

様式番号	様式名
別紙1-1	介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表
別紙2-1	特定事業所加算に係る届出書（居宅介護事業所）
別紙2-2	特定事業所加算に係る届出書（重度訪問介護事業所）
別紙2-3	特定事業所加算に係る届出書（同行援護事業所）
別紙2-4	特定事業所加算に係る届出書（行動援護事業所）
別紙3-1	福祉専門職員配置等加算に関する届出書（療養介護・生活介護・自立訓練（機能訓練・生活訓練）・就労選択支援・就労移行支援・就労継続支援・自立生活援助・共同生活援助）
別紙3-2	福祉専門職員の配置に係る加算に関する届出書（共生型短期入所）
別紙4	人員配置体制加算に関する届出書（生活介護・療養介護）
別紙5	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
別紙6-1	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅰ）に関する届出書
別紙6-2	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅱ）に関する届出書
別紙7	高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書
別紙8-1別添	重度障害者の状況（施設入所支援）
別紙8-1	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）
別紙8-2	重度障害者支援加算に関する届出書（短期入所）
別紙8-3	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）
別紙9-1	リハビリテーション加算に関する届出書（生活介護）
別紙9-2	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））
別紙10	食事提供体制加算に関する届出書
別紙11	サービス管理責任者配置等加算に関する届出書
別紙12	地域生活移行個別支援特別加算に係る体制
別紙13	精神障害者地域移行特別加算に関する届出書
別紙14	強度行動障害者地域移行特別加算に係る届出書
別紙15	医療連携体制加算（Ⅶ）に関する届出書、医療連携体制加算（Ⅸ）に関する届出書（短期入所）
別紙16	栄養士配置加算・栄養マネジメント加算に関する届出書

様式番号	様式名
別紙17	夜勤職員配置体制加算に関する届出書
別紙18	入浴支援加算に関する届出書
別紙19	夜間看護体制加算に関する届出書
別紙20	地域移行支援体制加算に関する届出書
別紙21	通院支援加算に関する届出書
別紙22	障害者支援施設等感染対策向上加算に関する届出書
別紙23-1	ピアサポート実施加算に関する届出書（共同生活援助）
別紙23-2	ピアサポート実施加算に関する届出書（自立訓練・就労継続B型）
別紙24	退居後ピアサポート実施加算に関する届出書
別紙25	ピアサポート体制加算に関する届出書（自立生活援助）
別紙26	社会生活支援特別加算に係る届出書
別紙27	地域移行支援体制強化加算・通勤者生活支援加算に関する届出書（宿泊型自立訓練事業所）
別紙27	地域移行支援体制強化加算・通勤者生活支援加算に関する届出書（宿泊型自立訓練事業所）
別紙28	精神障害者退院支援施設加算・短期滞在加算に関する届出書
別紙29-1	夜間支援等体制加算に関する届出書（宿泊型自立訓練）
別紙29-2	夜間支援等体制加算に関する届出書（共同生活援助）
別紙30	就労支援関係研修修了加算に関する届出書
別紙31	賃金向上達成指導員配置加算に関する届出書
別紙32	目標工賃達成指導員配置加算に関する届出書
別紙33	目標工賃達成加算に関する届出書
別紙34	個別計画訓練支援加算に関する届出書
別紙35	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
別紙36	地域生活支援拠点等機能強化加算に関する届出書
別紙37	人員配置体制加算に関する届出書（共同生活援助）
別紙38	夜勤職員加配加算に関する届出書（日中サービス支援型共同生活援助）

様式番号	様式名
別紙39	医療的ケア対応支援加算に関する届出書（共同生活援助）
別紙40	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）
別紙40別添	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
別紙41	強度行動障害者体験利用加算に係る届出書
別紙42	主任相談支援専門員配置加算に関する届出書
別紙43	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）
別紙44	体制加算に関する届出書（相談支援事業所）（行動障害・要医療児者・精神障害者・高次脳体制加算）
別紙45	地域体制強化共同支援加算に関する届出書
別紙46-1	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
別紙46-2	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（一体的管理運営用）
別紙47	地域生活支援拠点等に関連する加算の届出
別紙48	送迎加算に関する届出書
別紙49	日中活動支援加算に関する届出書（短期入所）
別紙50	口腔衛生管理体制加算に係る届出書（施設入所）
別紙51-1	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）
別紙51-2	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）
別紙51-3	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）
別紙52	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）
別紙53	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）
別紙54	就労定着実績体制加算に関する届出書
別紙55	居住支援連携体制加算に関する届出書
別紙56	通勤者生活支援加算に係る体制
別紙57	スコアの公表状況に関する届出書
加算別紙1	介護給付費等の算定に係る体制等に関する届出書
加算別紙2	利用日数に係る特例の適用を受ける日中活動サービス等に係る（変更）届出書

