別のサービス提供責任者に係る研修計画を策定し、当該計画に従い、研修を実施している又は実施することが予定されている。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
②	行動援護従業者の技術指導等を目的とした会議を定期的開催している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
③	サービス提供責任者と行動援護従業者との間の情報伝達及び報告体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
④	サービス提供責任者が行動援護計画、支援計画シート及び支援手順書の作成及び利用者に対する交付の際、医療機関、教育機関等の関係機関と連絡及び調整を行い、当該関係機関から利用者に関する必要な情報の提供を受けていること。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
⑤	行動援護従業者に対する健康診断の定期的な実施体制を整備している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
⑥	緊急時等における対応方法を利用者に明示している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
⑦	新規に採用したすべての行動援護介護従業者に対し、熟練した行動援護従業者の同行による研修を実施している。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
〔人材要件〕																										
① 行動援護従業者に関する要件について 下表の(1)については必ず記載すること。(2)・(3)・(4)・(5)についてはいずれかを記載することで可。																										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤換算職員数</th> <th>サービス提供時間</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 行動援護従業者の総数</td> <td>人</td> <td>時間</td> <td>有・無</td> </tr> <tr> <td>(2) (1)のうち介護福祉士の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ (1)に占める(2)の割合が30%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(3) (1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ (1)に占める(3)の割合が50%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数</td> <td></td> <td>時間</td> <td>→ (1)に占める(4)の割合が40%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(5) サービス提供責任者のうち中核的人材養成研修を修了した者</td> <td>人</td> <td></td> <td>→ 1人以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		常勤換算職員数	サービス提供時間		(1) 行動援護従業者の総数	人	時間	有・無	(2) (1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	(3) (1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	(5) サービス提供責任者のうち中核的人材養成研修を修了した者	人		→ 1人以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>	
	常勤換算職員数	サービス提供時間																								
(1) 行動援護従業者の総数	人	時間	有・無																							
(2) (1)のうち介護福祉士の総数	人		→ (1)に占める(2)の割合が30%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																							
(3) (1)のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び居宅介護従業者養成研修1級課程修了者の総数	人		→ (1)に占める(3)の割合が50%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																							
(4) 前年度又は前3月の期間におけるサービス提供時間のうち、常勤の行動援護従業者によるサービス提供の総時間数		時間	→ (1)に占める(4)の割合が40%以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																							
(5) サービス提供責任者のうち中核的人材養成研修を修了した者	人		→ 1人以上 <input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																							
② サービス提供責任者に関する要件について		有・無																								
ア	すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは居宅介護従事者養成研修1級課程修了者。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
イ	1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、常勤のサービス提供責任者の2名以上の配置していること。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
ウ	2人以下のサービス提供責任者を配置することとされている事業所は、サービス提供責任者を常勤により配置し、かつ、指定基準省令を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置していること。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
<table border="1"> <tr> <td>月延べサービス提供時間</td> <td>時間</td> <td>行動援護従業者の数</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>職員数</td> <td>常勤換算職員数</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">サービス提供責任者</td> <td>常勤</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>非常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>		月延べサービス提供時間	時間	行動援護従業者の数	人			職員数	常勤換算職員数	サービス提供責任者	常勤	人		非常勤	人	人										
月延べサービス提供時間	時間	行動援護従業者の数	人																							
		職員数	常勤換算職員数																							
サービス提供責任者	常勤	人																								
	非常勤	人	人																							
〔重度障害者対応要件〕		有・無																								
①	前年度又は前3月の期間における利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分5以上である者、たんの吸引等を必要とする者及び行動関連項目合計点数が18点以上である者が占める割合が30%以上	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								
②	前年度又は前3月の期間における利用者(障害児を除く)の総数のうち、障害支援区分4以上である者及びたんの吸引等を必要とする者が占める割合が50%以上	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																								

備考

- 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。
- ここでいう常勤とは、「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指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長知) 第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。
- それぞれの要件について根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。
- 令和6年3月31日においてこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める基準並びに厚生労働大臣が定める基準(平成18年厚生労働省告示第543号)第13号の適用を受けている事業所に係る同号の適用については、令和9年3月31日までの間、なお従前の例によることができる。

人員配置体制加算に関する届出書（生活介護・療養介護）

1 事業所・施設の名称									
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了						
3 サービスの種類									
4 申請する加算区分	人員配置体制加算（ I ・ II ・ III ・ IV ）								
5 利用者数	<table border="1"> <tr> <td>前年度の利用者数の 平均値</td> <td>人</td> </tr> </table>			前年度の利用者数の 平均値	人				
前年度の利用者数の 平均値	人								
6 人員配置の状況	<table border="1"> <tr> <td>常勤</td> <td>非常勤</td> <td>合計</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </table>			常勤	非常勤	合計	人	人	人
常勤	非常勤	合計							
人	人	人							
7 人員体制	<u>常勤換算で</u> <u>(1.5:1 ・ 1.7:1 ・ 2:1 ・ 2.5:1) 以上</u>								

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 「申請する加算区分」には、該当する番号（I～IV。療養介護についてはI又はII）に○を付してください。

注3 「利用者数」には、共生型障害福祉サービス事業所の場合においては、障害児者及び要介護者の合計数を記載してください。

注4 「人員配置の状況」の非常勤には常勤換算方法による職員数を記載してください。

注5 「人員体制」には、該当する人員体制に○を付してください。

注6 ここでいう常勤とは、「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指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。

人員配置体制加算に関する届出書 (共同生活援助)

1 法人・事業所の名称																									
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了																						
3 サービス種別	1 介護サービス包括型	2 外部サービス利用型	3 日中サービス支援型																						
4 申請する加算区分	人員配置体制加算 (I・II・III・IV・V・VI・VII・VIII・IX・X・XI・XII・XIII・XIV)																								
5 利用者数	前年度の利用者数の 平均値			人																					
※ 新設の場合は推定値																									
6 人員体制	特定従業者数換算で (12:1 ・ 30:1 ・ 7.5:1 ・ 20:1) 以上加配																								
7 人員配置の状況	○基準上置くべき従業者数																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">世話人</th> <th colspan="2">生活支援員</th> <th colspan="2">合計 (a)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人数</td> <td></td> <td>人</td> <td></td> <td>人</td> <td>0.0</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>勤務延べ 時間数</td> <td></td> <td>時間</td> <td></td> <td>時間</td> <td>0</td> <td>時間</td> </tr> </tbody> </table>						世話人		生活支援員		合計 (a)		人数		人		人	0.0	人	勤務延べ 時間数		時間		時間	0
	世話人		生活支援員		合計 (a)																				
人数		人		人	0.0	人																			
勤務延べ 時間数		時間		時間	0	時間																			
○人員配置体制加算の算定において必要な加配数																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">世話人等 (b)</th> <th colspan="2">調整数 (c)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人数</td> <td></td> <td>人</td> <td>0</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>勤務延べ 時間数</td> <td>0.00</td> <td>時間</td> <td></td> <td>時間</td> </tr> </tbody> </table>							世話人等 (b)		調整数 (c)		人数		人	0	人	勤務延べ 時間数	0.00	時間		時間					
	世話人等 (b)		調整数 (c)																						
人数		人	0	人																					
勤務延べ 時間数	0.00	時間		時間																					
○人員配置体制加算の算定において必要な特定従業者数の合計 (a + b + c)																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">世話人等</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人数</td> <td>0.0</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>勤務延べ 時間数</td> <td>0.00</td> <td>時間</td> </tr> </tbody> </table>							世話人等		人数	0.0	人	勤務延べ 時間数	0.00	時間											
	世話人等																								
人数	0.0	人																							
勤務延べ 時間数	0.00	時間																							
○実際の特定従業者数																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">世話人等</th> <th colspan="2">合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>人数</td> <td></td> <td>人</td> <td>0.0</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>勤務延べ 時間数</td> <td></td> <td>時間</td> <td>0.00</td> <td>時間</td> </tr> </tbody> </table>							世話人等		合計		人数		人	0.0	人	勤務延べ 時間数		時間	0.00	時間					
	世話人等		合計																						
人数		人	0.0	人																					
勤務延べ 時間数		時間	0.00	時間																					
<table border="1"> <tr> <td>人員配置体制加算 算定の可否</td> <td>不可</td> </tr> </table>						人員配置体制加算 算定の可否	不可																		
人員配置体制加算 算定の可否	不可																								

注1 「申請する加算区分」には、該当する番号 (I~XIV) に○を付してください。
 注2 「人員配置の状況」には、別紙 人員配置体制確認表及び参考表を参考にして、職員数を記載してください。
 注3 「人員体制」には、該当する箇所に○を付してください。
 注4 ここでいう特定従業者数とは、厚生労働大臣が定める施設基準並びにこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める施設基準 (平成18年厚生労働省告示第551号) 第16号ロに規定する特定従業者数換算方法により算定した従業者数をいう。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書（平成30年4月以降）
 （療養介護・生活介護・自立訓練（機能訓練）・自立訓練（生活訓練）・就労移行支援・
 就労継続支援A型・就労継続支援B型・自立生活援助・共同生活援助・児童発達支援・
 医療型児童発達支援・放課後等デイサービス）

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算（Ⅰ） ※有資格者35%以上 2 福祉専門職員配置等加算（Ⅱ） ※有資格者25%以上 3 福祉専門職員配置等加算（Ⅲ） ※常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上

4 社会福祉士等の状況	<table border="1"> <tr> <td>① 生活支援員等の総数 （常勤）</td> <td>人</td> <td rowspan="2">→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち社会福祉士等 の総数（常勤）</td> <td>人</td> </tr> </table>	① 生活支援員等の総数 （常勤）	人	→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上	② ①のうち社会福祉士等 の総数（常勤）	人	有・無
① 生活支援員等の総数 （常勤）	人	→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上					
② ①のうち社会福祉士等 の総数（常勤）	人						
5 常勤職員の状況	<table border="1"> <tr> <td>① 生活支援員等の総数 （常勤換算）</td> <td>人</td> <td rowspan="2">→ ①に占める②の割合が 75%以上</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち常勤の者の数</td> <td>人</td> </tr> </table>	① 生活支援員等の総数 （常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が 75%以上	② ①のうち常勤の者の数	人	有・無
① 生活支援員等の総数 （常勤換算）	人	→ ①に占める②の割合が 75%以上					
② ①のうち常勤の者の数	人						
6 勤続年数の状況	<table border="1"> <tr> <td>① 生活支援員等の総数 （常勤）</td> <td>人</td> <td rowspan="2">→ ①に占める②の割合が 30%以上</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち勤続年数3年以上 の者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>* 本要件で加算を取得する場合、別途実務経験証明書を提出する事</p>	① 生活支援員等の総数 （常勤）	人	→ ①に占める②の割合が 30%以上	② ①のうち勤続年数3年以上 の者の数	人	有・無
① 生活支援員等の総数 （常勤）	人	→ ①に占める②の割合が 30%以上					
② ①のうち勤続年数3年以上 の者の数	人						

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう常勤とは、「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指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」（平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）第二の2の（3）に定義する「常勤」をいう。

3 ここでいう生活支援員等とは、

- 療養介護にあつては、生活支援員
- 生活介護にあつては、生活支援員又は共生型生活介護従業者
- 自立訓練（機能訓練）にあつては、生活支援員又は共生型自立訓練（機能訓練）従業者
- 自立訓練（生活訓練）にあつては、生活支援員、地域移行支援員又は共生型自立訓練（生活訓練）従業者
- 就労移行支援にあつては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員
- 就労継続支援A型・B型にあつては、職業指導員又は生活支援員
- 自立生活援助にあつては、地域生活支援員
- 共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員（外部サービス利用型にあつては、世話人）
- 児童発達支援にあつては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員、障害福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従業者、
 加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士若しくは障害福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従業者
- 医療型児童発達支援にあつては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員又は指定発達支援医療機関の職員、
 加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士又は指定発達支援医療機関の職員

○放課後等デイサービスにあつては、（Ⅰ）（Ⅱ）においては、**児童指導員、障害福祉サービス経験者
又は共生型放課後等デイサービス従業者、**
加算（Ⅲ）においては、**児童指導員、保育士若しくは障害福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従業者**
のことをいう。

指定(変更)年月日

↑
必ず月の初日(1日)

職種
管理者
サービス管理責任者
医師
看護職員
理学療法士
作業療法士
生活支援員
地域移行支援員
職業指導員
就労支援員
就労定着支援員
世話人
賞金向上達成指導員
目標工賃達成指導員
夜間支援従事者
管理栄養士
栄養士
調理員
言語聴覚士
機能訓練指導員
その他

勤務形態
A
B
C
D

勤務時間(記号)	勤務時間1(開始)	勤務時間1(終了)	勤務時間2(開始)	勤務時間2(終了)	勤務時間3(開始)	勤務時間3(終了)	拘束時間(合計)	休憩時間(合計)	勤務時間(単位:h)	勤務時間
①							0:00		0h	
②							0:00		0h	
③							0:00		0h	
④							0:00		0h	
⑤							0:00		0h	
⑥							0:00		0h	
⑦							0:00		0h	
⑧							0:00		0h	
⑨							0:00		0h	
⑩							0:00		0h	
⑪							0:00		0h	
⑫							0:00		0h	
⑬							0:00		0h	
⑭							0:00		0h	
⑮							0:00		0h	
⑯							0:00		0h	
⑰							0:00		0h	
⑱							0:00		0h	
⑲							0:00		0h	
⑳							0:00		0h	
㉑							0:00		0h	
㉒							0:00		0h	
㉓							0:00		0h	
㉔							0:00		0h	
㉕							0:00		0h	
㉖							0:00		0h	
㉗							0:00		0h	
㉘							0:00		0h	
㉙							0:00		0h	
㉚							0:00		0h	
㉛							0:00		0h	
㉜							0:00		0h	
㉝							0:00		0h	
㉞							0:00		0h	
㉟							0:00		0h	
㊱							0:00		0h	
㊲							0:00		0h	
㊳							0:00		0h	
㊴							0:00		0h	
㊵							0:00		0h	
㊶							0:00		0h	
㊷							0:00		0h	
㊸							0:00		0h	
㊹							0:00		0h	
㊺							0:00		0h	

勤務時間及び休憩時間は「h:mm」形式で入力
 勤務時間2以降は、同日に複数の勤務時間がある場合に入力
 休憩時間は合計時間を入力(例:勤務時間1に30分間、勤務時間2に30分間の休憩時間がある場合は、「1:00」と入力)
 宿直勤務の場合は、勤務時間と休憩時間が同じになるよう入力(例:勤務時間「22:00~5:00」、休憩時間「7:00」とする)

