

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（I）に関する届出書（令和6年4月以降）

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

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業者の勤務体制一覧表、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 加配される従業者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（令和6年4月以降）

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)
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。

(付表5-1)

年 月 日

重度障害者支援加算Ⅰに関する届出書(令和3年4月以降)
(生活介護)

事業所・施設の名称				
1 異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
重度障害者支援加算(Ⅰ)	人員配置体制加算(Ⅰ)を算定している			有・無
	常勤看護職員等配置体制加算を算定している			有・無
	重症心身障がい者が2人以上利用している			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 「配置人数」には常勤換算方法による研修修了者数を記載してください。
- 3 実践研修・基礎研修共に、研修修了者については修了証の写しを添付すること。
- 4 本加算を算定している事業所は、重度障害者支援加算Ⅱ及び重度障害者支援加算Ⅲは算定できない。
- 5 本加算は、障害者支援施設が施設入所者に行う生活介護を除く。

重度障害者支援加算Ⅱ・Ⅲに関する届出書（生活介護・施設入所支援）
（令和6年4月以降）

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。

重度障害者の状況（施設入所支援用）（令和6年4月以降）

当該施設の前年度の平均実利用者（A）				
	うち20%（A×0.2）			
当該施設の平均障害支援区分				
氏名	障害支援区分	医師意見書により特別な医療が必要とされる者又はこれに準ずる者の該当の有無	区分6かつ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害者の該当の有無	行動関連項目の点数の合計が10点以上である者の該当の有無
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

注 「これに準ずる者」とは、「医師意見書により特別な医療が必要であるとされる者」以外の者であって、経管栄養（腸ろうによる経管栄養又は経鼻経管栄養に限る。）を必要とする者のことである。

就労移行支援体制加算に関する届出書(令和3年4月以降)

(生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練))

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(年月日)	届出時点の継続状況
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
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。
 注4 生活介護、自立訓練又は就労継続支援を利用後に一般就労した就職日、就職先や雇用の継続状況を確認できる資料を添付すること。(雇用契約書、労働条件通知書、雇用契約証明書の写しなど)

就労移行支援体制加算に関する届出書(令和3年4月以降)

(就労継続支援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)	届出時点の継続状況
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
注 1					
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。

注5 生活介護、自立訓練又は就労継続支援を利用後に一般就労した就職日、就職先や雇用の継続状況を
確認できる資料を添付すること。(雇用契約書、労働条件通知書、雇用契約証明書の写しなど)

就労移行支援体制加算に関する届出書(令和3年4月以降)

(就労継続支援B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	サービス費(Ⅰ)又は(Ⅱ)を 算定している場合	サービス費(Ⅲ)又は(Ⅳ)を 算定している場合
		平均工賃月額が 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

	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					
注1					
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、他の就労継続支援A型事業所の利用者として移行及びトライアル雇用は除く。
 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。
 注5 生活介護、自立訓練又は就労継続支援を利用後に一般就労した就職日、就職先や雇用の継続状況を確認できる資料を添付すること。(雇用契約書、労働条件通知書、雇用契約証明書の写しなど)

食事提供体制加算に関する届出書 (令和6年4月以降)

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	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
事	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				
の 提 供 体 制	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。

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		人	
	居室数		1人当たり居室面積	
	うち個室	室	m ²	
	うち2人部屋	室	m ²	
	うち3人部屋	室	m ²	
	うち4人部屋	室	m ²	
	うち 人部屋	室	m ²	
	その他の設備			
	浴室	あり ・ なし		
	洗面設備	あり ・ なし		
便所	あり ・ なし			
その他サービス提供に必要な設備				
夜間の支援体制	勤務形態		職種	人数
	常勤	専従		人
		兼務		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 「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。

**重度障害者支援加算に関する届出書（共同生活援助）
 （兼・〇〇年度強度行動障害支援者養成研修等受講計画）
 （令和6年4月以降）**

事業所の名称					
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（基礎研修）	強度行動障害支援者養成研修（実践研修）	喀痰吸引等研修（第1号又は第2号）	喀痰吸引等研修（第3号）

