

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 変更 3 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、賃金向上達成指導員を常勤換算方法で1以上配置していること。	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 賃金向上計画については、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可能性があるかどうかについて確実に確認すること。

目標工賃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 変更	3 終了
3 当該施設・事業所の昨年度利用者実績人数			人
4 職業指導員及び生活支援員の配置状況			人
5 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配置状況			人

職業指導員及び生活支援員の氏名	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
目標工賃達成指導員の氏名	
1	
2	
3	
4	
5	

注1 「職業指導員及び生活支援員の配置状況」の欄には、左記職員の実人数を利用定員で割った数字を記入してください。

注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配置状況」の欄には、左記職員の実人数を利用定員で割った数字を記入してください。

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 前々年度における事業所の平均工賃月額（実績）
	円
	② 前年度において事業所が作成した工賃向上計画における目標工賃額（平均工賃月額）
	円
	③ 前年度における事業所の平均工賃月額（実績）
	円
	④ 前々年度における全国平均工賃月額
	円
⑤ 前々々年度における全国平均工賃月額	
円	
⑥ ①+（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> ②の額が⑥の額以上となっていること。（②≥⑥） (該当 非該当)
	<要件確認2> ③の額が②の額以上となっていること。（③≥②） (該当 非該当)

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。

職場適応援助者養成研修修了者配置体制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
就労定着支援員の氏名		常勤・非常勤	研修修了日
1		常勤 ・ 非常勤	年 月 日
2		常勤 ・ 非常勤	年 月 日
3		常勤 ・ 非常勤	年 月 日

- 注 1 「従業員の勤務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。
- 2 「訪問型職場適応援助者（ジョブコーチ）養成研修」の修了証（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。
- 3 就労定着支援員の状況に変動があったときは、速やかに本様式により届け出ること。
- 4 加算の対象となる就労定着支援員が不在となり、加算を算定することができなくなったときは、速やかに「介護給付費及び訓練等給付費の額の算定に係る体制等の届出書」により届け出ること。

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

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・Ⅼ・Ⅽ・Ⅾ・ⅰ・ⅱ）			
5 利用者数	前年度の利用者数の 平均値	<input type="text"/>	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	(一) 6の人員体制において満たすべき算定要件の算出			
	○指定障害福祉サービス基準の規定により置くべき世話人等			
		世話人	生活支援員	合計（(a)=①+②）
	常勤換算数	人	人	人
	勤務延べ 時間数	① 時間	② 時間	(a) 時間
	○6の人員体制を満たすために加配すべき世話人等			
		加配する 世話人等		調整数
	勤務延べ 時間数	(b) 時間		(c) 時間
	○6の人員体制を満たすために必要な特定従業者数（(d)=(a)+(b)+(c)）			
			世話人等	
	特定従業者数	(d)	人	
	勤務延べ時間数		時間	
(二) 現時点で配置している世話人等の特定従業者数				
		世話人等		
	特定従業者数	(e)	人	
	勤務延べ時間数		時間	
(三) 人員配置体制加算 算定の可否				
可	(d) < (e) = 必要な特定従業者数を満たしているため可			
否	(d) > (e) = 必要な特定従業者数を満たしていないため否			

注1 「申請する加算区分」には、該当する番号（Ⅰ～ⅱ）に○を付してください。

注2 「人員体制」には、該当する箇所に○を付してください。

注3 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さします。

注4 調整数とは、常勤換算方法による基準上おくべき従業者数において、当該事業所の常勤換算における所定労働時間が40時間未満であった場合に、特定従業者数換算方法により算出された場合の値との差分をいいます。

(参考表)

令和 年 月 日

参考表

1 事業者名等

法人名			
事業所名			
事業所番号		定員	

2 事業所類型

<input type="checkbox"/>	介護サービス包括型
<input type="checkbox"/>	外部サービス利用型
<input type="checkbox"/>	日中サービス支援型

※1 該当する類型の欄のプルダウンで○を選択する

5 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		計					
	利用者数 個人居宅介護等利用者	定員増人数																
4月	30日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
5月	31日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
6月	30日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
7月	31日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
8月	31日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
9月	30日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
10月	31日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
11月	30日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
12月	31日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
1月	31日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
2月	29日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
3月	31日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
計	366日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0名
項目毎平均利用者数		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0名
区分毎平均利用者総数		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0		0.0				