実務経験及び研修証明書

様 番号
年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印

電話番号

下記の者の就労支援の実務経験又は研修は以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
実務経験の施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
実務経験期間	年 月 日～ 年 月 日(年 月間)
業務内容	職名 ()
研修名	研修実施主体名 ()
研修修了年月日	年 月 日

- (注)
1. 施設又は事業所名欄には、施設の種別も記入すること。
 2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)
 3. 業務内容欄は、本来業務について、施設における就労支援に関する業務を具体的に記入すること。
 4. 添付として、研修修了証(もしくは研修を修了したことを証明できる書類)を添付すること。
 5. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
 6. 就労支援関係研修修了加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

実務経験及び研修証明書

記載例

〇〇番 〇〇号

〇〇県知事 様

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

施設又は事業所所在地及び名称

東京都千代田区大手町〇〇

代表者氏名 社会福祉法人△△会 〇〇 太郎

電話番号 03-0000-0000

押印は、証明者が行い、訂正は無効であること。

印

下記の者の就労支援の実務経験又は研修は以下のとおりであることを証明します。

氏名	〇△ 大介 (生年月日 〇年 〇月 〇日)
現住所	東京都中央区〇〇1-2-3
実務経験の施設又は事業所名	〇〇工房 施設・事業所の種別 (就労移行支援)
実務経験期間	〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日 (〇年 〇月間)
業務内容	職名 (就労支援員) 利用者の求職活動の支援、一般就労後の職場定着支援
研修名	第1号職場適応援助者研修 研修実施主体名 (独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構)
研修修了年月日	平成 〇年 〇月 〇日

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、施設の種別も記入すること。
 - 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)
 - 業務内容欄は、本来業務について、施設における就労支援に関する業務を具体的に記入すること。
 - 添付として、研修修了証(もしくは研修を修了したことを証明できる書類)を添付すること。
 - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
 - 就労支援関係研修修了加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

食事提供体制加算に関する届出書

1 事業所の名称							
2 サービスの種類							
3 異動区分		1 新規		2 変更		3 終了	
食 事 の 提 供 体 制	食事提供に係る 人員配置	管理栄養士		常勤	名	非常勤	名
		栄養士		常勤	名	非常勤	名
	保健所等との連携により、 管理栄養士等が関与している場合	連携先名					
	業務委託により 食事提供を行う場合	業務委託先					
委託業務内容							
適切な食事提供の確保方策							

注1 事業所内で調理を行う場合、食事提供にかかわる職員（管理栄養士・栄養士）の状況を記載してください。事業所内での調理業務は生活支援員の業務とは区別してください。

（※）付表・勤務形態一覧表・組織体制図・運営規程による確認が必要です。

注2 調理業務を第三者に委託している場合、事業所内で調理員の配置は求められておりませんが、業務委託契約書（写し）の提出が必要です。

注3 業務委託により食事提供を行う場合の「適切な食事提供の確保方策」欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される提供体制に相当するものへの対応の概略を記載してください。その際、委託先の管理栄養士又は栄養士の有無は必ず記載してください。

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅰ）に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施※1	有 ・ 無
異動区分※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)			人
うち50% (B) = (A) × 0.5			0.0 人
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)			#DIV/0! 人 (C) ≥ (B)
該当利用者の氏名	手帳の種類	手帳の等級	前年度利用日数
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	日	合計 (E)	0

2 加配される従業員の状況			
利用者数 (A) ÷ 40 = (F)			0.0 人
加配される従業員の数 (G)			人 (G) ≥ (F)
加配される従業員の氏名	資格・研修名等		
1			
2			
3			

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業員の勤務体制一覧表、組織体制図
------	------------------------------

注1 本表は、次に該当する利用者を記載してください。

- ① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者
- ② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者
- ③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者
- ④ 重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち2以上の障害を有する利用者については、ダブルカウントするため、当該利用者の利用日数を2倍にして算定すること。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

注2 「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指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523号）第5の4に規定する加配される「視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者として専ら視覚障害者等の生活支援に従事する者」とは、次のいずれかに該当する者であること。

- ① 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
- ② 聴覚障害又は言語機能障害者 手話通訳等を行うことができる者

※1：多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。

※2：「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1利用者の状況、2加配される従業員の状況の記載は不要とする。

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ)に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施※1	有・無
異動区分※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)		人	
うち30% (B) = (A) × 0.3		0.0 人	
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0! 人	(C) ≥ (B)
該当利用者の氏名	手帳の種類	手帳の等級	前年度利用日数
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	日	合計 (E)	0

2 加配される従業員の状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.0 人	
加配される従業員の数 (G)		人	(G) ≥ (F)
加配される従業員の氏名	資格・研修名等		
1			
2			
3			

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業員の勤務体制一覧表、組織体制図
------	------------------------------

注1 本表は、次に該当する利用者を記載してください。
 ① 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者
 ② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者
 ③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者
 ④ 重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち2以上の障害を有する利用者については、ダブルカウントするため、当該利用者の利用日数を2倍にして算定すること。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

注2 「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指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年9月29日厚生労働省告示第523号)第5の4に規定する加配される「視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者として専ら視覚障害者等の生活支援に従事する者」とは、次のいずれかに該当する者であること。
 ① 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
 ② 聴覚障害又は言語機能障害者 手話通訳等を行うことができる者

※1: 多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。
 ※2: 「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業員の状況の記載は不要とする。

リハビリテーション加算に関する届出書（生活介護）

事業所・施設の名称				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
算定要件				確認欄
1	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している。			
	利用開始時にその利用者のリハビリテーションに必要な情報を収集し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者（関連スタッフ）が暫定的に、リハビリテーションに関する課題の把握（アセスメント）と評価を行い、その後、リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成している。			
	リハビリテーション実施計画原案は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。			
	リハビリテーション実施計画原案に基づき、リハビリテーションやケアを実施し、概ね2週間以内及び概ね3月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により、リハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成している。			
	リハビリテーション実施計画は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。			
2	利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定生活介護等を行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録している。			
3	利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している。			
4	指定障害者支援施設等に入所する利用者については、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護師、生活支援員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。			
5	上記4以外の利用者については、指定生活介護事業所等の従業者が、必要に応じ、指定相談支援事業者を通じて、指定居宅介護サービスその他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。			

注1 事業所の種別に応じて、「指定に係る記載事項」（付表）、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び組織体制図を添付すること。

注2 資格を証する書類の写しを添付すること。

注3 「リハビリテーション実施計画の作成に関わる者」等に変動が生じた場合は、本様式により速やかに届け出ること。

注4 加算を算定できなくなったときは、「介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書」により届け出ること。

リハビリテーション加算に関する届出書（自立訓練（機能訓練））

事業所・施設の名称				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
リハビリテーション加算Ⅱの算定要件				確認欄
1	医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の職種の者が共同して、利用者ごとのリハビリテーション実施計画を作成している。			
	利用開始時にその利用者のリハビリテーションに必要な情報を収集し、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、その他の職種の者（関連スタッフ）が暫定的に、リハビリテーションに関する課題の把握（アセスメント）と評価を行い、その後、リハビリテーションカンファレンスを行ってリハビリテーション実施計画原案を作成している。			
	リハビリテーション実施計画原案は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。			
	リハビリテーション実施計画原案に基づき、リハビリテーションやケアを実施し、概ね2週間以内及び概ね3月ごとに関連スタッフがアセスメントとそれに基づく評価を行い、その後、多職種協働により、リハビリテーションカンファレンスを行って、リハビリテーション実施計画を作成している。			
	リハビリテーション実施計画は、利用者、家族に説明し、その同意を得ている。			
2	利用者ごとのリハビリテーション実施計画に従い、医師又は医師の指示を受けた理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定生活介護等を行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録している。			
3	利用者ごとのリハビリテーション実施計画の進捗状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している。			
4	指定障害者支援施設等に入所する利用者については、リハビリテーションを行う医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、看護師、生活支援員その他の職種の者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。			
5	上記4以外の利用者については、指定生活介護事業所等の従業者が、必要に応じ、指定相談支援事業者を通じて、指定居宅介護サービスその他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し、リハビリテーションの観点から、日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達している。			

リハビリテーション加算（Ⅰ）の算定要件の一部（※）

※頸髄損傷による四肢麻痺その他これに類する障害者である場合には、当該加算を算定する場合において下記の要件を満たす必要はない。

算定要件		確認欄
1	支援プログラムを公表していること。	
2	SIMを用いた評価結果を集計し、公表していること。	

注1 事業所の種別に応じて「指定に係る記載事項」（付表）、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び組織体制図を添付すること。

注2 資格を証する書類の写しを添付すること。

注3 「リハビリテーション実施計画の作成に関わる者」等に変動が生じた場合は、本様式により速やかに届け出ること。

注4 加算を算定できなくなったときは、「介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書」により届け出ること。

(別紙9)

年 月 日

栄養士未配置減算及び栄養マネジメント加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 栄養士配置の状況	常勤		非常勤
	管理栄養士	人	人
	栄養士	人	人
3 栄養マネジメントの状況	常勤の管理栄養士	人	※平成27年3月31日までの経過措置
	常勤の栄養士 (実務経験5年以上)	人	
	栄養マネジメントに関わる者		
職種	氏名		
医師			
管理栄養士			
常勤栄養士 (実務経験5年以上)			
看護師			

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「栄養マネジメントに関わる者」には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

3 実務経験5年以上の常勤管理栄養士については、実務経験証明書を添付してください。

地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に係る体制

事業所の名称				
事業所の所在地				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
連絡先	電話番号		担当者名	
	FAX番号			
前年度の平均利用者数(人)				
地域移行支援に係る体制	従業者の職種・員数		地域移行支援員	
	従業者数	常勤(人)		
		非常勤(人)		
	常勤換算後の人数(人)			
加算算定上の必要人数(人)				
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち70%(人)			
	氏名		雇用されている事業所名	
	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				

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記載してください。

注3 「加算算定上の必要人数」欄には、記載しないでください。

注4 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記載してください。

地域生活移行個別支援特別加算に係る体制

施設・事業所の名称		
当該施設・事業所の前年度平均利用者数		人
当該施設・事業所が置くべき生活支援員の数 (常勤換算)		人
当該施設・事業所の生活支援員の配置数 (常勤換算)		人
	うち 社会福祉士の人数	人
	うち 精神保健福祉士の人数	人
社会福祉士又は 精神保健福祉士 による支援内容		
医師(精神科) 指導の回数		回/月
研修	回数	回/年
	内容	
協力体制機関名		

備考1 共同生活介護及び共同生活援助にあつては、以下により読み替えて記載ください。

- ① 「当該施設・事業所の前年度平均利用者数」欄は記載不用
- ② 生活支援員とは、
 - 共同生活介護にあつては、世話人又は生活支援員
 - 共同生活援助にあつては、世話人のことをいう。

備考2 医師(精神科)指導の回数欄は、障害者支援施設においてのみ記載してください。

備考3 研修欄は、医療観察法に基づく通院中の者及び刑務所から出所した障害者等の支援に関する研修について記載してください。

備考4 協力体制機関名欄は、事業所と協力体制をとっている保護観察所、指定医療機関、精神保健

福祉センター等の関係機関名を記載してください。

共同生活援助に係る体制

事業所の名称						
事業所の所在地						
連絡先	電話番号			担当者名		
	FAX番号					
共同生活住居の状況	共同生活住居の名称	住所		定員	大規模住居減算の該当の有無	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
合計				0	0	
利用者の状況	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容	氏名		区分	重度障害者等包括支援対象者の有無
			1			
			2			
			3			
			4			
			5			
			6			
			7			
			8			
			9			
			10			
			11			
			12			
			13			
			14			
			15			
合計					0	

注 「利用者の状況」欄は、共同生活援助事業所において行われている夜間の支援の内容、夜間支援従事者の配置状況等具体的に記載してください。

(別紙14)

年 月 日

夜間看護体制加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了
2 看護職員の配置状況	看護職員の総数	うち夜勤体制	施設入所支援の時間帯 をととした体制を記載 (延べ人数ではない)
	人	人体制	

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「看護職員配置の状況」には、当該施設における看護職員総数（実数）と施設入所支援を提供する時間における看護体制を記載してください。

3 看護職員の総数については、常勤換算

重度障害者の状況（施設入所支援）

重度障害者支援加算(I)

事業所番号					
事業所・施設名					
サービス種類		施設入所支援		単位番号	
前年度平均利用者数 (A)	平均利用者数の20% (B) = (A) × 0.2	前年度平均 障がい支援区分 (C)	基準上必要と される従業者数 (D) = (A) / (G)	実配置従業者数 (E)	加配従業者数 (F) = (E) - (D)
人	0人		人	人	0.0人

基準上必要とされる従業者数			① 重度障がい者の前年度平均利用者数	
平均障がい程度区分			② ① ≥ (B)	
4未満	4以上 5未満	5以上	③ (F) ≥ 1.0	
6:1	5:1	3:1	④ 下記(d)に該当する者が2人以上	
6	5	3	※ 上記②③両方該当…重度障がい者支援加算(I)の算定が可能	
			※ 上記④該当…重度障がい者支援加算(I)に加えて22単位の算定が可能	

利用者氏名	[a] 障がい程度区分	[b] 医師意見書に記載され る特別な医療の内容 (これに準ずる)	[c] 気管切開を伴う人工呼吸器 による呼吸管理が必要な者 又は重症心身障がい者該当 の有無	[d] [a]欄において区 分6に該当し、かつ [c]に該当
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

注1 本表は次に該当する利用者を記載してください。

- ① 医師意見書における「特別な医療」欄に該当している者（ただし、「疼痛の看護」及び「褥瘡の処置」を含む。）
- ② 受給者証に重度障がい者支援加算の記載がある者

注2 「医師意見書に記載される特別な医療の内容」以外に準ずる者は、「腸ろうによる経管栄養」及び「経鼻経管栄養」のみです。

注3 重度障がい者支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）の両方を算定することはできません。

注4 重度障がい者支援加算（Ⅰ）については、施設入所支援の生活介護に係る利用者全員（経過措置対象者を除く）に算定されます。

重度障害者の状況（施設入所支援）

記載例

重度障害者支援加算(I)

