

平成24年 5月30日

指定一般相談支援事業者 各位

川崎市健康福祉局障害計画課長

地域移行支援及び地域定着支援の提供実績記録票について（通知）

平素より本市障害保健福祉行政の推進に御協力いただきありがとうございます。

さて、平成24年4月より開始されました地域移行支援及び地域定着支援の提供実績記録票の様式を別紙のとおり定めました。

つきましては、地域相談支援給付費を請求する際には次のとおり地域移行支援提供実績記録票又は地域定着支援提供実績記録票を御提出くださいますようお願いいたします。

1 提出書類

○地域移行支援・・・地域移行支援提供実績記録票

○地域定着支援・・・地域定着支援提供実績記録票

2 提出期日

サービス提供月の翌月10日まで

3 提出先

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課自立支援係 あて

4 提供実績記録票の記載方法

（1）地域移行支援提供実績記録票

ア 提供日付・曜日

当該サービス提供月において、地域移行支援を提供した日及びその曜日を記載する。

イ 支援実績

実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。

（ア）算定日数

本体報酬及び集中支援加算の対象となる支援を実施した場合、「1」を記載する。

※ 当該支援の具体的な内容を「備考」欄に記載する。

（イ）サービス提供の状況

・体験利用の場合・・・「体験利用」

- ・体験宿泊Ⅰの場合・・・「体験宿泊Ⅰ」
- ・体験宿泊Ⅱの場合・・・「体験宿泊Ⅱ」

ウ 備考

本体報酬及び集中支援加算の対象となる支援を実施した場合、支援の具体的な内容を記載する。

エ 退院・退所月加算

(ア) 退院・退所日

退院・退所月加算を算定する場合、当該支給決定障害者が施設等から退院・退所した日を記載する。

(2) 地域定着支援提供実績記録票

ア 提供日付・曜日

当該サービス提供月において、地域定着支援を提供した日及びその曜日を記載する。

イ 支援実績

実際にサービスを提供した内容に基づいて次のとおり記載する。

(ア) サービス提供の状況

- ・緊急対応の場合・・・「緊急時支援」

※ 体制確保のみの場合、実績記録票への記載は要しない。

(障害計画課自立支援係 角野担当)

電話 044-200-3796

FAX 044-200-3932

E-mail 35syokei@city.kawasaki.jp

地域移行支援提供実績記録票

| | | | | | |
|----------|----|--|---|--|---|
| サービス提供年月 | 平成 | | 年 | | 月 |
| 受給者証番号 | | | | | |
| 支給決定障害者名 | | | | | |

| | |
|-------------------|---|
| 事業所番号 | <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> |
| 事業者及び その事業所の名称 | |

[illegible]

| | | |
|----------|--------|--|
| 退院・退所月加算 | 退院・退所日 | |
|----------|--------|--|

地域定着支援提供実績記録票

| | | | | | |
|----------|----|--|---|--|---|
| サービス提供年月 | 平成 | | 年 | | 月 |
| 受給者証番号 | | | | | |
| 支給決定障害者名 | | | | | |

[illegible][illegible]

| | | |
|----------|--------|----------|
| 退院・退所月加算 | 退院・退所日 | 〇〇年4月27日 |
|----------|--------|----------|

[illegible]