- ※2 「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**
- ※3 「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**
- ※4 「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**
- ※5 利用者が入居した日は含み、退去した日は含めない。

人員配置体制確認表 確認表

法人名 0 事業所名 0
事業所番号 0 定員 0

1 サービス類型

介護サービス包括型事業所
外部サービス利用型事業所
日中サービス支援型事業所

2 運営状況

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

3 利用者数

利用者数(平均) 区分1以下 区分2 区分3 区分4 区分5 区分6 計
0.0人 0.0人 0.0人 0.0人 0.0人 0.0人 0.0人

4 基準上置くべき従業者数

常勤換算数 特定従業者用の勤務延べ時間数
世話人6:1 FALSE 0.0 0.0
世話人5:1 FALSE 0.0 0.0
生活支援員 0.0人 0.0 0.0
合計 0.0人 0 0

5 当該事業所における基準上置くべき従業者数

常勤換算数 特定従業者用の勤務延べ時間数
世話人6:1 FALSE 0.0 0.0
世話人5:1 FALSE 0.0 0.0
生活支援員 #DIV/0! #DIV/0! #DIV/0!
合計 #DIV/0! #DIV/0! #DIV/0!

6 加配している特定従業者数

特定従業者数換算数
世話人等 0.0人 0.00
合計 0.0人 0

7 人員配置体制加算の算定における必要加配数

調整数: 常勤換算方法による基準上置くべき従業者数において、当該事業所の常勤換算における所定労働時間が40時間未満であった場合に、特定従業者数換算方法により算出された場合の値との差分をいう。

介護包括サービス型・外部サービス利用型

12:1の場合 特定従業者数 勤務延べ時間
不足加配数 0.0 0.0
不足調整数 0.0 0.0
加配状況 #DIV/0! #DIV/0!
算定要件に対しての加配状況 #DIV/0! #DIV/0!

12:1

30:1の場合

特定従業者数 勤務延べ時間
不足加配数 0.0 0.0
不足調整数 0.0 0.0
加配状況 #DIV/0! #DIV/0!
算定要件に対しての加配状況 #DIV/0! #DIV/0!

30:1

日中サービス支援型

7.5:1の場合 特定従業者数 勤務延べ時間
不足加配数 0.0 0.0
不足調整数 0.0 0.0
加配状況 #DIV/0! #DIV/0!
算定要件に対しての加配状況 #DIV/0! #DIV/0!

7.5:1

20:1の場合 特定従業者数 勤務延べ時間
不足加配数 0.0 0.0
不足調整数 0.0 0.0
加配状況 #DIV/0! #DIV/0!
算定要件に対しての加配状況 #DIV/0! #DIV/0!

20:1

従業者の勤務体制一覧表

Table with columns: 職種, 勤務形態, 氏名, 第1週, 第2週, 第3週, 第4週, 4週の合計, 週平均の勤務時間, 常勤換算後の人数, 特定従業者換算後の人数, 兼務先. Includes rows for 介護職員, 世話人, 生活支援員.

加配する特定従業者(世話人等)の勤務体制一覧表

Table with columns: 職種, 勤務形態, 氏名, 第1週, 第2週, 第3週, 第4週, 4週の合計, 週平均の勤務時間, 特定従業者換算後の人数, 兼務先. Includes rows for 世話人等.

※「勤務形態」の左側の欄には「常勤・専従」や「非常勤・兼務」等を記載し、右側の欄には支援先のユニット名を記載すること(すべてのユニットに関わり支援している場合は「全ユニット」と記載すること。)