事業所番号	1	2	0	1	2	3	4	5	6	7
事業所・施設名	千葉施設									
サービス種類	施設入所支援					単位番号				

前年度平均利用者数 (A)	平均利用者数の20% (B)=(A)×0.2	前年度平均障がい程度区分 (C)	基準上必要とされる従業者数 (D)=(A)/(G)	実配置従業者数 (E)	加配従業者数 (F)=(E)-(D)
28.0 人	5.6 人	5.2	9.3 人	11.0 人	1.7 人

(G)	基準上必要とされる従業者数			① 重度障がい者の前年度平均利用者数	14.0
	平均障がい程度区分			② ① ≥ (B)	○
	4未満	4以上5未満	5以上	③ (F) ≥ 1.0	○
	6:1	5:1	3:1	④ 下記(d)に該当する者が2人以上	○
	6	5	3	※ 上記②③両方該当…重度障がい者支援加算(I)の算定が可能 ※ 上記④該当…重度障がい者支援加算(I)に加えて22単位の算定が可能	

	利用者氏名	[a] 障がい程度区分	[b] 医師意見書に記載される特別な医療の内容 (これに準ずる)	[c] 気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理が必要な者又は重症心身障がい者該当の有無	[d] [a]欄において区分6に該当し、かつ[c]に該当
1	A	区分5	カテーテル		
2	B	区分6	気管切開の処置	有	○
3	C	区分5	点滴の管理		
4	D	区分5	透析		
5	E	区分5	ストーマの処置		
6	F	区分6	気管切開の処置	有	○
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

注1 本表は次に該当する利用者を記載してください。

- ① 医師意見書における「特別な医療」欄に該当している者（ただし、「疼痛の看護」及び「褥瘡の処置」を含む。）
- ② 受給者証に重度障がい者支援加算の記載がある者

注2 「医師意見書に記載される特別な医療の内容」以外に準ずる者は、「腸ろうによる経管栄養」及び「経鼻経管栄養」のみです。

注3 重度障がい者支援加算（Ⅰ）（Ⅱ）の両方を算定することはできません。

注4 重度障がい者支援加算（Ⅰ）については、施設入所支援の生活介護に係る利用者全員（経過措置対象者を除く）に算定されます。

重度障害者支援加算に関する届出書（生活介護・施設入所支援）

1 事業所・施設の名称									
2 サービスの種類									
3 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了						
4 配置状況	1 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者 配置 2 強度行動障害支援者養成研修（中核的人材養成研修）修了者 配置								
5 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者配置人数	<table border="1"> <tr> <td>生活支援員の数（全体）(a)</td> <td>研修修了者の人数(b)</td> <td>(b)/(a)</td> </tr> <tr> <td>人</td> <td>人</td> <td>%</td> </tr> </table> <p>※ 生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者であること。</p>			生活支援員の数（全体）(a)	研修修了者の人数(b)	(b)/(a)	人	人	%
生活支援員の数（全体）(a)	研修修了者の人数(b)	(b)/(a)							
人	人	%							

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 実践研修・中核的人材養成研修共に、研修修了者については修了証の写しを添付すること。

注3 「強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者配置人数」については、実人数を記載すること。

注4 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）については、重度訪問介護従事者養成研修行動障害支援課程、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）については、行動援護従事者養成研修でも可。

(別紙16)

年 月 日

夜勤職員配置体制加算に関する届出書(施設入所支援)

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 申請する定員区分	1 定員21人以上40人以下
	2 定員41人以上60人以下
	3 定員61人以上
3 夜勤職員配置の状況	人

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「申請する定員区分」には、該当する番号(1～3)に○を付してください。

3 「夜勤職員配置の状況」には、施設入所支援を提供する時間に配置している
職員の数を記載してください。

短期滞在及び精神障害者退院支援施設に係る体制

サービスの種類				
事業所・施設の名称				
事業所・施設の所在地				
連絡先	電話番号		担当者名	
	FAX番号			
設備	定員		50人	
	居室数		1人当たり居室面積	
	うち個室	4室	13㎡	
	うち2人部屋	6室	9㎡	
	うち3人部屋			
	うち4人部屋	8室	7㎡	
	うち 人部屋			
	その他の設備の内容			
① デイルーム (〇㎡) ② 食堂 (〇㎡)				
夜間の支援体制	勤務形態		職種	人数
	常勤	専従		人
		兼務	看護職員	1人
	非常勤	専従		人
		兼務		人
	連携施設の名称			
夜間の支援体制の内容				

注1 「居室数」欄は、居室の定員規模ごとに、居室数及び当該居室の1人当たり床面積を記載し、居室の総定員が定員欄の値と等しくなるように記載してください。

注2 「その他の設備の内容」欄は、居室以外の利用者が利用する設備の内容を具体的に記載してください。

注3 「夜間の支援体制」欄は、夜間における支援の内容、他の社会福祉施設等との連携の状況等を具体的に記載してください。

就労定着者の状況（就労定着支援体制加算に係る届出書）

就労定着期間	定着者の割合	単位数	当該施設・事業所の 前年度における利用 定員(A)
6月以上12月未満の 定着者の割合(%)・・・①			
12月以上24月未満の 定着者の割合(%)・・・②			
24月以上36月未満の 定着者の割合(%)・・・③			
合計	①+②+③		

【イ. 6月以上12月未満の就労定着者の割合】

就労定着率(%) (就労定着者 ÷ A × 100)				
氏名	就職日	就職先事業所名	6月を経過した日	届出時点の継続状況
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

【ロ. 12月以上24月未満の就労定着者の割合】

就労定着率(%) (就労定着者 ÷ A × 100)				
氏名	就職日	就職先事業所名	12月を経過した日	届出時点の継続状況
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

【ハ. 24ヶ月以上36ヶ月未満の就労定着者の割合】

就労定着率(%) (就労定着者 ÷ A × 100)				
氏名	就職日	就職先事業所名	24月を経過した日	届出時点の継続状況
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

注1. 6月、12月、24月を経過した日が属する年度における就労定着者数を記入する。就職日から6月、12月、24月を経過した日が、それぞれ加算の届出を行う年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。)の前年度内に属しているか確認する。(黒枠部分)

注2. 記入したそれぞれの就労定着者を、届出を行う前年度における定員で除した割合を記入する(少数点以下は四捨五入)

注3. 就労定着支援体制加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

注4. 平成26年3月31日までの就労移行支援体制加算を算定する場合の届出書は廃止する。

記入例

(別紙18-1)

年 月 日

就労定着者の状況（就労定着支援体制加算に係る届出書）

就労定着期間	定着者の割合	単位数	当該施設・事業所の 前年度における利用 定員 (A)	20人
6月以上12月未満の 定着者の割合 (%)①	25%	71		
12月以上24月未満の 定着者の割合 (%)②	20%	41		
24月以上36月未満の 定着者の割合 (%)③	15%	34		
合計	①+②+③	146		

【イ. 6月以上12月未満の就労定着者の割合】

就労定着率 (%) (就労定着者 ÷ A × 100)		25%			
氏名	就職日	就職先事業所名	6月を経過した日	届出時点の継続状況	
1	〇〇太郎	平成25年10月15日	(株) 〇〇屋	平成26年4月15日	継続
2	△△花子	平成26年2月1日	(株) 〇〇ストア	平成26年8月1日	継続
3	□□一郎	平成26年4月1日	(株) 〇〇食堂	平成26年10月1日	離職
4	☆☆良子	平成26年8月1日	(株) 〇〇電機	平成27年2月1日	離職
5	※※慶子	平成26年9月15日	(有) 〇〇工業	平成27年3月15日	継続
6					
7					
8					
9					
10					

就職日によっては、6月、12月経過した日が同一年度に経過する就労継続者がある。その場合はそれぞれの期間の就労定着者としてカウントとする

【ロ. 12月以上24月未満の就労定着者の割合】

就労定着率 (%) (就労定着者 ÷ A × 100)		20%			
氏名	就職日	就職先事業所名	12月を経過した日	届出時点の継続状況	
1	××五郎	平成25年10月1日	(株) 〇〇パン	平成26年10月1日	離職
2	〇〇太郎	平成25年10月15日	(株) 〇〇屋	平成26年10月15日	離職
3	☆☆美子	平成25年12月1日	(株) 〇〇スーパー	平成26年12月1日	継続
4	△△花子	平成26年2月1日	(株) 〇〇ストア	平成27年2月1日	継続
5					
6					
7					
8					
9					
10					

【ハ. 24ヶ月以上36ヶ月未満の就労定着者の割合】

就労定着率 (%) (就労定着者 ÷ A × 100)		15%			
氏名	就職日	就職先事業所名	24月を経過した日	届出時点の継続状況	
1	※※良子	平成24年6月19日	(特) 〇〇会	平成26年6月19日	継続
2	☆☆太郎	平成24年10月1日	(株) 〇〇パン	平成26年10月1日	継続
3	××花子	平成24年12月10日	(株) 〇〇書店	平成26年12月10日	離職
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

注1. 6月、12月、24月を経過した日が属する年度における就労定着者数を記入する。就職日から6月、12月、24月を経過した日が、それぞれ加算の届出を行う年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。)の前年度内に属しているか確認する。(黒枠部分)

注2. 記入したそれぞれの就労継続者を、届出を行う前年度における定員で除した割合を記入する(少数点以下は四捨五入)

注3. 就労定着支援体制加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

注4. 平成26年3月31日までの就労移行支援体制加算を算定する場合の届出書は廃止する。

就労移行の状況(就労継続支援A型・B型事業所用)

前年度定着率(%)	
-----------	--

【前年度】

当該施設・事業所の定員(A)				
定着率(%) (定着者÷A×100)				
	氏 名	就 職 日	就職先事業所名	6か月後の状況
1		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
2		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
3		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
4		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
5		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
6		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
7		年 月 日		在籍・離職 年 月 日
8		年 月 日		在籍・離職 年 月 日

注1. 本表は届出を行う年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。)の前年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入。

注2. 就職先事業者の6か月後の状況に「在籍」している人数を定員で割った後、100を乗じ、小数点以下を四捨五入した整数値を記入。

注3. 就労移行支援体制加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

注4. 平成21年3月31日までの就労移行支援体制加算を算定する場合の届出書(就労移行の状況)は廃止する。

就労移行の状況(就労継続支援A型・B型事業所用)

記載例

前年度定着率(%)	10%
-----------	-----

【前年度】

当該施設・事業所の定員(A)		20人		
定着率(%) (定着者÷A×100)		10%		
	氏名	就職日	就職先事業所名	6か月後の状況
1	〇〇太郎	平成20年2月1日	(株) 〇〇屋	在籍・離職 年 月 日
2	△△花子	平成20年4月1日	(株) 〇〇ストア	在籍・離職 年 月 日
3				
4				
5				
6				
7				

- 注1. 本表は届出を行う年度(毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。)の前年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入。
- 注2. 就職先事業者の6か月後の状況に「在籍」している人数を定員で割った後、100を乗じ、小数点以下を四捨五入した整数値を記入。
- 注3. 就労移行支援体制加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。
- 注4. 平成21年3月31日までの就労移行支援体制加算を算定する場合の届出書(就労移行の状況)は廃止する。

目標工賃達成指導員対象施設の配置状況

※最低限必要となる職員数

当該施設・事業所の前年度の利用者数の平均値・・・(A)	
職業指導員及び生活支援員の数 $\{(A) \div 6\}$ ・・・(B)	0.0
職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた数 $\{(A) \div 5\}$ ・・・(C)	0.0

職業指導員及び生活支援員の氏名		常勤換算後の人数	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
合計	(B) ≦	0.0	①

×

目標工賃達成指導員の氏名		常勤換算後の人数	
1			
2			
3			
4			
5			
合計	常勤換算1.0 ≦	0.0	②

×

職業指導員及び生活支援員に目標工賃達成指導員を加えた常勤換算後の人数	(C) ≦	0.0	①+②
------------------------------------	-------	-----	-----

算定不可

注1：(A)は前年度の利用者数の延数を当該前年度の開所日数で除して得た数とする(少数点第2位以下切り上げ)。1年未満の実績しかない場合は、便宜上定員の90%を利用者数とする。

注2：(B)は前年度の利用者数の平均値を6で除して得た数とする。(C)は前年度の利用者数の平均値を5で除して得た数とする。

注3：目標工賃達成指導員加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

(別紙24)

年 月 日

延長支援加算体制届出書

施設種別	
施設名	
定員	
運営規定上の営業時間	

	氏名	年齢	利用時間	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※ 運営規程の営業時間を超えて支援を行うものとして、加算を算定する場合に届け出ること。

を添付すること。

送迎加算に関する届出書(平成30年4月以降)

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 送迎の状況① (全サービス)	1 当該事業所において行われる通所サービス等の利用につき、利用者の送迎を行っていること。
3 送迎の状況② (短期入所、 重度障害者 等包括支援 以外)	1 1回の送迎につき、平均10人以上(ただし、利用定員が20人未満の事業所にあつては、1回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上)が利用している
	2 週3回以上の送迎を実施している。
4 送迎の状況③ (生活介護のみ)	1 送迎を利用する者のうち、区分5若しくは区分6に該当する者又はこれに準ずる者が100分の60以上。
	2 1)には該当しない。

備考 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

「送迎の状況①」欄については、該当する場合は必ず○を付けること。

「送迎の状況②」欄については、両方(1と2)に該当する場合は両方に○を付けること。

* 送迎に使用する車両の写真及び車検証を添付する事

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号										
事業所名										
事業所の所在地										
連絡先	電話番号					担当者名				
	FAX番号									
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由								
	2	夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)					当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
					夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	夜間支援従事者④	夜間支援従事者⑤	
		合計								
	3	夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①							
			夜間支援従事者②							
			夜間支援従事者③							
			夜間支援従事者④							
			夜間支援従事者⑤							
	4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①							
			夜間支援従事者②							
			夜間支援従事者③							
夜間支援従事者④										
夜間支援従事者⑤										
5	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①								
		夜間支援従事者②								
		夜間支援従事者③								
		夜間支援従事者④								
		夜間支援従事者⑤								
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯									
7	備考									
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1	住居名								
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)								
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の確保の方法								
	4	備考								
夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援従事者⑥	住居名	滞在時間	住居名	滞在時間	夜間支援等体制加算の種類		
			夜間支援従事者⑦							
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑧							
			夜間支援従事者⑨							
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑩							
			夜間支援従事者⑪							