様式番号	様式名
加算別紙3	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
加算別紙3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）
加算別紙4	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
加算別紙4別添1	就労継続支援 A 型事業所におけるスコア表（全体）
加算別紙4別添2	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
加算別紙5	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
加算別紙6	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
加算別紙6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）
加算別紙6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】
加算別紙7	特定事業所集中減算に関する届出書

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-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-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>	月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人																						
月延べサービス提供時間	時間	居宅介護従業者の数	人																							
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td></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>			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															
		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>[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。
- 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)

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へ明示している。 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	
(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

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]

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。 有 無

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。 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

- 「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-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-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も明示している。			<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				有・無	
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	<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"/>
(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"/>
(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"/>
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業者養成研修1級課程修了者。				<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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	

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。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書

(療養介護・生活介護・自立訓練(機能訓練・生活訓練)・就労選択支援・就労移行支援・就労継続支援・自立生活援助・共同生活援助・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)

Table with 4 rows: 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 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)

※生活介護のみ福祉専門職員配置等加算(I)又は(II)の算定とともに(III)も算定可能である。

Main table for staff status with 3 rows: 5 社会福祉士等の状況, 6 常勤職員の状況, 7 勤続年数の状況. Each row includes sub-tables for total staff and specific categories, with arrows indicating percentage requirements.

注1 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。

注2 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
○就労選択支援にあつては、就労選択支援員
○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
○放課後等デイサービスにあつては、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
○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っては、加算（Ⅰ）（Ⅱ）においては、児童指導員又は指定発達医療機関の職員、加算（Ⅲ）においては、児童指導員若しくは保育士又は指定発達医療機関の職員のことをいう。

福祉専門職員の配置に係る加算に関する届出書（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 加算(I) ※有資格者35%以上 2 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>	① 従業者の総数		人	② ①のうち社会福祉士等の総数		人	→ ①に占める②の割合が25%又は35%以上	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							

注1 ここていう従業者とは、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。

注2 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。

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"><thead><tr><th>常勤</th><th>非常勤</th><th>合計</th></tr></thead><tbody><tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr></tbody></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。

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 } 3 } 4 } ⇒ 合計1人以上	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. 従業員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員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。

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「3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

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「3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。

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の数 (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 加配される従業員の配置状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.0 人	
加配される従業員の数 (G)		人	(G) >= (F)

3 加配される従業員の要件			
加配される従業員の氏名	加配される従業員の研修の受講状況		
	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員に対し、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	従業員の勤務体制一覧表、研修を修了したことを証明する書類等
------	-------------------------------

- (※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。

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" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">生活支援員の数（全体）(a)</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">研修修了者の人数(b)</td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">(b)/(a)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">人</td> <td style="padding: 5px;">人</td> <td style="padding: 5px;">%</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">※ 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。

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。

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。

サービス管理責任者配置等加算に関する届出書

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 サービス管理責任者の配置	有 ・ 無	
5 地域に貢献する活動の内容		有 ・ 無

注1 ここでのいう従業者とは、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。

注2 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。

精神障害者地域移行特別加算に関する届出書

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 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
5 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 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において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。

注2 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。

注3 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。

上記欄へ修了又は受講中の場合は「有」を、受講していない場合は「無」を記載してください。

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。

医療連携体制加算（Ⅶ）に関する届出書（共同生活援助）
医療連携体制加算（Ⅸ）に関する届出書（短期入所）

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

共同生活援助の支援対象者（※1） （共同生活援助の場合のみ記入）		人
1 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） （注）准看護師は不可	(1) 配置する看護師の数（人）（※1）	人
	(2) 他事業所との併任	有 ・ 無
2 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）（※1）	人
3 看護師の勤務状況（※2）		
4 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（利用）の際に、入居者（利用者）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

添付書類	上記1に該当の場合	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 組織体制図 看護師の資格を証する書類の写し
	上記2に該当の場合	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（准看護師ではなく「看護師」を派遣すること、上記3に記載する派遣の頻度・時間及び24時間オンコールの体制をとることを明記すること。）
	共通	重度化した場合における対応に関する指針（※3）

※1 共同生活援助については、看護師1人につき、算定可能な利用者数は20人を上限とする。

※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又は訪問の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）

なお、利用者に対する日常的な健康管理や通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整等の業務を行うために必要な勤務時間を確保すること。

※3 「重度化した場合における対応に関する指針」に盛り込むべき項目としては、例えば①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中におけるグループホーム等における家賃や食材料費の取扱いなどが考えられる。

栄養士配置加算・栄養マネジメント加算に関する届出書

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 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
5 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		

注 「栄養マネジメントに関わる者」欄には、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。

夜勤職員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
3 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
4 夜勤職員配置の状況	人
5 見守り機器の配置数	台

注1 「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。

注2 「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。

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。

夜間看護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
3 看護職員の配置状況	看護職員の総数		うち夜勤体制
	人		人体制

注 「看護職員配置の状況」の「看護職員の総数」欄には、常勤換算方法により算定した当該施設における看護職員総数（実数）を記載し、「うち夜勤体制」欄には、延べ人数ではなく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。