中核的人材養成研修修了者 配置	（ あり ・ なし ）
-----------------	-------------

今年度の研修要件① （※1）を満たしている者の数	生活支援員の数	うち今年度の研修要件②（※2）を満たしている者の数及び割合

- （※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）又は喀痰吸引等研修（第2号）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）又は喀痰吸引等研修（第3号）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。（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受講しておらず年度内に受講予定もない場合は「無」又は空欄を、③今後受講予定の場合（当該年度内に限る）は受講予定月（受講月が未定の場合は目標とする月）を記載してください。

注5 職員が看護師又は准看護師の場合は「喀痰吸引等研修」欄に「看護師」若しくは「准看護師」と記載してください。

注6 職員が既に重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程を修了している場合又は今後受講予定（当該年度内に限る）の場合は、強度行動障害支援者養成研修（基礎）を修了又は受講予定とみなし、また、職員が既に行動援護従業者養成研修の課程を修了している場合又は今後受講予定（当該年度内に限る）の場合は、強度行動障害支援者養成研修（基礎及び実践）を修了又は受講予定とみなし、「強度行動障害者支援者養成研修」欄に「有」又は受講予定月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(等)減算の該当の有無			
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
合計							
共同生活援助の対象者の状況	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	夜間支援等体制加算(I・II)の該当の有無 ※該当するものを○で囲む	重度障害者等包括支援対象者の有無	
			1			I・II	
			2				
			3				
			4				
			5			I・II	
			6				
			7				
			8				
			9				
			10			I・II	
			11				
			12				
			13				
			14				
合計							

注 「共同生活援助の対象者の状況」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。

(共同生活援助)夜間支援等体制加算届出書 (令和3年4月以降)
(介護サービス包括型・外部サービス利用型)

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・支援体制の確保の具体的方法								
	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	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⑥							
			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⑥							
			夜間支援従事者⑦							
	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⑥							
夜間支援従事者⑦										

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位を四捨五入してください。

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 (令和3年4月以降)
(介護サービス包括型・外部サービス利用型)

事業所番号		××××××						
事業所名		〇〇事業所						
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 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	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)
		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
		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。					
	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	Bホーム	22:00~23:00	Cホーム	1:00~3:00	夜勤(Ⅳ)
				Dホーム	4:00~5:00			
			夜間支援従事者⑦	Eホーム	23:00~2:00			夜勤(Ⅴ)
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑥	Cホーム				
			夜間支援従事者⑦	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⑥	22:00~6:00				
夜間支援従事者⑦			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位を四捨五入してください。

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 (令和3年4月以降)
(介護サービス包括型・外部サービス利用型)

事業所番号		××××××							
事業所名		〇〇事業所							
事業所の所在地		△△県□□市◇◇××××							
連絡先	電話番号	××-××××		担当者	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。				
	FAX番号	××-××××							
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	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)	
		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
合計		24	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	「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。					各従事者がどのような勤務形態かを記載。	
		夜間支援従事者②	※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。						
		夜間支援従事者③	Aホーム						
		夜間支援従事者④	Bホーム						
		夜間支援従事者⑤	C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	夜勤・宿直の待機場所を記載。						
		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	Bホーム	22:00~23:00	Cホーム	1:00~3:00	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⑥	各ホームでの滞在時間を記載。					
			夜間支援従事者⑦	各従事者がどのような勤務形態かを記載。					
	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⑥	Cホーム					
夜間支援従事者⑦			Eホーム						
		夜間支援従事者⑥	22:00~6:00						
		夜間支援従事者⑦	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位を四捨五入してください。

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。

医療連携体制加算(Ⅸ)に関する届出書
(短期入所(令和3年4月以降))

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
		3 終了
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
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
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。
	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。

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てください。

(例1：毎週金曜日、10:00～12:00 例2：月3回、1回当たり1時間)

注3 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する資格証等の写しを添付してください。

注4 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ついては、病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写しを添付してください。

注5 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。

記載例

年 月 日

医療連携体制加算(Ⅹ)に関する届出書 (短期入所(令和3年4月以降))