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に

注4 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。

注6 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

注8 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。

注9 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。

注10 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

記載例

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号		××××××							
事業所名		○○事業所							
事業所の所在地		△△県□□市◇◇××××							
連絡先	電話番号	××××××			担当者名	◎◎◎◎			
	FAX番号	××××××							
夜間支援等体制加算 (I)・(II)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由	共同生活				当該住居で想定される夜間支援体制 (夜勤・宿直)		
	2	同日にBホームとCホームの両方で従事している場合は、このように記載する。このケースの場合、Bホームで支援する1名についてもCホームで支援する4名についても、「利用者」が5人の場合の単位数」を用いてそれぞれ算定する。(夜勤の場合、Bホームでは269単位×1名、Cホームでは269単位×4名となる) また、1つの共同生活住居で複数の夜間支援従事者が支援をする場合は、1つの共同生活住居で複数の単位数が算定されることが想定される(例えば、10名定員で従事者②が6名、従事者③が4名支援する場合(この場合、夜勤であれば従事者②が224単位×6名、従事者③が336単位×4名となる)等)が、請求した際に警告が出る場合でも1人の夜間支援従事者が支援を行う人数に間違いがなければ、そのまま請求して差し支えない。	夜間支援の対象者数(人)	夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	夜間支援従事者④	夜間支援従事者⑤	
			5	5	5				
			6	6	6				
			4	4					
			5	5					
	1	計	15	5	5	5	4		
	3	Aホーム Bホーム Cホーム Dホーム Eホーム	「1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者数(人)」は「夜間支援の対象者数(人)」を按分した人数である。 ※必ず「夜間支援の対象者数(人)」=「1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者数(人)」となる	各従事者がどのような勤務形態かではなく、各ホームがどのような勤務形態かを記載。					
			夜勤・宿直の待機場所を記載。						
			夜間支援従事者①						
夜間支援従事者②									
夜間支援従事者③									
4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①							
		夜間支援従事者②							
		夜間支援従事者③							
		夜間支援従事者④					徒歩10分		
		夜間支援従事者⑤							
5	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①							
		夜間支援従事者②							
		夜間支援従事者③							
		夜間支援従事者④					携帯電話		
		夜間支援従事者⑤							
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	22:00~6:00							
7	備考								
夜間支援等体制加算 (III)	1	住居名	Fホーム	Gホーム	Hホーム				
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)	警備会社(◆◆会社)と警備の委託契約を締結。(契約書の写しは別添のとおり。)			同左			
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的な方法	職員が携帯電話を身につけ、連絡体制を確保するとともに、緊急連絡先						
	4	備考							
夜間支援等体制加算 (IV)・(V)・(VI)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援従事者⑥	住居名	Bホーム	潜在時間	22:00~23:00	夜間支援等体制加算の種類	夜勤(IV)
			夜間支援従事者⑦	住居名	Cホーム	潜在時間	1:00~3:00	夜勤(V)	
			夜間支援従事者⑧	住居名	Eホーム	潜在時間	23:00~2:00	夜勤(VI)	
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑨	Cホーム					
			夜間支援従事者⑩	Eホーム					
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	22:00~6:00 23:00~2:00						

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。
 注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。
 注3 夜間支援等体制加算(I)・(II)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に
 注4 夜間支援等体制加算(I)・(II)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。
 注5 夜間支援等体制加算(I)・(II)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。
 注6 夜間支援等体制加算(III)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。
 注7 夜間支援等体制加算(III)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。
 注8 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と潜在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。
 注9 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる潜在場所を記載してください。
 注10 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

記載例

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号		××××××											
事業所名		〇〇事業所											
事業所の所在地		△△県〇〇市〇〇××××											
連絡先	電話番号	××-××××-××××			担当者名	◎◎ ◎◎							
	FAX番号	××-××××-××××											
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由 夜間の排せつ支援等を必要とする利用者が入居しているため。											
	2	夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)					当該住居で想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)			
					夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	夜間支援従事者④	夜間支援従事者⑤				
			Aホーム	5	5						宿直		
			Bホーム	6		6					夜勤		
			Cホーム	4				4			夜勤		
			Dホーム	5				5			夜勤		
			Eホーム	4				1	3	夜勤			
			合計	15	5	5	5	5	4				
	3	夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①	Aホーム									
			夜間支援従事者②	Bホーム									
			夜間支援従事者③	Cホーム									
			夜間支援従事者④	Dホーム									
			夜間支援従事者⑤	Eホーム									
	4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①	-									
夜間支援従事者②			-										
夜間支援従事者③			-										
夜間支援従事者④			徒歩10分										
夜間支援従事者⑤			-										
5	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①	-										
		夜間支援従事者②	-										
		夜間支援従事者③	-										
		夜間支援従事者④	携帯電話										
		夜間支援従事者⑤	-										
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	22:00~6:00											
7	備考												
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1	住居名	Fホーム	Gホーム	Hホーム								
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)	警備会社(◆会社)と警備の委託契約を締結。(契約書の写しは別添のとおり。)				同左						
	3	利用者の緊急事態に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的な方法					職員が携帯電話を身につけ、連絡体制を確保するとともに、緊急連絡先を住居内に掲示している。						
	4	備考											
夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援従事者⑥	住居名	Bホーム	滞在時間	22:00~23:00	住居名	Cホーム	滞在時間	1:00~3:00	夜間支援等体制加算の種類	夜勤(Ⅳ)
			夜間支援従事者⑦		Dホーム		4:00~5:00					夜勤(Ⅴ)	
			夜間支援従事者⑧		Eホーム		23:00~2:00						
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑨	Cホーム									
			夜間支援従事者⑩	Eホーム									
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑪	22:00~6:00									
夜間支援従事者⑫			23:00~2:00										

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。
 注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。
 注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入してください。また、前年度の平均利用者数の算定に
 注4 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。
 注5 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載してください。
 注6 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。
 注7 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。
 注8 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。
 注9 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。
 注10 夜間支援等体制加算(Ⅳ)・(Ⅴ)・(Ⅵ)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

**地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に係る体制
(宿泊型自立訓練事業所)**

事業所番号			
事業所の名称			
事業所の所在地			
異動区分		1 新規	2 変更
		3 終了	
連絡先	電話番号	担当者名	
	FAX番号		
前年度の平均利用者数(人)			
地域移行支援に係る体制	従業者の職種・員数		地域移行支援員
	従業者数	常勤(人)	
		非常勤(人)	
	常勤換算後の人数(人)		
加算算定上の必要人数(人)			
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち50% (人)		
	氏名		雇用されている事業所名
	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			

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付して下さい。

注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入して下さい。

注3 「加算算定上の必要人数」欄には、記入しないで下さい。

注4 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入して下さい。

(別紙29)

年 月 日

通勤者生活支援加算に係る体制(共同生活援助事業所)

事業所番号				
事業所の名称				
事業所の所在地				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
連絡先	電話番号	担当者名		
	FAX番号			
前年度の平均利用者数(人)				
通勤者生活支援に係る体制	前年度の平均利用者数のうち50%(人)			
	氏名		雇用されている事業所名	
	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			
	29			
30				

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付して下さい。

注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入して下さい。

注3 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入して下さい。

常勤看護職員等配置加算・看護職員配置加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
異動区分	1 新規	2 継続	3 変更	4 終了
サービスの種類 算定する加算の区分	1 生活介護	常勤看護職員等配置加算		
	2 短期入所	常勤看護職員等配置加算		
	3 生活訓練	看護職員配置加算（Ⅰ）		
	4 宿泊型自立訓練	看護職員配置加算（Ⅱ）		
	5 共同生活援助	看護職員配置加算		
看護職員の配置状況 (常勤換算)	保健師	人	加算区分 1 } 2 } ⇒ 合計1人以上 3 } 4 }	該当 ・ 非該当
	看護師	人		
	准看護師	人		
看護職員の必要数 (共同生活援助のみ)	前年度の平均 利用者数	人	加算区分 ↓ 5 ⇒ 合計1人以上 かつ 左の必要数以上	該当 ・ 非該当
	利用者数を 20で除した数 (必要数)	人		
添付書類	1. 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 2. 看護職員の資格を証する書類の写し			

注1 生活介護に係る加算を算定する事業所において、複数のサービス単位を設定している場合、加算を算定するサービス単位ごとに本書を作成すること。なお、加算の算定にあたっては、サービス単位の利用定員に応じて算定するものとする。

注2 共同生活援助における届出に係る看護職員は、指定障害福祉サービス基準に規定されている常勤換算方法により配置が定められた員数の従業者に加えて配置されている者に限る。

注3 前年度に当該加算を算定しており、新年度も引き続き算定するものとしてこの届出書を提出する場合（共同生活援助の場合は必須）には、「異動区分」欄において「2 継続」に○を付すこと。

(宿泊型自立訓練)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号						
事業所名						
事業所の所在地						
連絡先	電話番号			担当者名		
	FAX番号					
夜間支援等 体制加算 (Ⅰ)・(Ⅱ)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由	夜間の排せつ支援等を必要とする利用者が入居しているため。			
	2	夜間支援の対象者数及び 夜間支援従事者の配置状 況	夜間支援の対象 者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数 (人)		想定される夜間支 援体制(夜勤・宿 直)
				夜間支援従事者 ①	夜間支援従事者 ②	
	3	夜間支援体制を確保して いる夜間及び深夜の時間 帯				
	4	備考				
夜間支援等 体制加算 (Ⅲ)	1	夜間における防災体制の 内容 (契約内容等)				
	2	利用者の緊急事態等に 対応するための連絡体制・ 支援体制の確保の具体的 方法				
	3	備考				

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、事業所における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入して下さい。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入して下さい。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「当該住居の夜間支援体制(夜勤・宿直)」欄について、同じ月の中で別々の日に夜勤又は宿直を配置する場合は、複数枚に書き分けるなど、夜勤を配置する日又は宿直を配置する日それぞれの場合の体制について記載してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

(宿泊型自立訓練)夜間支援等体制加算届出書

事業所番号		××××××				
事業		〇〇事業所				
事業所の		△△県□□市◇◇×-×-×				
連絡先	電	××××-	特定の個人を指すのではなく、別々の日に異なる者が支援を行うといったように、従事者①が複数の個人である場合もある。			
	F	××××-				
夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)	1	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)			想定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
	2	夜間支援従事者の配置状況	夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	夜勤
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	「1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)」は「夜間支援の対象者数(人)」を按分した人数である。 ※必ず「夜間支援の対象者数(人)」=「1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)」となること。			各従事者がどのような勤務形態かではなく、事業所がどのような勤務形態かを記載。
	4	備考				
夜間支援等体制加算(Ⅲ)	1	夜間における防災体制の内容(契約内容等)	警備会社(◆◆会社)と警備の委託契約を締結。(契約書の写しは別添のとおり。)			
	2	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法	職員が携帯電話を身につけ、連絡体制を確保するとともに、緊急連絡先を住居内に掲示している。			
	3	備考				

・「前年度の平均」を記載。
 ・定員変更があれば「前年度の平均+定員増減分の90%」を記載。
 ※この人数は、夜間支援対象利用者の人数ごとに設定されている単位区分の選定に用いるものであり、この人数に単位を乗じて加算額を算定するのではない。

特定の個人を指すのではなく、別々の日に異なる者が支援を行うといったように、従事者①が複数の個人である場合もある。

夜間の排せつ支援等を必要とする利用者が入居しているため。

「1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)」は「夜間支援の対象者数(人)」を按分した人数である。
 ※必ず「夜間支援の対象者数(人)」=「1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)」となること。

各従事者がどのような勤務形態かではなく、事業所がどのような勤務形態かを記載。

注1 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けるなどして記載してください。

注2 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、事業所における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入して下さい。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入して下さい。

注3 夜間支援等体制加算(Ⅰ)・(Ⅱ)の2の「当該住居の夜間支援体制(夜勤・宿直)」欄について、同じ月の中で別々の日に夜勤又は宿直を配置する場合は、複数枚に書き分けるなど、夜勤を配置する日又は宿直を配置する日それぞれの体制について記載してください。

注4 夜間支援等体制加算(Ⅲ)については、1又は2のいずれか一方(両方でも可)を記載してください。

注5 夜間支援等体制加算(Ⅲ)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

医療連携体制加算(Ⅶ)に関する届出書

事業所番号			
事業所の名称			
事業所所在地			
異動区分	1 新規	2 変更	
支援対象者	人		
看護師の配置状況(事業所の職員として看護師を確保している場合)	1	配置する看護師の数(人)	
	2	他事業所との併任	有
訪問看護ステーション等との提携状況(訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合)	1	訪問看護ステーション等の名称	
	2	訪問看護ステーション等の所在地	
	3	確保する看護師の数(人)	
看護師の勤務状況			
その他の体制の整備状況	1	看護師に24時間常時連絡できる体制を整備している。	有
	2	重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居の際に、入居者又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得る体制を整備している。	有

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 看護師1人につき、算定可能な利用者は20人までです。

注3 「看護師の勤務状況」欄は、本届出を行う事業所における看護師の勤務状況を記載し

注4 事業所の職員として看護師を確保している場合については、看護師であることを証明

注5 病院・診療所・訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合に

注6 重度化した場合における対応に関する指針を添付してください。

(別紙32)

年 月 日

終了
・ 無
・ 無
・ 無

てください
する
については、

施設外支援実施状況（移行準備支援体制加算(Ⅰ)に係る届出書）

当該施設の前年度の利用定員 (A)			
うち施設外支援実施利用者 (B)			
施設外支援実施率 ((B) / (A)) (C)			
氏 名		職場実習等	求職活動等
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1. 本表は前年度に施設外支援を実施した利用者を記載してください。

注2. 移行準備支援体制加算(Ⅰ)を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

(別紙33)

年 月 日

記載例

施設外支援実施状況（移行準備支援体制加算（I）に係る届出書）

当該施設の前年度の利用定員（A）		30人	
うち施設外支援実施利用者（B）		15人	
施設外支援実施率（B）／（A）（C）		50.00%	
氏 名		職場実習等	求職活動等
1	A	○	
2	B		○
3	C	○	○
4	D	○	
5	E		○
6			
7			
8			
9			
10			

算定する加算に○をつけること

注1. 本表は前年度に施設外支援を実施した利用者を記載してください。

注2. 移行準備支援体制加算（I）を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

障害基礎年金1級を受給する利用者の状況（重度者支援体制加算に係る届出書）

当該施設の前年度の平均実利用者		(A)	
うち障害基礎年金1級を受給する利用者		(B)	
(B)÷(A)		(C)	
重度者支援体制加算		(I)	(II)
		50%~	25%~50%
氏 名			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1. 本表は前年度の障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