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 →

(別紙21)

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)
------	--

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。

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。

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（Ⅳ）		4 就労継続支援B型サービス費（Ⅴ）		
	5 就労継続支援B型サービス費（Ⅵ）				
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。

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
			年	
			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													
				<table border="1"> <tr> <td></td> <td>常勤 (人)</td> <td>非常勤 (人)</td> <td>合計 (人)</td> </tr> <tr> <td>実人員</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算数</td> <td></td> <td></td> <td style="border: 2px solid black;"></td> </tr> </table>			常勤 (人)	非常勤 (人)	合計 (人)	実人員				常勤換算数			
		常勤 (人)	非常勤 (人)	合計 (人)													
	実人員																
	常勤換算数																
	(0.5以上であること)																
<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														
			<table border="1"> <tr> <td></td> <td>常勤 (人)</td> <td>非常勤 (人)</td> <td>合計 (人)</td> </tr> <tr> <td>実人員</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>常勤換算数</td> <td></td> <td></td> <td style="border: 2px solid black;"></td> </tr> </table>			常勤 (人)	非常勤 (人)	合計 (人)	実人員				常勤換算数				
	常勤 (人)	非常勤 (人)	合計 (人)														
実人員																	
常勤換算数																	
(0.5以上であること)																	
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。

社会生活支援特別加算に関する届出書

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 従業者の配置	人員配置基準に定める従業者の数に加え、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
5 有資格者による指導體制	<p>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、従業者を対象とした指導體制が整えられていること。</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>（関係機関との連携の状況等）</p>	有・無
6 研修の開催	従業者に対し、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
7 他機関との連携	<p>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。</p> <p>（協力体制の状況等）</p>	有・無

注1 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體制を整える場合は、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。

注2 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。

注3 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。

地域移行支援体制強化加算・通勤者生活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
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			
	26			
	27			
	28			
29				
30				

注1 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2 「加算算定上の必要人数」欄には、記入しないで下さい。

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。

精神障害者退院支援施設加算・短期滞在加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
サービスの種類			
異動区分		1 新規	2 変更
		3 終了	
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
	その他の設備の内容		
夜間の支援体制	勤務形態		職種
	常勤	専従	人数
		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すること。

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すること。

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。

注4 届出内容に変更が生じたときは、変更を届け出るとともに、基準を満たさなくなったときは、「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。

夜間支援等体制加算に関する届出書 (宿泊型自立訓練)

1 事業所・施設の名称							
2 異動区分		1 新規	2 変更		3 終了		
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	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	夜間支援従事者 ③	
	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。

夜間支援等体制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				
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	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下さい。

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。

就労支援関係研修修了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

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	
研修修了年月日	年 月 日

- 注1 「実務経験の施設又は事業所名」欄には、施設・事業所の種別も記入すること。
- 注2 「実務経験期間」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実務経験期間となりません。)
- 注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。
- 注4 本届出書には、研修修了証その他の研修を修了したことを証明できる書類を添付すること。
- 注5 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。

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・事業所の前年度の利用者数の平均値・・・(A)			
4 職業指導員及び生活支援員の数 $\{(A) \div 6\}$ ・・・(B)			0.0
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
------------------------------------	-------	-----	-----

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。

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)
	<要件確認2> ② ≥ ① となっていること	(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 「従業者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) _____ 0 _____ 回
((I) × 100 = (II))

算定回数（目安）の配分

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

(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))	回
		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）	
目安の合計が、月内算定上限内であるかの確認		((II) = (III)) = (IV)	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。」			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・ⅲ・ⅳ・ⅴ・ⅵ・ⅶ・ⅷ・ⅸ・ⅹ・ⅺ・ⅻ・ⅼ・ⅽ・ⅾ・ⅿ）					
5 利用者数	前年度の利用者数の 平均値		<input type="text"/>	<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	勤務延べ 時間数	(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（(a)+(b)+(c)=(d)、(d)の値から(e)を算出）					
				世話人等		
	特定従業者数		(e)	人		
	勤務延べ時間数		(d)	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		(f)	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	(e) < (f) = 必要な特定従業者数を満たしているため可					
否	(e) > (f) = 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～Ⅽ・ⅰ～ⅳ）に○を付してください。
 注2 「人員体制」には、該当する箇所○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。

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	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。						
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人・家族からの聴取を希望						
① 身体の状況やケア で配慮が必要なこと、支援のポイントや留意点等 例)褥瘡がしやすい体質であり、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・ダブル <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。						
<input type="checkbox"/> あり(以下に具体的な内容を記載) <input type="checkbox"/> あり(添付資料を参照) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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					
訪問の可能性のある事業所	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		
	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。)	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"> <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																											
<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。 ※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。</p>	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(規定の変更の途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途中で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	3 終了

(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つては、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
- 注3 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。
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) × 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 月	

【スコアの公表状況】

公表の実施時期	令和 年 月	
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。