事業所番号	××××××		
事業所の名称	〇〇事業所		
事業所所在地	△△県□□市◇◇×-×-×		
異動区分	1 新規 <input checked="" type="radio"/> 2 変更 3 終了		
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)	1人
	2	他事業所との併任	<input checked="" type="radio"/> 有 · 無
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	訪問看護ステーションA
	2	訪問看護ステーション等の所在地	▲▲県■市◆◇×-×-×
看護師の勤務状況	毎週金曜日、10:00~12:00		
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。	<input checked="" type="radio"/> 有 · 無
	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。	<input checked="" type="radio"/> 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。

注2 「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てください。
(例1：毎週金曜日、10:00~12:00 例2：月3回、1回当たり1時間)

注3 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する資格証等の写しを添付してください。

注4 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ついては、病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写しを添付してください。

注5 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。

医療連携体制加算(Ⅶ)に関する届出書
(共同生活援助(令和3年4月以降))

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
	3 終了	
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 ・ 無	
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。
	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 ・ 無	
	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。

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てください(例1:毎週金曜日、10:00~12:00 例2:月3回、1回当たり1時間)。

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する資格証等の写しを添付してください。

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ついては、病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写しを添付してください。

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。

記載例

年 月 日

医療連携体制加算(Ⅶ)に関する届出書
(共同生活援助(令和3年4月以降))

事業所番号	××××××	
事業所の名称	〇〇事業所	
事業所所在地	△△県□□市◇◇×-×-×	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了	
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)	1人
	2 他事業所との併任	有 ・ 無
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	訪問看護ステーションA
	2 訪問看護ステーション等の所在地	▲▲県■市◆◆×-×-×
	3 確保する看護師の数(人)	15人
看護師の勤務状況	毎週金曜日、10:00~12:00	
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 ・ 無
	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 ・ 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。

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てください(例1:毎週金曜日、10:00~12:00 例2:月3回、1回当たり1時間)。

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する資格証等の写しを添付してください。

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ついては、病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写しを添付してください。

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。

特定事業所加算に係る届出書(居宅介護事業所) (令和6年4月以降)

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>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><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></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%;"> <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> <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> </table>			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	<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>
		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																						
<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>	<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>																									
<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> </table> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="2">サービス提供責任者</td> <td>常勤</td> <td>職員数</td> <td>人</td> <td rowspan="2">常勤換算職員数</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	居宅介護従業者の数	人	サービス提供責任者	常勤	職員数	人	常勤換算職員数	非常勤	人	人														
月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人																							
サービス提供責任者	常勤	職員数	人	常勤換算職員数																						
	非常勤	人	人																							
<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>	<p>有・無</p> <p><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/></p>																									

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、子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、ハ又はこの適用を受けている事業所に係る同号イ、ハ又はこの適用については、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。

特定事業所加算に係る届出書(重度訪問介護事業所) (令和6年4月以降)

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〕		有・無																		
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。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
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。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
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。)	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
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。	<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。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
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。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
〔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。																			
	<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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(1) 重度訪問介護従業者の総数</td> <td>人</td> <td>時間</td> </tr> <tr> <td>(2) (1)のうち介護福祉士の総数</td> <td>人</td> <td>→ (1)に占める(2)の割合が30%以上</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>→ (1)に占める(3)の割合が50%以上</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、常勤の重度訪問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 → (1)に占める(4)の割合が40%以上</td> </tr> </tbody> </table>		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	(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	有・無			
	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																		
(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																		
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。	<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>																		
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。	<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>重度訪問介護従業者の数</td> <td>人</td> </tr> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>職員数</th> <th>常勤換算職員数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">サービス提供責任者</td> <td>(1) 総数</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>(2) 常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>(3) 非常勤</td> <td>人</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>	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	人	(3) 非常勤	人	人	
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	人																	
	(3) 非常勤	人	人																	
〔重度障害者対応要件〕		有・無																		
	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	<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(同行援護事業所) (令和6年4月以降)

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〕

①ーア 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。 有 無

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。 有 無

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開催している。 有 無

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。 有 無

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。 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。 有 無

〔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"/> 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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
(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"/> 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、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。 有 無

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。 有 無

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。 有 無

月延べサービス提供時間	時間	同行援護従業者の数	人
-------------	----	-----------	---

サービス提供責任者	職員数		常勤換算職員数
	常勤	人	
	非常勤	人	人

〔重度障害者対応要件〕

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 有 無

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 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 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）（令和6年4月以降）