注2. 重度者支援体制加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

記載例

障害基礎年金1級を受給する利用者の状況（重度者支援体制加算に係る届出書）

当該施設の前年度の平均実利用者 (A)		30人	
うち障害基礎年金1級を受給する利用者 (B)		15人	
(B) / (A) (C)		50.00%	
重度者支援体制加算	(I) 50%~	(II) 25%~50%	
	○		
氏 名			
1	A		
2	B		
3	C		
4	D		
5	E		
6			
7			
8			
9			
10			

算定する加算に○をつけること

注1. 本表は前年度の障害基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

注2. 重度者支援体制加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

重度障害者支援加算に関する届出書（短期入所）

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 配置状況 (基礎研修修了者名)	
4 配置状況 (実践研修修了者名)	
5 配置状況 (中核的人材研修修了者名)	

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 基礎研修修了者・実践研修修了者・中核的人材研修修了者については、修了証の写しを別途添付すること。

3 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）については、重度訪問介護従事者養成研修行動障害支援課程、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）については、行動援護従事者養成研修でも可。

地域移行支援サービス費(Ⅰ)に係る届出書

事業所・施設の名称		
1 異動区分	① 新規	② 変更
		③ 終了
2 有資格者の配置	社会福祉士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又はこれらに準ずる者である従業者を1人以上配置していること。	有・無
3 地域移行の実績	当該事業所の地域移行支援を利用した者のうち、地域移行支援計画に基づき、前年度に地域生活に移行した者が1人以上いること。 前年度に地域生活に移行した者の人数 ・ ・ ・ 人	有・無
4 関係機関との連携	精神科病院、障害者支援施設等、救護施設等、刑事施設等との緊密な連携体制が整えられていること。 関係機関との連携の状況等 {	有・無

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 「これらに準ずる者」とは、「精神障害関係従事者養成研修事業について」（平成26年3月31日付け障発0331第5号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者である相談支援専門員をいう。
- 該当する資格を証する書類の写しを添付してください。研修の修了者であることをもって該当する資格に準ずる者とする相談支援専門員については、研修を修了した旨を証する書類を添付してください。
- 関係機関との連携については、その状況等を具体的に記載してください。

(別紙)

年 月 日

特定事業所加算に係る届出書 (相談支援事業所)

事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 特定事業所加算(I) 2 特定事業所加算(II) 3 特定事業所加算(III) 4 特定事業所加算(IV)

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況	有・無															
<table border="1"><tr><td>相談支援専門員</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr><tr><td>上記のうち主任相談支援専門員</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr><tr><td>上記のうち現任研修修了者</td><td>常勤専従</td><td>人</td><td>常勤兼務</td><td>人</td></tr></table>	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち主任相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人												
上記のうち主任相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人												
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人												
※ 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。																
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を 目的とした会議を定期的開催している。	有・無															
③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無															
④-1 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、 主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無															
④-2 当該指定特定相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、 現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無															
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該 ケースを受託する体制を整備している。	有・無															
⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無															
⑦ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)が40件未満である。	有・無															

※ 特定事業所加算(Ⅰ)を届け出る場合は④-1に、その他場合は④-2に記載ください。

※ 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。

※ 当該届出様式は標準様式とする。

(別紙 39)

平成 年 月 日

就労移行支援体制加算に関する届出書

前年度における 就労定着者の数	人
--------------------	---

	氏名	就職日	就職先事業所名	前年度において 6月に達した日	届出時点の継続状
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

- 注1 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。
- 注2 加算単位数は前年度の就労定着者の数に利用定員に応じた所定単位数を乗じて得た単位数を加算することとなる。
- 注3 行が足りない場合は適宜追加して記載。

14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

- 注1 就労定着者とは、就労継続支援A型等を受けた後、就労し、当該年度の前年度において就労継続している期間が6月に達した者（就労定着者という。）をいう。なお、就労とは企業等との雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、他の就労継続支援A型事業所の利用者として移行は除く。
- 注2 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。
- 注3 加算単位数は前年度の就労定着者の数に当該年度の利用定員及び基本報酬の算定区分に応じた所定単位数を乗じて得た単位数を加算することとなる。
- 注4 行が足りない場合は適宜追加して記載。

就労移行支援体制加算に関する届出書 (A型)

前年度における 就労定着者の数	人
--------------------	---

基本報酬の算定区 分	1 評価点が170点以上 2 評価点が150点以上170点未満 3 評価点が130点以上150点未満 4 評価点が105点以上130点未満 5 評価点が80点以上105点未満 6 評価点が60点以上80点未満 7 評価点が60点未満
---------------	--

	氏名	就職日 (年月日)	就職先事業所名	前年度において6月に達した日 (年月日)	届出時点の継続状況
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

注1 就労定着者とは、就労継続支援A型等を受けた後、就労し、当該年度の前年度において就労継続している期間が6月に達した者（就労定着者という。）をいう。なお、就労とは企業等との雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、他の就労継続支援A型事業所の利用者として移行は除く。

注2 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注3 加算単位数は前年度の就労定着者の数に当該年度の利用定員及び基本報酬の算定区分に応じた所定単位数を乗じて得た単位数を加算することとなる。

注4 行が足りない場合は適宜追加して記載。

就労移行支援体制加算に関する届出書

前年度における 就労定着者の数	人
--------------------	---

基本報酬の算 定区分	就労継続支援B型サービス費 (Ⅰ) 又は(Ⅱ)	1 4万5千円以上 2 3万5千円以上4万5千円未満 3 3万円以上3万5千円未満 4 2万5千円以上3万円未満 5 2万円以上2万5千円未満 6 1万5千円以上2万円未満 7 1万円以上1万5千円未満 8 1万円未満
	就労継続支援B型サービス費(Ⅲ)又は(Ⅳ)	

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	前年度に おいて6月 に達した 日(年月 日)	届出時点の継続状況
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

注1 就労定着者とは、就労継続支援B型等を受けた後、就労し、当該年度の前年度において就労継続している期間が6月に達した者をいう。なお、就労とは企業等との雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所の利用者として移行及び施設外支援の対象となるトライアル雇用は除く。

注2 基本報酬の算定区分について、就労継続支援B型サービス費(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定している場合は、平均工賃月額額の区分も選択すること。

注3 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注4 加算単位数は前年度の就労定着者の数に当該年度の利用定員及び基本報酬の算定区分に応じた所定単位数を乗じて得た単位数を加算することとなる。

注5 行が足りない場合は適宜追加して記載。

個別計画訓練支援加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

個別計画訓練支援加算（Ⅱ）の要件

算定要件		確認欄
1 有資格者の配置等	(1) 社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者が配置されていること。	
	(2) (1)の従業者により、利用者の障害特性や生活環境に応じて、「応用日常生活動作」、「認知機能」、「行動上の障害」に係る個別訓練実施計画を作成していること。	
2 個別訓練実施計画の運用	(1) 個別訓練実施計画に基づく支援が行われ、その内容や利用者の状態を定期的に記録していること。	
	(2) 個別訓練実施計画の進捗状況を毎月ごとに評価し、必要に応じて当該計画の見直しを行っていること。	
3 情報の共有・伝達	(1) 指定障害者支援施設等に入所する利用者については、訓練に係る日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を、当該指定障害者支援施設等の従業者間で共有していること。	
	(2) (1)以外の利用者については、必要に応じて、指定特定相談支援事業者を通じて、他の指定障害福祉サービス事業所等に訓練に係る日常生活上の留意点、介護の工夫等の情報を伝達していること。	

個別計画訓練支援加算（Ⅰ）の要件

算定要件		確認欄
1	個別計画訓練支援（Ⅱ）の要件をすべて満たしている。	
2	支援プログラムを公表していること。	
3	SIMを用いた評価結果を集計し、公表していること。	

注1 事業所の種別に応じて「指定に係る記載事項」（付表）、「従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表」及び組織体制図を添付すること。

注2 資格を証する書類の写しを添付すること。

注3 「個別計画訓練支援計画の作成に関わる者」等に変動が生じた場合は、本様式により速やかに届け出ること。

注4 加算を算定できなくなったときは、「介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等に関する届出書」により届け出ること。

精神障害者地域移行特別加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 運営規程に定める 障害者の種類	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病患者等
3 有資格者の配置	① 社会福祉士 . . . 人 ② 精神保健福祉士 . . . 人 ③ 公認心理師等 . . . 人

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

- 2 指定障害福祉サービス基準第135条、第171条において準用する第89条、第211条の3（第213条の11で準用する場合を含む）又は第213条の19に規定する運営規程を別途添付してください。
- 3 公認心理師等には、「心理に関する支援を要する者に対する相談、助言、指導等の援助を行う能力を有する者」を含む。
- 4 従業者が有する資格について、当該資格を証する書類の写しを添付してください。

(別紙 4 2)

年 月 日

強度行動障害者地域移行特別加算に係る届出書

事業所・施設の名称				
異動区分		① 新規	② 変更	③ 終了
職員配置		研修の受講状況		
職種	氏名	強度行動障害支援者養成研修 (実践研修)	強度行動障害支援者養成研修 (基礎研修)	

実践研修の終了者の数※1	生活支援員の数	基礎研修の終了者の 数及び割合※2

(※1) サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者であること。

(※2) 生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者であること。

注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。

注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください(地域移行支援員や世話人等は含まれません。)

注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。

注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講していない場合は「無」を記載してください。

社会生活支援特別加算に係る届出書

事業所・施設の名称		
1 異動区分	① 新規	② 変更
		③ 終了
2 従業員の配置	人員配置基準に定める従業員の数に加え、平成18年厚生労働省告示第556号第9号に定める厚生労働大臣が定める者の受け入れに当たり、当該利用者に対する適切な支援を行うために必要な数の生活支援員を配置することが可能であること。	有・無
3 有資格者による指導体制	以下のいずれかにより、平成18年厚生労働省告示第556号第9号に定める厚生労働大臣が定める者に対する適切な支援について、従業員を対象とした指導体制が整えられていること。 ① 社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格を有する者が配置されていること ② 指定医療機関等との連携により、社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格を有する者を事業所に訪問させていること 関係機関との連携の状況等 〔 〕	有・無
4 研修の開催	従業員に対し、医療観察法に規定する入院によらない医療を受ける者又は刑事施設若しくは少年院を釈放された障害者の支援に関する研修が年一回以上行われていること。	有・無
5 他機関との連携	保護観察所、更生保護施設、指定医療機関又は精神保健福祉センターその他関係機関との協力体制が整えられていること。 協力体制の状況等 〔 〕	有・無

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 該当する資格を証する書類の写しを添付してください。指定医療機関等との連携により有資格者の指導体制を整える場合は、関係機関との連携の状況等を具体的に記載してください。

3 研修の開催日時、参加者、研修内容等がわかる資料を付してください。

4 関係機関との協力体制については、その状況等を具体的に記載してください。

就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書
(就労移行支援サービス費(1))

施設・事業所名					
定員区分	1	21人以上40人以下	就労定着率区分	1	就職後6月以上定着率が5割以上
	2	41人以上60人以下		2	就職後6月以上定着率が4割以上5割未満
	3	61人以上80人以下		3	就職後6月以上定着率が3割以上4割未満
	4	81人以上		4	就職後6月以上定着率が2割以上3割未満
	5	20人以下		5	就職後6月以上定着率が1割以上2割未満
				6	就職後6月以上定着率が0割超1割未満
			7	就職後6月以上定着率が0	
			8	なし(経過措置対象)	
前年度及び前々年度の就職後6月以上定着者の状況	就職後6月以上定着者数				
		前年度 (年度)	前々年度 (年度)		
	4月	人	人		
	5月	人	人		
	6月	人	人		
	7月	人	人		
	8月	人	人		
	9月	人	人		
	10月	人	人		
	11月	人	人		
	12月	人	人		
	1月	人	人		
	2月	人	人		
	3月	人	人		
	合計	0	人		
				利用定員数	
			前年度 (年度)	前々年度 (年度)	
			人	人	
			合計	0	
			人		
			就労定着率		
			%		

注1 就職後6月以上定着者とは、就労移行支援を受けた後、就労し、就労を継続している期間が6月に達した者(就労定着者という。)をいい、前年度及び前々年度の実績を記載すること(就労とは企業等と雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所の利用者としての移行は除くこと。)

注2 平成29年10月1日に就職した者は、平成30年3月31日に6月に達した者となることから、平成29年度の実績に含まれることとなる。

注3 就労定着率区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから2年間を経過していない事業所が選択する。ただし、2年目の事業所においては、1年目の就労定着者の割合に応じた区分で算定することも可能。

注4 就労定着者の状況は、別添「就労定着者の状況(就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)」を提出すること。

注5 当該年度の利用定員が年度途中で変更になった場合は、各月の利用定員の合計数を12で除した数を利用定員とすること。
(例) 4月から12月までの利用定員20人、1月から3月までの利用定員が30人の場合の利用定員
(20人×9月+30人×3月)÷12月=22.5人

別 添

就労定着者の状況

(就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)

前年度及び前々年度に おける就労定着者の数	
--------------------------	--

	氏名	就職日 (年月日)	就職先事業所名	前年度又は前々年度にお いて6月に達した日 (年	届出時点の継続状況
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					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

注1 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。
 注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。
 注3 雇用契約書、労働条件通知書又は雇用契約証明書の写しも必ず提出する事。

就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書（養成）
（就労移行支援サービス費（Ⅱ））

施設・事業所名			
定員区分	1 21人以上40人以下	就労定着率区分	1 就職後6月以上定着率が5割以上
	2 41人以上60人以下		2 就職後6月以上定着率が4割以上5割未満
	3 61人以上80人以下		3 就職後6月以上定着率が3割以上4割未満
	4 81人以上		4 就職後6月以上定着率が2割以上3割未満
	5 20人以下		5 就職後6月以上定着率が1割以上2割未満
			6 就職後6月以上定着率が0割超1割未満
	7 就職後6月以上定着率が0		
	8 なし（経過措置対象）		
前年度の就職後6月以上定着者の状況	就職後6月以上定着者数		
	4月	人	
	5月	人	
	6月	人	
	7月	人	
	8月	人	
	9月	人	
	10月	人	
	11月	人	
	12月	人	
	1月	人	
	2月	人	
	3月	人	
	合計	人	
		前年度利用定員	就労定着率
		人	%

