

地域生活移行推進体制確保補助金

募集要項

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部障害サービス課

1 目的

障害者支援施設に入所している者の地域生活移行を推進するため、障害者支援施設から地域生活移行した者が、地域での生活に適応できなかった際の生活の場の保障として、移行前の障害者支援施設において、移行後の者の緊急時等の受入れに備えるため、空床を確保した場合に補助する。

2 補助対象施設等

神奈川県内に所在する**民間障害者支援施設を運営する法人**

※ 政令市・中核市に所在する事業所を除く

3 補助対象事業

2に定める対象施設であって、**当該施設から地域生活移行した者のために空床を確保する事業**

※留意事項

○当該事業に要する経費から国庫支出金、起債額及びその他の特定財源を控除した額に対して交付します。

4 補助対象経費

当該施設から地域生活移行した者のために空床を確保するための経費（報酬、給料、職員手当等、共済費）

5 補助基準額・補助率

■ 補助基準額

468,000円/月

※ 1月未満の端数が生じたときは、日割り（1円未満切捨）とする。

※ 補助額は、補助対象経費の実支出額の合計と補助基準額を比較して少ないほうの額とする。

■ 補助率

県 1／3 重度者の場合は1／2

6 補助要件

補助事業者は県内所管域に所在する民間者支援施設に入所していた者であって、次に該当する者に対する空床を確保すること

- （1）共同生活援助の支給決定を受けている、もしくは受ける予定である者
- （2）居宅生活を行う者
- （3）その他、地域生活移行した者として認められる者

上記の者のうち、次のうちいずれかに該当する場合は、重度者とする。

- （1）障害支援区分が5以上である者
- （2）障害支援区分が4で医療的ケアを日常的に必要とする者
- （3）障害支援区分が4で強度行動障害の者
- （4）障害支援区分が4で重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複した状態にある者であること

7 補助対象期間

退所日の翌日を起算日とし、起算日の属する月から3月以内で会って、地域生活移行した者に対する空床の確保が必要ないと判断される日までとなります。

8 補助申請について

■ 提出書類

- ① 地域生活移行推進体制確保事業費補助金事業計画及び申請額内訳書（第1号様式別紙1）
- ② 役員等氏名一覧表（第1号様式別紙2）
- ③ 口座振込依頼書
- ④ その他知事が必要と認める書類

■ 提出期日

地域生活移行推進体制確保事業費補助金交付申請書の提出期限は**補助事業開始日の20日前**となります。

※令和8年2月以降に申請を行う場合は、申請前に県へご相談ください。

■ 提出先・提出方法

提出方法	電子メール
提出先 メールアドレス	ken-shisetsu@pref.kanagawa.lg.jp
宛先	神奈川県障害サービス課福祉施設グループ

※ メールのはじめの件名は「**【法人名】**地域生活移行推進体制確保補助金申請」としてください。

（例：【社会福祉法人〇〇】地域生活移行推進体制確保補助金申請）

9 実績報告について

■ 提出書類

- ① 地域生活移行推進体制確保事業費補助金結果報告書（第3号様式別紙1）
- ② 地域生活移行推進体制確保事業費補助金清算書（第3号様式別紙2）
- ③ その他、必要と認める書類

■ 提出書類期日

地域生活移行推進体制確保事業費補助金実績報告書の提出期限は**事業完了の日から30日を経過した日まで**となります。

■ 提出先・提出方法

提出方法	電子メール
提出先 メールアドレス	ken-shisetsu@pref.kanagawa.lg.jp
宛先	神奈川県障害サービス課福祉施設グループ

※ メールの件名は「**【法人名】地域生活移行推進体制確保補助金実績報告**」としてください。

（例：【社会福祉法人〇〇】地域生活移行推進体制確保補助金実績報告）

10 問合せ先・担当

神奈川県福祉子どもみらい局福祉部

障害サービス課福祉施設グループ

電話：045-210-1111（内線5080）

メール：ken-shisetsu@pref.kanagawa.lg.jp