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〕

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。

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。

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に開催している。

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。

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。

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。

⑥ 緊急時等における対応方法を利用者に明示している。

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。

有・無

□ ・ □

□ ・ □

□ ・ □

□ ・ □

□ ・ □

□ ・ □

□ ・ □

〔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。

		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	
(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
(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

有・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居宅介護従事者養成研修1級課程修了者。

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。

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。

有・無

□ ・ □

□ ・ □

□ ・ □

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〕

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

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

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日において子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）（令和6年4月以降）

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。

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・福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設)

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</td> <td>生活支援員等の総数 (常勤)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>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	②	①のうち社会福祉士等の 総数(常勤)	人	→ ①に占める②の割合が 25%又は35%以上	有・無
	①	生活支援員等の総数 (常勤)	人						
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</td> <td>生活支援員等の総数 (常勤換算)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>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	②	①のうち常勤の者の数	人	→ ①に占める②の割合が 75%以上	有・無
①	生活支援員等の総数 (常勤換算)	人							
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</td> <td>生活支援員等の総数 (常勤)</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>①のうち勤続年数3年以上の 者の数</td> <td>人</td> </tr> </table>	①	生活支援員等の総数 (常勤)	人	②	①のうち勤続年数3年以上の 者の数	人	→ ①に占める②の割合が 30%以上	
①	生活支援員等の総数 (常勤)	人							
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。

○福祉型障害児入所施設にあつては加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員、加算（Ⅲ）においては、児童指導員又は保育士

○医療型障害児入所施設にあつては加算（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（直接支援業務に従事する者のうち、看護職員及び保育士であるものを除く）、加算（Ⅲ）においては、児童指導員、保育士又は指定発達医療機関の職員（直接支援業務に従事する保育士又は指導員であるものに限る。）

4 ここでいう社会福祉士等とは、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師のことをいう。

また、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型のみ、社会福祉士等に作業療法士を含む。

(付表16)

年 月 日

栄養士配置加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		
	栄養マネジメントに関わる者		
	職種	氏名	
	医師		
	管理栄養士		
	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。

(付表17)

年 月 日

夜勤職員配置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 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に記載してください。

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おとした体制を記載(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。

(付表19)

年 月 日

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に	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)				
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。

(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。

年 月 日

(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		〇〇事業所				
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	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)		
				夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③
			20	10	10	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	22:00~6:00			
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				

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。

年 月 日

(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		○○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	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	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(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	想定される夜間支援体制(夜勤・宿直) 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。	
	4	備考	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。	
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		

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、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。

(付表21)

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すること。
 7. **就労定着者の割合が零である場合**は、就労支援関係研修修了加算を算定できないので注意すること。

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

〇〇 〇〇 | 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
	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	〇年 〇月 〇日

- (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すること。
 7. **就労定着者の割合が零である場合**は、就労支援関係研修修了加算を算定できないので注意すること。

(付表22)

年 月 日

障害基礎年金1級を受給する利用者の状況（重度障害者支援体制加算に係る届出書）

前年度における障害基礎年金1級受給者の延べ利用者数	(A)		
当該施設の前年度の延べ利用者数	(B)		
(A)÷(B)	(C)		
重度者支援体制加算		(I) 50%～	(II) 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すること。

目標工賃達成指導員対象施設の配置状況

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)÷6]……(B)	
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)÷5]……(C)	

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) ≤	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 ≤	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) ≤	①+②
------------------------------------	-------	-----

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。

年 月 日

目標工賃達成指導員対象施設の配置状況

記入

当該施設・事業所の前年度の利用者数の平均値……(A)	30人
職業指導員及び生活支援員の数[(A)÷6]……(B)	4人
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)÷5]……(C)	5人

職業指導員及び生活支援員の氏名		常勤換算後の人数
1	A	1
2	B	1
3	C	1
4	D	0.5
5	E	0.8
6		
7		
8		
9		
10		
合計	(B) ≤	4.3

常勤換算後の人数が、必要配置数(B)以上であること

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

目標工賃達成指導員の配置率が1.0以上であること

常勤換算後の人数が必要配置数(C)を超えていること

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) ≤	6.3	①+②
------------------------------------	-------	-----	-----

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。