-
- 注1 就職後6月以上定着者とは、就労移行支援を受けた後、就労し、就労を継続している期間が6月に達した者（就労定着者という。）をいい、前年度の実績を記載すること（就労とは企業等と雇用契約に基づく就労をいい、労働時間等労働条件の内容は問わない。ただし、就労継続支援A型事業所の利用者としての移行は除くこと。）。
- 注2 平成29年10月1日に就職した者は、平成30年3月31日に6月に達した者となることから、平成29年度の実績に含まれることとなる。
- 注3 就労定着率区分「なし（経過措置対象）」は、指定を受けてから3年間（就業年限が5年の場合は5年間）を経過していない事業所が選択する。
- 注4 就労定着者の状況は、別添「就労定着者の状況（就労移行支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書）」を提出すること。
- 注5 前年度の利用定員は、当該前年度における最終学年の生徒の定員数を記載すること。

別 添

就労定着者の状況（養成）

（就労移行支援（養成）に係る基本報酬の算定区分に関する届出書）

前年度における 就労定着者の数	
--------------------	--

	氏名	就職日（年月日）	就職先事業所名	前年度において 6月に達した日（年月）	届出時点の継続状況
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					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					

注1 届出時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。
注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。
注3 雇用契約書、労働条件通知書又は雇用契約証明書の写しも必ず提出する事。

就労継続支援A型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名		
人員配置区分	1. I型(7.5:1)	2. II型(10:1)
定員区分	1 21人以上40人以下 2 41人以上60人以下 3 61人以上80人以下 4 81人以上 5 20人以下	
評価点区分	1 評価点が170点以上 2 評価点が150点以上170点未満 3 評価点が130点以上150点未満 4 評価点が105点以上130点未満 5 評価点が80点以上105点未満 6 評価点が60点以上80点未満 7 評価点が60点未満 8 なし(経過措置対象)	
評価点の公表	インターネット 利用	(公表場所) (URL)
	その他	

注1 厚生労働大臣が定める事項及び評価方法(令和3年厚生労働省告示第88号)に基づき評価点を算出すること。

なお、別添「就労継続支援A型事業所におけるスコア表(全体)」も併せて提出すること。

注2 評価点区分「なし(経過措置対象)」は、指定を受けてから1年度間を経過していない事業所が選択する。

注3 評価点の公表については、インターネットを利用した公表方法の場合は、公表場所と当該公表場所のURL等を、その他の方法による場合は、その公表方法を記載すること。

なお、公表していない場合は、減算となるので留意すること。

利用開始時には予見できない事由により短時間労働となった旨の届出

事業所名																																											
利用者名																																											
短時間労働となった理由	ア 筋ジストロフィーを罹患している利用者が、利用開始時には予見できない病状の進行により短時間労働となった。																																										
	イ 利用開始後に病気等で入院し、退院直後の労働が短時間となった。																																										
	ウ 家族の介護を受けながら利用していたが、家族の病気等により、居宅介護等のサービスが必要となった。																																										
	エ 精神障害者等で、利用開始時には予見できない体調の変動により短時間労働となった。(当該サービスの利用日に急きょ体調不良となった場合は含まない。)																																										
	オ その他(以下に具体的な理由を記入) ()																																										
短時間労働となった利用者の状況	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>延べ労働時間数</th><th>延べ日数</th></tr></thead><tbody><tr><td>4月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>5月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>6月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>7月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>8月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>9月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>10月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>11月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>12月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>1月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>2月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>3月</td><td>時間</td><td>日</td></tr><tr><td>合計</td><td>時間</td><td>日</td></tr></tbody></table>		延べ労働時間数	延べ日数	4月	時間	日	5月	時間	日	6月	時間	日	7月	時間	日	8月	時間	日	9月	時間	日	10月	時間	日	11月	時間	日	12月	時間	日	1月	時間	日	2月	時間	日	3月	時間	日	合計	時間	日
		延べ労働時間数	延べ日数																																								
	4月	時間	日																																								
	5月	時間	日																																								
	6月	時間	日																																								
	7月	時間	日																																								
	8月	時間	日																																								
	9月	時間	日																																								
	10月	時間	日																																								
	11月	時間	日																																								
	12月	時間	日																																								
	1月	時間	日																																								
	2月	時間	日																																								
	3月	時間	日																																								
合計	時間	日																																									

注 延べ労働時間数は、実際に利用者が労働した時間数をそれぞれの月で算出し総計するものである。休憩時間、遅刻、早退、欠勤、健康面や生活面の助言・指導といった面談に要した時間等により実際に労働していない時間であって賃金の支払いが生じない時間は労働時間数に含めない。年次有給休暇を取得した場合(時間単位で取得した場合も含む。)や健康面や生活面の助言・指導といった面談に要した時間等であっても労働時間として賃金を支払っている場合は労働時間に含めるものとする。

就労継続支援A型事業所におけるスコア表（全体）

事業所名	
住 所	
電話番号	

事業所番号	
管理者名	
対象年度	

(Ⅰ) 労働時間

①1日の平均労働時間が7時間以上		FALSE	点
②1日の平均労働時間が6時間以上7時間未満			
③1日の平均労働時間が5時間以上6時間未満			
④1日の平均労働時間が4時間30分以上5時間未満			
⑤1日の平均労働時間が4時間以上4時間30分未満			
⑥1日の平均労働時間が3時間以上4時間未満			
⑦1日の平均労働時間が2時間以上3時間未満			
⑧1日の平均労働時間が2時間未満			
①90点 ②80点 ③65点 ④55点 ⑤40点 ⑥30点 ⑦20点 ⑧5点			

(Ⅱ) 生産活動

①過去3年の生産活動収支がそれぞれ当該各年度に利用者に支払う賞金の総額以上		FALSE	点
②過去3年の生産活動収支のうち前年度及び前々年度の各年度における生産活動収支がそれぞれ当該各年度に利用者に支払う賞金の総額以上			
③過去3年の生産活動収支のうち前年度における生産活動収支のみが前年度に利用者に支払う賞金の総額以上			
④過去3年の生産活動収支のうち前々年度における生産活動収支のみが前々年度に利用者に支払う賞金の総額以上			
⑤過去3年の生産活動収支のうち前年度及び前々年度の各年度における生産活動収支がいずれも当該各年度に利用者に支払う賞金の総額未満			
⑥過去3年の生産活動収支がいずれも当該各年度に利用者に支払う賞金の総額未満			
①60点 ②50点 ③40点 ④20点 ⑤-10点 ⑥-20点			

(Ⅲ) 多様な働き方(※)

①免許・資格取得、検定の受検動奨に関する制度		0	点
就業規則等で定めている			
②利用者を職員として登用する制度			
就業規則等で定めている			
③在宅勤務に係る労働条件及び服務規律			
就業規則等で定めている			
④フレックスタイム制に係る労働条件			
就業規則等で定めている			
⑤短時間勤務に係る労働条件			
就業規則等で定めている			
⑥時差出勤制度に係る労働条件			
就業規則等で定めている			
⑦有給休暇の時間単位取得又は計画的付与制度			
就業規則等で定めている			
⑧傷病休暇等の取得に関する事項			
就業規則等で定めている			
小計(注1)		0	点
※ 8項目の合計点に応じた点数 (注1) 5以上:15点、4~3:5点、2点以下:0点			

(Ⅳ) 支援力向上(※)

①研修計画に基づいた外部研修会又は内部研修会		0	点
参加した職員が1人以上参加している			
②研修、学会等又は学会誌等において発表			
1回以上の場合			
③視察・実習の実施又は受け入れ			
いずれか一方のみの取組を行っている			
④販路拡大の商談会等への参加			
1回以上の場合			
⑤職員の人事評価制度			
人事評価結果に基づき定期的に昇給を判定する制度を設け、全ての職員に周知している			
⑥ピアサポーターの配置			
ピアサポーターを職員として配置している			
⑦第三者評価			
過去3年以内の福祉サービス第三者評価を受審しており、結果を公表している。			
⑧国際標準化規格が定めた規格等の認証等			
都道府県知事が適当と認める国際標準化規格が定めた規格その他これに準ずるものの認証を受けている			
小計(注2)		0	点
※ 8項目の合計点に応じた点数 (注2) 5以上:15点、4~3:5点、2点以下:0点			

(Ⅴ) 地域連携活動

地域の事業者と連携した付加価値の高い商品開発、企業や官公庁等での生産活動等地域社会と連携した活動を行い、その結果をインターネット等により公表している		0	点
1事例以上ある場合:10点			

(Ⅵ) 経営改善計画

経営改善計画の提出を求められていない。または、経営改善計画の提出を求められているが、指定された期日までに提出していない。		-50	点
期限内に提出していない場合:-50点			

(Ⅶ) 利用者の知識・能力向上

前年度において、就労継続支援A型事業所等が利用者の知識及び能力の向上に向けた支援を行い、当該支援の具体的な内容を記載した報告書を作成し、インターネットの利用その他の方法により公表している。		0	点
1事例以上ある場合:10点			

項目	点数	5点	20点	30点	40点	55点	65点	80点	90点
労働時間		5点	20点	30点	40点	55点	65点	80点	90点
生産活動		-20点	-10点	20点	40点	50点	60点		
多様な働き方		0点	5点	15点					
支援力向上		0点	5点	15点					
地域連携活動		0点	10点						
経営改善計画		0点	-50点						
利用者の知識・能力向上		0点	10点						

合計	-50	点	/ 200点
----	-----	---	--------

(別紙46)

年 月 日

賃金向上達成指導員配置加算に関する届出書

1 事業所名				
2 異動区分	1 新規	2 継続	3 変更	4 終了
3 人員配置	当該事業所に配置すべき従業者（最低基準）に加えて、常勤換算方法で1以上の配置があること。		有 ・ 無	
4 計画作成状況	賃金向上計画を作成していること。		有 ・ 無	
5 キャリアアップの措置	利用者の就業規則に将来の職務上の地位や賃金の改善を図るため、昇格、昇進、昇給といった仕組みが記載されていること。		有 ・ 無	

注 賃金向上計画は経営改善計画書を作成している場合は省略することも可能とする。

ただし、計画の内容が現実的に達成する可能性があるかについて、**県において確認した後、該当する場合に限って、本加算を算定出来るものとする。**

就労継続支援B型に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名																																							
サービス費区分		就労継続支援B型サービス費 1. (I) 2. (II) 3. (III)																																					
		就労継続支援B型サービス費 4. (IV) 5. (V) 6. (VI)																																					
定員区分		1 21人以上40人以下			4 81人以上																																		
		2 41人以上60人以下			5 20人以下																																		
		3 61人以上80人以下																																					
サービス費 (I)・(II)・(III)	平均工賃月額区分	1 4万5千円以上			6 1万5千円以上2万円未満																																		
		2 3万5千円以上4万5千円未満			7 1万円以上1万5千円未満																																		
		3 3万円以上3万5千円未満			8 1万円未満																																		
		4 2万5千円以上3万円未満			9 なし(経過措置対象)																																		
		5 2万円以上2万5千円未満																																					
前年度の 工賃支払い総額・ 平均利用者数 の状況		<table border="1"> <tr><th>月</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th></tr> <tr><td>工賃支払い額(円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>延べ利用者数(人)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									月	4	5	6	7	8	9	10	11	工賃支払い額(円)									延べ利用者数(人)										
		月	4	5	6	7	8	9	10	11																													
		工賃支払い額(円)																																					
		延べ利用者数(人)																																					
<table border="1"> <tr><th>月</th><th>12</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>計</th></tr> <tr><td>工賃支払い額(円)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr> <tr><td>延べ利用者数(人)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr> </table>									月	12	1	2	3	計	工賃支払い額(円)					0	延べ利用者数(人)					0	<table border="1"> <tr><th>前年度における開所日数</th><th>平均利用者数</th></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		前年度における開所日数	平均利用者数									
月	12	1	2	3	計																																		
工賃支払い額(円)					0																																		
延べ利用者数(人)					0																																		
前年度における開所日数	平均利用者数																																						
		<table border="1"> <tr><th colspan="2">平均工賃月額① (工賃支払総額÷平均利用者数÷12月)</th></tr> <tr><td></td><td>円</td></tr> </table>			平均工賃月額① (工賃支払総額÷平均利用者数÷12月)			円	<table border="1"> <tr><th colspan="2">重度障害者支援体制加算 (I)が有の場合の額 (①+2,000円)</th></tr> <tr><td></td><td>円</td></tr> </table>			重度障害者支援体制加算 (I)が有の場合の額 (①+2,000円)			円	←(I)を取得している場合○																							
平均工賃月額① (工賃支払総額÷平均利用者数÷12月)																																							
	円																																						
重度障害者支援体制加算 (I)が有の場合の額 (①+2,000円)																																							
	円																																						
サービス費 (IV)・(V)・(VI)		ピアサポーターの配置			有			無																															

注1 就労継続支援B型サービス費(I)、(II)又は(III)を算定する場合は、平均工賃月額区分及び前年度の工賃支払対象者数・支払工賃額の状況を記載すること。
 注2 重度者支援体制加算(I)を算定している場合は、平均工賃月額に2千円を加える。
 注3 年度途中で指定された事業所については、初年度及び2年度目の1年間は、平均工賃月額区分「なし(経過措置対象)」を選択する。ただし、指定を受けた日から6月以上1年未満の間は、指定を受けた日から6月間における平均工賃月額に応じた区分とすることができる。
 注4 就労継続支援B型サービス費(IV)、(V)又は(IV)を算定する場合は、ピアサポーターの配置の有無を記載すること。なお、ピアサポーターを配置している場合は、別添「ピアサポーター等の配置に関する届出書」を提出すること。

就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書

事業所名			
利用者数区分	1 20人以下	就労定着率区分	1 就労定着率が9割5分以上
	2 21人以上40人以下		2 就労定着率が9割以上9割5分未満
	3 41人以上		3 就労定着率が8割以上9割未満
			4 就労定着率が7割以上8割未満
			5 就労定着率が5割以上7割未満
			6 就労定着率が3割以上5割未満
			7 就労定着率が3割未満
就労定着率区分の状況	① 過去3年間における就労定着支援の総利用者数		② ①のうち前年度末時点の就労継続者数
	人		人
	就労定着率 (②÷①)		
			%
新規指定の場合(※起算日は指定を受ける前月末日)			
過去1年間就職者数		人	指定を受ける前月末日の 就労継続者数(④)
過去2年間就職者数		人	
過去3年間就職者数		人	就労定着率 (④÷③)
合計(③)		人	
			%