※特定有資格者(社会福祉士「社」・精神保健福祉士「精」・介護福祉士「介」)には名前の後に資格名と勤続年数(経験3年以上の者のみ)を記載すること。

- 手順1 サービス類型を選択 →1 サービス類型
手順2 運営状況を選択 →2 運営状況
手順3 対象となる利用者数を算出 →3 利用者数
・「2 運営状況」で①を選択した場合は、3に各々の推定数を記載する。
・「2 運営状況」で②③を選択した場合は、別紙参考表の計算式で算出された値を転記する。
手順4 基準上置くべき従業者数が表示される →4 基準上置くべき従業者数
手順5 「従業者の勤務体制一覧表」を記載する。
手順6 「5 当該事業所における基準上置くべき従業者数」が表示される →5 当該事業所における基準上置くべき従業者数
手順7 「4 基準上置くべき従業者数」と「6 当該事業所における基準上置くべき従業者数」を突き合わせ、基準上置くべき従業者数を満たしていることを確認する。
手順8 「7 人員配置体制加算の算定における必要加配数」を参考に、「算定要件に対しての加配状況」が0になるように「加配する特定従業者(世話人等)の勤務体制一覧表」に職員を配置する。
手順9 「算定要件に対しての加配状況」が0以上になることで算定要件を満たすことになり、人員配置体制加算を算定できる。

夜勤職員加配加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所・施設の名称																					
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了																		
3 夜勤職員の加配状況	<table border="1"><thead><tr><th>共同生活住居の名称</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>			共同生活住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無			有 ・ 無
	共同生活住居の名称	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（平成18年厚生労働省令第171号）に定める員数の夜間支援従事者に加え、夜勤を行う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。

医療的ケア対応支援加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所・施設の名称															
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了												
3 看護職員の配置状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤</th> <th>非常勤</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実人員</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>常勤換算方法 による員数</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table>				常勤	非常勤	合計	実人員	人	人	0人	常勤換算方法 による員数	人	人	0人
	常勤	非常勤	合計												
実人員	人	人	0人												
常勤換算方法 による員数	人	人	0人												
4 利用者の数	前年度の利用者の平均		<input type="text"/> 人												

注 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。

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つては、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こ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
		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	
		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

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。

入院時情報提供書(相談支援事業所・重度訪問介護事業所→入院医療機関)

記入日: 年 月 日 添付資料: あり なし

事業所名	担当者名	連絡先
------	------	-----

以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

1. 基本情報

氏名			住所		
生年月日	年	月	日(歳)		
障害名・疾患名					
現病歴・既往歴					
医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()				
手帳の保有状況 ※障害の内容は 障害名・疾患名に記載	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身障()級、内容: <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> その他	障害支援区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり→区分()		
	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 療育() <input type="checkbox"/> 精神()級				

2. 本人の状態、支援における留意点等

※サービス等利用計画、アセスメントシート、別紙等を添付することで、記載を省略することが可能です。

入院中の支援で留意してほしいこと
 ※支援のポイントや要望、入院による環境変化や治療で懸念される本人の状態変化、その対応方法を記載してください。
 ※伝達が必要な情報があれば、項目にこだわらず自由に記載してください。

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

①身体状況やケアで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡が起きやすい体質であり、在宅では2時間に1回の体位交換を実施

A D L	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	更衣・整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※食事形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※排泄方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ホ・タブル <input type="checkbox"/> オムツ・パット <input type="checkbox"/> その他		

②コミュニケーションで配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)説明時には〇〇を用いながらゆっくりと話す

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思伝達的手段・方法	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難

③行動特性等で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)点滴を抜管する可能性がある、大きな音で興奮しやすいが〇〇すると落ち着く

④その他 ※その他、環境面で配慮すべきこと、本人の生活上の課題等を記載

退院に向けての本人・家族の希望、配慮してほしいこと ※退院調整時に留意が必要なこと等を記載してください。

あり(以下に具体的な内容を記載) あり(添付資料を参照) なし 本人・家族からの聴取を希望

退院前カンファレンスへの事業所としての参加希望 参加を希望する

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中の特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。

特別なコミュニケーション支援の必要性		<input type="checkbox"/> あり(以下を記載)		<input type="checkbox"/> なし	
特別なコミュニケーション支援が必要な理由					
訪問の可能性がある事業所	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
	事業所	担当者	連絡先	営業時間	: ~ :
訪問可能な時間帯		<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 終日 → 訪問可能な時間帯(: ~ :)			
想定される事業所の支援内容					

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 本人と親 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他()				
生活の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()				
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先		
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等					

