

(第1号様式)

記載例

元号〇〇年度医療支援加算該当者申請書

法人の住所、法人名、代表者の職氏名、施設名を記入する。
事業所ごとに1部作成する。(指定通知書の名称と一致するよう
(宛先) うにしてください)

元号〇〇年 4 月 〇〇 日

| | | |
|-----|-------|----------------|
| 申請者 | 住 所 | 川崎市川崎区宮本町1番地 |
| | 法 人 名 | 社会福祉法人みやまえ福祉の会 |
| | 代表者名 | 理事長 中原 あさお |
| | 施 設 名 | 障害者支援施設さいわい |

川崎市給付費等及び施設経営調整加算支弁基準第5条第1項に基づき、医療支援加算が算定できる利用者を受け入れているので、次のとおり申請します。

1 対象となるサービス種類

対象サービスの□を■(または☑)にする。

☐ 生活介護 ☒ 施設入所支援 ☒ 機能訓練

2 加算該当者

- ・ 別紙「該当者名簿」のとおり

3 添付書類

- ・ 医師の指示書または診療情報提供書

※ 主治医から医療的ケアの必要性、指示内容、頻度を記入してもらうこと

(第2号様式)

記載例

元号〇〇年度支援体制加算該当施設申請書

元号〇〇年4月〇〇日

(宛先) 川崎市長

法人の住所、法人名、代表者の職氏名、施設名を記入する。
事業所ごとに1部作成する。
(指定通知書の名称と一致するようにしてください)

申請者 住 所 川崎市高津区下作延2丁目8番1号
法 人 名 特定非営利活動法人たじま
代表者名 理事長 宮前 だいし
施 設 名 通所施設たま

川崎市給付費等及び施設経営調整加算支弁基準第5条第2項に基づき、支援体制加算が算定できる体制を整えているので、次のとおり申請します。

各項目についての□を■(または☑)にする。

1 健康管理加算

- 対象有無 (☒ 有 ☐ 無)
- 類型 (☐ I型 ☐ I型(常勤的非常勤※) ☒ II型)
- 対象サービス (☒ 生活介護 ☐ 施設入所支援 ☐ 機能訓練 ☐ 生活訓練
☐ 宿泊型自立訓練 ☒ 就労継続支援B型)

※ 常勤的非常勤とは、1日6時間以上かつ月20日以上勤務する非常勤職員をいい、複数人でこの要件を満たす場合も含む

2 栄養管理加算

- 対象有無 (☐ 有 ☒ 無)
- 対象サービス (☐ 生活介護 ☐ 機能訓練 ☐ 生活訓練 ☐ 宿泊型自立訓練
☐ 就労継続支援B型)

3 食事指導加算

- 対象有無 (☒ 有 ☐ 無)
- 対象サービス (☒ 生活介護 ☐ 短期入所 ☐ 施設入所支援 ☐ 機能訓練
☐ 生活訓練 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 就労継続支援B型)

4 加算にかかる人員の内訳(1事業所で複数サービスが対象の場合は合計人数を記入すること)

| | | 看護師 | | 栄養士 | | 生活支援員(食事中) | |
|-------------|--------|------------|------------|-----|----|------------|------------|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 従業者数 | 常勤(人) | <u>1</u> | | | | <u>3</u> | <u>2</u> |
| | 非常勤(人) | <u>2</u> | <u>2</u> | | | <u>4</u> | <u>1</u> |
| 常勤換算後の人数(人) | | <u>1.5</u> | <u>0.6</u> | | | <u>3.8</u> | <u>0.9</u> |

5 添付書類

- 勤務形態一覧(サービス種類ごと)
- 看護師、栄養士の資格証(写し)