注 就労継続者の状況は、別添1「就労継続者の状況(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)」又は別添2「就労継続者の状況(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)(新規指定の場合)」を提出すること。

別 添 1

就労継続者の状況
(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)

前年度末における 就労継続者数	
--------------------	--

【過去3年間における就労定着支援の利用者数】

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	就労定着支援の利用開	前年度末時点の
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					
29					
30					

注1 前年度末時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。
注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

別 添 2

就労継続者の状況
(就労定着支援に係る基本報酬の算定区分に関する届出書)
(新規指定の場合)

指定を受ける 前月末日の 就労継続者数	
---------------------------	--

【過去3年間における一般就労への移行者数】

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	指定を受ける
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				
29				
30				

注1 指定を受ける前月末日時点の継続状況には、就労が継続している場合には「継続」、離職している場合には「離職」と記入。

注2 行が足りない場合は適宜追加して記入。

就労定着実績体制加算に関する届出書

①	前年度において42月以上78月未満の期間継続して就労している又は就労していた者の数	人
②	過去6年間の就労定着支援の終了者	人
③	過去6年間の就労定着支援の終了者のうち前年度において42月以上78月未満の期間継続して就労している又は就労していた者の割合 (①÷②)	%

【過去6年間における就労定着支援の利用者数】

	氏名	就職日(年月日)	就職先事業所名	就労定着支援の利用 開始日(年月日)	就労定着支援の 終了日(年月日)	前年度における 継続期間
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						
29						
30						

注1 前年度における継続期間には、障害者の就労継続期間を月単位で記載すること。なお、前年度の4月において78月以上就労が継続している者は実績の対象とはならない。

注2 新規指定の事業所は当該加算を算定することができないことに留意。

注3 行が足りない場合は適宜追加して記載。

夜勤職員加配加算に関する届出書(日中サービス支援型グループホーム)

事業所・施設の名称																					
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了																		
2 夜勤職員の加配状況	<table border="1"><thead><tr><th>住居の名称</th><th>利用者の数</th><th>夜勤者の加配</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr><tr><td></td><td></td><td>有 ・ 無</td></tr></tbody></table>			住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無
	住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配																		
			有 ・ 無																		
			有 ・ 無																		
			有 ・ 無																		
			有 ・ 無																		
		有 ・ 無																			

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 障害福祉サービス基準に定める夜間支援従事者に加えて夜間支援従事者を配置する場合、共同生活住居ごとに配置の有無を記載してください。

サービス管理責任者配置等加算に関する届出書（平成30年4月以降）
 （共生型の生活介護・自立支援（機能訓練）・自立支援（生活訓練））

1 事業所・施設の名称		
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了	
3 サービス管理責任者の配置	有・無	
4 地域に貢献する活動の内容		有・無

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付けてください。

2 ここでいう従業者とは、共生型生活介護、共生型自立訓練（機能訓練）又は共生型自立訓練（生活訓練）の指定を受ける指定児童発達支援事業所若しくは指定放課後等デイサービス事業所又は介護保険制度制度における指定通所介護事業所、指定地域密着型通所介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者をいう。

3 地域に貢献する活動は、「地域の交流の場（開放スペースや交流会等）の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入れや活動（保育所等における清掃活動等）の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参加」、「地域住民への健康相談教室・研修会」などをいう。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書（平成30年4月以降）
（共生型短期入所）

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 福祉専門職員配置等加算（Ⅰ） ※有資格者35%以上 2 福祉専門職員配置等加算（Ⅱ） ※有資格者25%以上

4 社会福祉士等の状況	<table border="1"> <tr> <td>① 従業者の総数</td> <td></td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>② ①のうち社会福祉士等の総数</td> <td></td> <td>人</td> </tr> </table> <p>→ ①に占める②の割合が25%又は35%以上</p>	① 従業者の総数		人	② ①のうち社会福祉士等の総数		人	有・無
① 従業者の総数		人						
② ①のうち社会福祉士等の総数		人						
5 地域に貢献する活動の内容		有・無						

備考1 「異動区分」、「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 ここでいう従業者とは、共生型短期入所の指定を受ける介護保険制度における指定短期入所事業所、指定介護予防入所生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者をいう。

3 地域に貢献する活動は、「地域の交流の場（開放スペースや交流会等）の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入れや活動（保育所等における清掃活動等）の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参加」、「地域住民への健康相談教室・研修会」などをいう。

就労継続支援A型事業利用者負担減免措置実施届出書

千葉県知事 様

住所 (主たる事務所の所在地)

事業(設置)者
氏名 (名称及び代表者の氏名)

印



当事業所は、就労継続支援A型事業利用者負担減免措置事業所として、下記により減免措置を実施しますので、届出いたします。
当事業所の利用者のうち下記に該当する者全てにこの措置を実施いたします。

現在当事業所で就労継続支援A型事業利用者負担減免措置を実施している人数
(年 月 日現在 人)

記

当事業所の利用方で、当事業所と雇用契約を締結する者に対し、就労継続支援A型事業利用者負担減免措置を実施する。

(対象者に対する減免措置)

当事業所の利用に当たり発生する利用者負担を(免除・ %軽減)する。

医療的ケア対応支援加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了	
2 看護職員の配置状況		常勤	非常勤	合計
	実人員	人	人	人
	常勤換算方法 による員数	人	人	人
3 利用者の数	前年度の利用者の平均		<input type="text"/>	人

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 届出に係る看護職員は、指定障害福祉サービス基準に規定されている常勤換算方法により配置が定められた員数の従業者に加えて配置されている者に限る。

日中活動支援加算に関する届出書

事業所・施設の名称		
報酬区分	医療型短期入所	2 医療型特定短期入所
異動区分 (該当の番号に○)	1 新規	2 変更

(1)	指定短期入所の利用開始時に指定特定相談支援事業所又は指定	1 該当	2 非該当
(2)	保育士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・その他の職種の者	1 該当	2 非該当
(3)	利用者ごとの日中活動実施計画に従い、保育士等が指定短期入所を	1 該当	2 非該当
(4)	利用者ごとの日中活動実施計画の実施状況を定期的に評価し、必	1 該当	2 非該当

(5)	日中活動実施計画作成体制・日中活動実施計画に従った指定短期入所の提供状況等	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">職種</th> <th colspan="2">短期入所の提供※</th> </tr> <tr> <th>氏名</th> <th>氏名</th> </tr> </table>		職種	短期入所の提供※		氏名	氏名
		職種	短期入所の提供※					
			氏名	氏名				
		保育士						
		理学療法士						
		作業療法士						
		言語聴覚士						
		その他()						
その他()								
その他()								

添付書類	保育士、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の資格証の写し
------	-------------------------------

※ 「日中活動実施計画作成体制・日中活動実施計画に従った指定短期入所の提供状況等」には、日中活動実施計画を作成している者の職

口腔衛生管理体制加算に係る届出書

事業所・施設の名称		
管理体制状況	歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士(※1)の技術的助言及び指導に基づき、入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画が作成されている。	有 ・ 無

(※1)施設と雇用関係にある歯科衛生士(常勤、非常勤を問わない)、または、協力歯科医療機関等に属する歯科衛生士のいずれも可。

ピアサポート実施加算に関する届出書

1 事業所名					
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了				
3 サービス費区分	1 自立訓練（機能訓練） 2 自立訓練（生活訓練） 3 就労継続支援B型サービス費（Ⅲ） 4 就労継続支援B型サービス費（Ⅳ）				
4 障害者ピアサポート研修修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
	＜その他の職員＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認欄	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者を、指定自立訓練事業所、指定就労継続支援B型事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。（※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり）

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

ピアサポート実施加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所名					
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了				
3 算定要件	自立生活支援加算（Ⅲ）の加算届出をし、受理されている。				確認
4 障害者ピアサポート研修修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
	＜その他の職員＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。				確認欄

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。（※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり）

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

退居後ピアサポート実施加算に関する届出書

1 事業所名				
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了			
3 障害者ピアサポート研修 修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞			
	氏名	修了した研修の名称	受講 年度	研修の 実施主体
			年	
			年	
			年	
	＜その他の職員＞			
	氏名	修了した研修の名称	受講 年度	研修の 実施主体
			年	
4 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者 に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認欄

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。（※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり）

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注4 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

ピアサポート体制加算に関する届出書

1	事業所名					
2	サービスの種類					
3	異動区分	1 新規 2 変更 3 終了				
4	障害者ピアサポート研修修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞				
		職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
					年	
					年	
					年	
＜その他の職員＞						
職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体		
			年			
			年			
			年			
5	研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認欄	

注1 研修を修了した職員は、＜障害者又は障害者であった者＞及び＜その他の職員＞それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。

注2 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注3 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。

機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に関する届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ) 2 (Ⅱ) 3 (Ⅲ) 4 (Ⅳ) ※1

※1 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

<p>① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。</p> <p>相談支援専門員の配置状況</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※2 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。</p>	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	有・無
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人							
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人							
<p>①-a 特別地域であり、かつ、従業員の確保が著しく困難と市町村長が認める地域に所在し、他事業所における現任研修を修了した相談支援専門員による助言指導の体制が確保されている。</p> <p>※3 「有」の場合、①について現任研修修了者が配置されていなくても差し支えない。</p>	有・無										
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有・無										
③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無										
④ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無										
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無										
⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無										
⑦ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。	有・無										
⑧ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。)	有・無										
⑨ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)が40件未満である。	有・無										

※4 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。(例:勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)

※5 令和7年3月31日までに限り、⑦、⑧については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)～(Ⅳ)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)・(Ⅱ)については、①、②～⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅲ)については、①、②、④～⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅳ)については、①、②、④～⑥、⑨がすべて有の場合算定可。

機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書
(複数の指定特定(障害児)相談支援事業所により一体的に管理運営を行う場合)

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ) 2 (Ⅱ) 3 (Ⅲ) ※1

※1 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

<p>① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況(合計)</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>それぞれの事業所における相談支援専門員の配置状況</p> <p>(1) 事業所名 (当該事業所)</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>(2) 事業所名 (他の事業所)</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従</td> <td>人</td> <td>常勤兼務</td> <td>人</td> </tr> </table> <p>※2 常勤専従者の兼務については、業務に支障のない範囲とする。 ※3 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること(別紙可)</p>	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人	有・無
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人																											
①-a 特別地域であり、かつ、従業者の確保が著しく困難と市町村長が認める地域に所在し、他事業所における現任研修を修了した相談支援専門員による助言指導の体制が確保されている。 ※4 「有」の場合、①)について現任研修修了者が配置されていなくても差し支えない。	有・無																														
②-a 協働体制を確保する事業所間において、協定を締結している。	有・無																														
②-b 協働体制の要件を満たしているかについて、事業所間において定期的(月1回)に確認が実施されている。	有・無																														
②-c 原則、全職員が参加するケース共有会議、事例検討会を月2回以上共同開催している。	有・無																														
③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。	有・無																														
④ 協働体制を確保する事業所間において24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無																														
⑤ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無																														
⑥ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無																														
⑦ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無																														
⑧ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。	有・無																														
⑨ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。)	有・無																														
⑩ 運営規程において、地域生活支援拠点等であることを市町村により位置付けられていることを定めている。	有・無																														
⑪ 地域生活支援拠点等を構成する関係機関(拠点関係機関)との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合は、拠点関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対処及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りる。) ※5 ⑩、⑪についてはいずれかが「有」であれば要件を満たすものである。	有・無																														
⑫ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)がそれぞれ40件未満である。	有・無																														

※6 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。
(例:勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)

※7 令和7年3月31日までに限り、⑧、⑨については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)～(Ⅳ)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅰ)・(Ⅱ)については、①、②～⑨、⑫(⑧、⑨については※7参照)がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(Ⅲ)については、①、②(a～c)、③、⑤～⑨、⑫(⑧、⑨については※7参照)がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。

体制加算に関する届出書（相談支援事業所）
 （行動障害支援体制加算・要医療児者支援体制加算・精神障害者支援体制加算・高次脳機能障害支援体制加算）

事業所名		
異動区分	1 新規	2 変更
届出項目	1 行動障害支援体制加算(I)	2 (II)
	1 要医療児者支援体制加算(I)	2 (II)
	1 精神障害者支援体制加算(I)	2 (II)
	1 高次脳機能障害支援体制加算(I)	2 (II)

【行動障害支援体制加算】

① 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は行動援護従業者養成研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。	有・無
修了者名	
② 研修修了者を配置している旨を公表している。	有・無
公表の方法	
③ 研修修了者が強度行動障害児者(※)に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。 ※区分3以上かつ行動障害関連項目が10点以上の者(障害児の場合、児基準が20点以上の者)	有・無

【要医療児者支援体制加算】

① 医療的ケア児等の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。	有・無
修了者名	
② 研修修了者を配置している旨を公表している。	有・無
公表の方法	
③ 研修修了者が医療的ケア児者(※)に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。 ※スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者	有・無

【精神障害者支援体制加算】

① 精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。	有・無
修了者名	
② 研修修了者を配置している旨を公表している。	有・無
公表の方法	
③ 研修修了者が精神障害者又は精神に障害のある児童に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有・無
④ 利用者が通院又は利用する病院等及び訪問看護事業所(療養生活継続支援加算を算定又は精神科重症患者支援管理連携加算の届出をしているもの)における保健師、看護師又は精神保健福祉士と連携する体制が構築されている。	有・無
連携先病院等の名称	

【高次脳機能障害支援体制加算】

① 高次脳機能障害支援者養成に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。	有・無
修了者名	
② 研修修了者を配置している旨を公表している。	有・無
公表の方法	
③ 研修修了者が高次脳機能障害児者に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有・無

※ 根拠となる修了証の写しを別途添付すること。

※ 当該届出様式は標準様式とする。

高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施 ※1	有・無
異動区分 ※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)		人	
うち30% (B) = (A) × 0.3		0.0 人	
加算要件に該当する利用者数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0! 人	(C) ≥ (B)
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計 (E)			
前年度の当該サービスの開所日数の合計 (D)			

2 加配される従業者の配置状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.0 人	
加配される従業者の数 (G)			(G) ≥ (F)

3 加配される従業者の要件			
加配される従業者の氏名	加配される従業者の研修の受講状況		
	高次脳機能障害支援養成研修 (実践研修) 又は 上記に準ずるものとして、同研修における研修内容と同等のものとして都道府県知事が認める研修	受講 年度	研修の 実施主体
1			年
2			年
3			年
4			年
直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助事業所又は指定外部サービス利用型共同生活援助事業所の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認