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 障害福祉サービス・障害児支援 <input type="checkbox"/> 介護保険サービス <input type="checkbox"/> その他				
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名		
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名		
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名		
1日の生活の流れ・社会参加の状況					
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等					

③受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問	
服薬状況	服薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 服薬管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他()		
	薬の名前			
	留意点・服薬介助のポイント			
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→内容:()			

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。 <input type="text" value="修了者名"/>	有・無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 <input type="text" value="公表の方法"/>	有・無
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。 <input type="text" value="修了者名"/>	有・無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 <input type="text" value="公表の方法"/>	有・無
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。 <input type="text" value="修了者名"/>	有・無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 <input type="text" value="公表の方法"/>	有・無
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。 <input type="text" value="連携先病院等の名称"/>	有・無

【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。 <input type="text" value="修了者名"/>	有・無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 <input type="text" value="公表の方法"/>	有・無
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。

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加している。 (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。

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。 相談支援専門員の配置状況</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <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。</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。	有・無																														
※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。																															
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。

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支援加算》	対象：日中系サービス※	
	《障害福祉サービスの体験利用加算・体験宿泊加算》	対象：地域移行支援	
	《地域移行促進加算（Ⅰ）・（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（規定の変更の手続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手続中のものである場合は、当該変更の手続の完了後、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型をいう。

送迎加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
サービスの種類	
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・2いずれにも該当する場合は送迎加算Ⅰ、いずれか一方に該当する場合は送迎加算Ⅱの算定が可能。	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 (生活介護の上乗せ加算)	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。

※ 「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②」欄については、両方に該当する場合は両方に○を付けること。

※ 「これに準ずる者」とは、区分4以下であつて、行動関連項目合計点数が10点以上である者又は喀痰吸引等を必要とする者とする。

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	1 医療型短期入所	2 医療型特定短期入所
異動区分	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障害児相談支援事業所の相談支援専門員と連携し、当該相談支援専門員が作成したサービス等利用計画等で、医療型短期入所において日中活動の提供が必要とされた利用者がある(セルフプランは算定不可)	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(「保育士等」という)が共同して、利用者ごとの日中活動実施計画を作成している	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	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、必要に応じて当該計画を見直している	1 該当	2 非該当

就労移行支援体制加算に関する届出書
(生活介護・自立訓練)

事業所の名称			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

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	届出時点の継続状況 (離職している場合は離職日も記入)
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、生活介護等を受けた後、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の移行は除く。

注2 通常の事業所に雇用されている者であって労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするものが、生活介護等を受けた場合にあっては、当該生活介護等を受けた後、就労を継続している期間が6月に達した者を就労定着者として取り扱う。具体的には、労働時間の延長の場合には生活介護等の終了日の翌日、休職からの復職の場合は実際に企業に復職した日を1日目として6月に達した者とする。

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。
(離職している場合は離職日も記入)

注4 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。

就労移行支援体制加算に関する届出書
(就労継続支援A型)

事業所の名称			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

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 (離職している場合は離職日も記入)
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の移行は除く。
- 注2 通常の事業所に雇用されている者であって労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするものが、就労継続支援A型を受けた場合にあっては、当該就労継続支援A型を受けた後、就労を継続している期間が6月に達した者を就労定着者として取り扱う。具体的には、労働時間の延長の場合には就労継続支援A型の終了日の翌日、休職からの復職の場合は実際に企業に復職した日を1日目として6月に達した者とする。
- 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。
(離職している場合は離職日も記入)
- 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。

就労移行支援体制加算に関する届出書
(就労継続支援B型)

事業所の名称			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

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)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)	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(Ⅳ)、(Ⅴ)又は(Ⅵ)	

	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 (離職している場合は離職日も記入)
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の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 通常の事業所に雇用されている者であって労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするものが、就労継続支援B型等を受けた場合にあつては、当該就労継続支援B型等を受けた後、就労を継続している期間が6月に達した者を就労定着者として取り扱う。具体的には、労働時間の延長の場合には指定就労継続支援B型等の終了日の翌日、休職からの復職の場合には実際に企業に復職した日を1日目として6月に達した者とする。
- 注3 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)、(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定している場合は、平均工賃月額区分も選択すること。
- 注4 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。(離職している場合は離職日も記入)
- 注5 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。