添付書類	従業者の勤務体制一覧表
------	-------------

- (※1) 多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。
- (※2) 「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業者の状況の記載は不要とする。

自立生活支援加算（Ⅲ）に関する届出書（移行支援住居の届出）

事業所の名称	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

1. 人員配置体制の確認

指定障害福祉サービス基準第208条第1項第3号の規定により指定共同生活援助事業所に置くべきサービス管理責任者に加え、専ら移行支援住居に入居する利用者（以下「移行支援入居者」という。）に対する支援に従事するサービス管理責任者であって、かつ、社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有するものを一以上（当該指定共同生活援助事業所における移行支援入居者の数の合計が八以上の場合にあっては、一に、移行支援入居者の数が七を超えて七又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上）配置していること。

(1)	移行支援住居に加配する常勤・専従のサービス管理責任者 (複数名記載可、欄が不足する場合は別紙用紙にて提出すること)	一人目	氏名	
			社会福祉士又は精神保健福祉士の資格要件の確認	有 ・ 無
		二人目	氏名	
			社会福祉士又は精神保健福祉士の資格要件の確認	有 ・ 無
			当該事業所内の世話人又は生活支援員との兼務の有無	有 (世話人・生活支援員) ・ 無
(2)	配置割合 (別添にて確認)	配置割合の基準を満たす確認の可否		可 ・ 不可

2. 移行支援住居として登録する共同生活住居

		指定申請書 付表6の共同生活住居又はサテライト型住居の番号及び名称	定員	入居者数
住居①	住居			
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居②	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居③	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居④	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計		0	1

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

※添付書類：社会福祉士又は精神保健福祉士の資格証

移行支援住居におけるサービス管理責任者 配置数算定票

1 事業者名等

Table with 3 rows: 法人名, 事業所名, 事業所番号 (定員, 名)

2 事業所類型

Table with 2 rows: 介護サービス包括型, 外部サービス利用型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

3 運営状況

Table with 3 rows: ①新設又は増改築等の時点から6か月未満, ②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満, ③新設又は増改築等の時点から1年以上

※2 該当する欄のプルダウンで○を選択する

※3 ①の場合は4のみ入力、②又は③の場合は5のみ入力すること

4 想定される利用者の障害支援区分と人数

Table with 2 columns: 区分1以下, 区分2, 区分3, 区分4, 区分5, 区分6, 合計 (0名)

5 移行支援住居における前年度の平均利用者数

Table with 10 columns: 開所日数, 延べ利用人数 (区分1以下, 区分2, 区分3, 区分4, 区分5, 区分6, 計), 平均利用者数

※4 「新設又は増改築等の時点から6か月未満」の場合は入力不要

※5 「新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満」の場合は、直近6か月分を入力

※6 「新設又は増改築の時点から1年以上」の場合は直近1年分又は前年度分を入力

※7 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

※8 個人単位で居宅介護等を利用している利用者がある場合は、職員配置状況確認調査票の「個人居宅介護利用者（再掲）」欄に人数を入力し、職員配置状況確認調査票で計算された必要配置数に基づいて人員を配置すること

6 必要なサービス管理責任者の人員配置

Table with 2 columns: サービス管理責任者, 人数 (名)

7 実際のサービス管理責任者の人員配置

Table with 2 columns: サービス管理責任者, 人数 (名)

8 移行支援住居におけるサービス管理責任者の配置要件の可否

規定の員数を満たしていません。

移行支援住居におけるサービス管理責任者 配置数算定票

1 事業者名等

法人名	
事業所名	
事業所番号	定員 14 名

2 事業所類型

<input type="radio"/>	介護サービス包括型
<input type="radio"/>	外部サービス利用型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

3 運営状況

<input type="radio"/>	①新設又は増改築等の時点から6か月未満
<input type="radio"/>	②新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満
<input type="radio"/>	③新設又は増改築等の時点から1年以上

※2 該当する欄のプルダウンで○を選択する

※3 ①の場合は4のみ入力、②又は③の場合は5のみ入力すること

4 想定される利用者の障害支援区分と人数

区分1以下	名	区分4	3名
区分2	名	区分5	1名
区分3	3名	区分6	名
		合計	7名

「1 事業者名簿」の定員数と想定される利用者数が一致しません。

5 移行支援住居における前年度の平均利用者数

	開所日数	延べ利用人数						計
		区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
4月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
5月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
6月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
7月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
8月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
9月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
10月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
11月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
12月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
1月	30日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
2月	27日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
3月	31日	0名	0名	210名	210名	0名	0名	420名
計	362日	0名	0名	2,520名	2,520名	0名	0名	5,040名
平均利用者数		0.0名	0.0名	7.0名	7.0名	0.0名	0.0名	14.0名

※4 「新設又は増改築等の時点から6か月未満」の場合は**入力不要**

※5 「新設又は増改築等の時点から6か月以上1年未満」の場合は、**直近6か月分を入力**

※6 「新設又は増改築等の時点から1年以上」の場合は**直近1年分又は前年度分を入力**

※7 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

※8 個人単位で居宅介護等を利用している利用者がある場合は、職員配置状況確認調査票の「個人居宅介護利用者（再掲）」欄に人数を入力し、職員配置状況確認調査票で計算された必要配置数に基づいて人員を配置すること

6 必要なサービス管理責任者の人員配置

	人数
サービス管理責任者	1.0名

7 実際のサービス管理責任者の人員配置

	人数
サービス管理責任者	2.0名

8 移行支援住居におけるサービス管理責任者の配置要件の可否

可

主任相談支援専門員配置加算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ) 2 (Ⅱ)
4 修了者名	
5 公表の有無	有 ・ 無
6 公表の方法	

① 基幹相談支援センターの委託を受けている、児童発達支援センターと一体的に運営している又は地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める指定特定(障害児)相談支援事業所である。	有 ・ 無
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有 ・ 無
③ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有 ・ 無
④ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対し、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。	有 ・ 無
⑤ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等を基幹相談支援センターの職員と共同で実施している。	有 ・ 無
⑥ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等について協力している。 (市町村が基幹相談支援センターを設置していない場合は、地域の相談支援の中核機関が実施する取組について協力している。)	有 ・ 無
⑦ 他の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所の従業者に対して上記②～④に該当する業務を実施している。 (主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)においては任意。ただし、その場合であっても、自事業所に他の職員が配置されていない等、②～④を自事業所内で実施することが困難な場合は必須。)	有 ・ 無

注 根拠となる修了証の写し、会議録、各種取組に関する記録等を別途添付すること。

(審査要領)

- ・主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ)については、①～⑤、⑦がすべて「有」の場合算定可。
 - ・主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)については、②～④、⑥がすべて「有」の場合算定可。
- ただし、自事業所での実施が困難と判断される場合は、⑦が「有」の場合に限り、②～④は「無」であってもよい。

障害者支援施設等感染対策向上加算に関する届出書

1 事業所名	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 サービスの種類	1 障害者支援施設 2 共同生活援助事業所 3 (福祉型) 障害児入所施設
4 届出項目	1 障害者支援施設等感染対策向上加算 (I) 2 障害者支援施設等感染対策向上加算 (II)

5 障害者支援施設等感染対策向上加算 (I) に係る届出

連携している第二種協定指定医療機関

医療機関名	医療機関コード

院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会

医療機関名 (※1)	医療機関コード
医療機関が届け出ている診療報酬	1 感染対策向上加算1 2 感染対策向上加算2 3 感染対策向上加算3 4 外来感染対策向上加算

地域の医師会の名称 (※1)

院内感染対策に関する研修又は訓練に参加した日時 (※2)	年	月	日
------------------------------	---	---	---

6 障害者支援施設等感染対策向上加算 (II) に係る届出

施設内で感染者が発生した場合の対応に係る実地指導を行った医療機関の名称

医療機関名	医療機関コード

医療機関が届け出ている診療報酬	1 感染対策向上加算1 2 感染対策向上加算2 3 感染対策向上加算3
-----------------	---

実地指導を受けた日時	年	月	日
------------	---	---	---

注1 要件を満たすことが分かる根拠書類を準備し、指定権者からの求めがあった場合には、速やかに提出すること。

注2 障害者支援施設等感染対策向上加算 (II) で実地指導を行う医療機関等は、診療報酬の感染対策向上加算に係る届出を行っている必要がある。

注3 障害者支援施設等感染対策向上加算 (I) 及び (II) は併算定が可能である。

注4 「院内感染対策の研修または訓練を行った医療機関または地域の医師会」については、医療機関名又は地域の医師会の名称のいずれかを記載してください。医療機関名を記載する場合には、当該医療機関が届け出ている診療報酬の種類を併せて記載してください。

(※1) 研修若しくは訓練を行った医療機関又は地域の医師会のいずれかを記載してください。

(※2) 医療機関等に研修又は訓練の実施予定日を確認し、障害者支援施設等の職員の参加の可否を確認した上で年度内までに当該研修又は訓練に参加できる目処がある場合、その予定日を記載してください。

地域移行支援体制加算に関する届出書

1 施設の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 算定要件	項目		
	障害者支援施設を退所し、退所から6月以上、指定共同生活援助事業所等へ入居している者又は賃貸等により地域で生活している者（介護老人福祉施設等の介護保険施設へ入居するために退所した者及び病院への長期入院のために退所した者を除く。）の人数		人
	定員の見直し	人	人 →

地域生活支援拠点等に関する加算の届出

地域生活支援拠点等に関する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

1 届出区分	1 新規	2 変更	3 終了
2 事業所の名称			
3 地域生活支援拠点等としての位置付け	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられたことを証明する運営規程の有無	有	無
	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられた日付	年	月 日
4 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名	※該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。		
5 当該届出により算定する加算	《緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合》	対象：訪問系サービス※、 重度障害者等包括支援（訪問系サービスのみ対象）	
	《緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合》	対象：自立生活援助、地域定着支援、 重度障害者等包括支援（自立生活援助のみ対象）	
	《地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算》	対象：短期入所、重度障害者等包括支援	
	《緊急時受入加算》	対象：日中系サービス※	
	《障害福祉サービスの体験利用加算》	対象：日中系サービス※	
	《体験利用支援加算・体験宿泊加算》	対象：地域移行支援	
	《地域移行促進加算（Ⅱ）》	対象：施設入所支援	
《地域生活支援拠点等相談強化加算》	対象：計画相談支援、障害児相談支援		

添付書類：運営規定

運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されているもの(規定の変更の申請中であるものを含む。)に限る。なお、事業所の運営規程が変更の申請中のものである場合は、当該変更の申請の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

注1 地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。

注2 訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。

注3 日中系サービスとは、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援（養成含む）、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労選択支援をいう。

地域生活支援拠点等機能強化加算に関する届出書

法人・事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了

① 当該申請を行う自事業所が、地域生活支援拠点等として位置付けられていることを証明できる運営規定の提出

いずれかを選択 有 無

② 市町村及び拠点関係機関の相互の有機的な連携及び調整等の業務に従事する者（拠点コーディネーター）の配置状況

常勤で専ら当該地域生活支援拠点等におけるコーディネート業務に従事する者

(1) 法人・事業所名：
氏名：

(2) 法人・事業所名：
氏名：

地域生活支援拠点等に属する常勤の拠点等コーディネーターの人数 = (I) 名

拠点コーディネーター数に応じた地域生活支援拠点等機能強化加算の月内算定上限 = (II) 回
((I) × 100 = (II))

③ 拠点機能強化サービスの構成

(1) 拠点機能強化サービスの構成形態

いずれかを選択 同一の事業所において一体的運営 相互に連携して運営

算定回数（目安）の配分

(2) 地域生活支援拠点等機能強化加算の算定件数上限の配分（目安）

該当する欄にチェック	法人・事業所名	該当する障害福祉サービス等	算定回数（目安）
		計画相談支援及び障害児相談支援 （機能強化型基本報酬（I）又は（II））	
		自立生活援助	
		地域移行支援	
		地域定着支援	
合計（月内算定上限）			(III) 0
目安の合計が、月内算定上限内であるかの確認			たしかめ
月内算定上限内を超えている場合は「上限超過と表示されます。			(IV) OK

※ 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること（別紙可）

※ 配分件数（目安）に変更が生じる場合は、当様式を再提出すること。

上記①～③を満たしており、拠点機能強化事業所として要件を満たしている。 有 無

地域体制強化共同支援加算に関する届出書

事業所名	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

① 市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを運営規程に定めている。	有 ・ 無
② 地域生活支援拠点等を構成する関係機関（拠点関係機関）との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。 (令和9年3月31日までの間において、市町村が地域生活支援拠点等を整備していない場合は、拠点関係機関との連携体制を確保することに代えて、緊急の事態等への対応及び地域における生活に移行するための活動に関する取組に協力することで足りる。)	有 ・ 無

注1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。（①については、「地域生活支援拠点等の機能を担う事業所の登録届出書」で足りる。）

注2 当該届出様式は標準様式とする。

（審査要領）

①、②のいずれかが「有」の場合、本加算の算定対象事業所となる。

(別紙 7 1)

年 月 日

通院支援加算に関する届出書

1 施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 入所定員	

算定要件	通院支援を行える人員体制を (有している ・ 有していない)
------	---

(別紙72)

年 月 日

入浴支援加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

算定要件	事業所に入浴設備を (有している ・ 有していない)	
	【事業所に入浴設備を有していない 場合】 連携先の事業所名	

(※) 事業所に入浴設備を有していない場合であっても、外部の入浴設備を利用して利用者に対して入浴に係る支援を提供しているときは、入浴支援加算の対象となる。

目標工賃達成加算に関する届出書

事業所名			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

平均工賃 月額等	① 工賃向上計画において掲げた工賃目標	
		円
	② 工賃目標の対象年度における事業所の平均工賃月額（実績）	
		円
	③ 工賃目標の対象年度の前年度における事業所の平均工賃月額（実績）	
		円
算定要件	④ 工賃目標の前々年度における全国平均工賃月額	
		円
	⑤ 工賃目標の前々々年度における全国平均工賃月額	
		円
	⑥ ③ + (④ - ⑤) ※④ - ⑤が0未満の場合は、0として算定すること。	
		円
算定要件	<要件確認1> ① ≥ ③ + (④ - ⑤) となっていること (※④ - ⑤が0未満の場合は、0として計算)	
		(該当 ・ 非該当)
算定要件	<要件確認2> ② ≥ ① となっていること	
		(該当 ・ 非該当)