施設外支援実施状況（移行準備支援体制加算に係る届出書）

事業所の名称				
異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
当該施設の前年度の利用定員 (A)		人		
うち施設外支援実施利用者 (B)		人		
施設外支援実施率 $(B) / (A) \times 100$ (C)		%		
氏 名		職場実習等	求職活動等	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※ 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。

※ 移行準備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。

障がい基礎年金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)

事業所の名称	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

当該施設の前年度利用者延べ人数(全体)	(A)	人
うち障がい基礎年金1級を受給する利用者延べ人数	(B)	0 人
(B) / (A) × 100	(C)	%

重度者支援体制加算	(I) 50%~	(II) 25%~50%

	氏 名	利用日数
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

※ 本表は前年度の障がい基礎年金1級を受給する利用者を記載してください。

※ 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。

就労定着実績体制加算に関する届出書

事業所の名称	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

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。

居住支援連携体制加算に関する届出書

事業所の名称			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
居住支援法人又は居住支援協議会との連携状況	1	居住支援法人又は居住支援協議会の名称	
	2	居住支援法人又は居住支援協議会の所在地	

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 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等を示す文書を添付してください。

通勤者生活支援加算に係る体制

事業所の名称			
異動区分		1 新規	2 変更
前年度の平均利用者数(A)		30	人
前年度の平均利用者数の50% (人)		15	人
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0!	人
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計(E)			人
前年度の当該サービスの開所日数の合計 (D)			人
通勤者生活支援に係る体制	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。

スコアの公表状況に関する届出書

法人名		
事業所名		
事業所所在地 (区市町村名)		
指定年月	令和 年 日	

【スコアの公表状況】

公表の実施時期	令和 年 日	
公表方法 ※該当する番号に○を 記入して下さい	① 障害福祉サービス等情報検索ウェブサイト (WAMネット)	
	② 事業所のホームページ (TOPページ)	
	③ その他	
	③の場合は左記に 詳細内容を記載	
URL		

届出時点で未公表の場合、 左記に○を記入する	
---------------------------	--

- 備考1 スコアは、障害福祉サービス等情報検索ウェブサイト (WAMネット) において公表することが義務となっています。最新の情報を掲載して下さい。なお、スコア表に関しては、障害者や地域の支援機関等の貴重な情報源になりますので、わかりやすい場所に公表いただきますようお願いいたします。
- 2 スコアの公表対象は、様式2-1「就労継続支援A型事業所におけるスコア表 (全体)」及び様式2-2「就労継続支援A型事業所におけるスコア表 (実績 I~IV、VI)」となっているため、部分的な掲載になっていないかご留意下さい。
- 3 スコアの公表については、都道府県に届出がされていない場合に減算することとなる点にご留意下さい。
- 4 減算は、届出がされていない月から届出がされていない状態が解消されるに至った月まで、利用者全員について減算する点にご留意下さい。

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	

※営業時間とは…運営規程上で定めるサービス提供可能時間

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

※ 運営規程に定める営業時間(送迎のみを実施する時間は含まない)が8時間以上である営業日において、個別支援計画に基づき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。

※ 延長時間帯に、基準上置くべき直接処遇職員を1名以上配置する必要があること。

※ 延長支援加算を算定する障害者(施設入所者を除く)又は障害児に係る個別支援計画書を添付すること。

(別表7)

視覚障害者に対する専門的訓練の実施体制の状況
(視覚障害者機能訓練専門員の配置)

事業所名	
------	--

加算要件	要件の有無
(1) 以下のいずれかの研修を修了した従業者がいる	1 有 2 無
① 国立障害者リハビリテーションセンター学院の視覚障害学科卒業 氏名 _____	
② 盲人歩行訓練指導員研修の修了者 氏名 _____	
③ 視覚障害生活訓練指導員研修の修了者 氏名 _____	
④ ①～④に準ずる研修 研修の名称 _____ 氏名 _____	
(2) 上記の従業者が視覚障害者である利用者の居宅を訪問する体制を整えている	1 有 2 無

注1 研修の修了証の写しを添付してください。

注2 居宅を訪問する体制が確認できる、勤務表を添付してください。