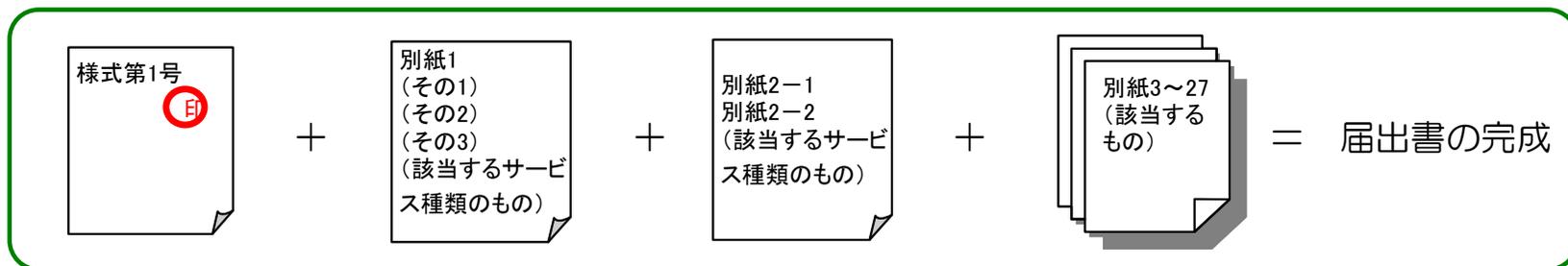


介護給付費算定に係る体制等に関する届出書 【届出様式②】

平成24年4月適用版



- ◆ このファイルは、平成24年4月以降に指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害者支援施設が使用する「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」の様式集【記載例】です。
- ◆ この届出は、新規事業所申請時、指定変更申請時、加算内容変更時、サービス提供実施状況報告（毎年4月1日実施）の際に使用するものです。
- ◆ 各様式の役割
「別紙5～別紙27」…各加算、体制等の算定要件を満たしていることを示していただくものです。提出の際は該当する様式を作成してください。
※「様式第1号」、「別紙1～別紙4-4」は【届出様式①】をダウンロードしてください。
※福祉・介護職員処遇改善加算に係る添付書類は【届出様式③】をダウンロードしてください。



Ver 4.4

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 新規の事業所指定申請時に必要な書類一覧

書類の提出時期	提出書類(書類略称)	訪問系・相談支援	療養介護	生活介護	短期入所	共同生活援助(GH)	共同生活介護(CH)	施設入所支援	自立訓練(機能)	自立訓練(生活)	就労移行	就労継続A	就労継続B
届出様式①	様式第1号(体制届出書)	▲	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	別紙1(その1)(一覧表・介護・相談)	▲	◎	◎	◎			◎					
	別紙1(その2)(一覧表・訓練)								◎	◎	◎	◎	◎
	別紙1(その3)(一覧表・GH・CH)					◎	◎						
	別紙2-1(訪問系勤務表)	▲											
	別紙2-2(訪問・相談以外勤務表)		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	別紙3-1(重度障害者割合・療養)		◎										
	別紙3-2(人員基準確認・生介)			◎									
	別紙3-3(人員基準確認・生介以外)								◎	◎	◎	◎	◎
	別紙3-4(人員基準確認・入所)								◎				
	別紙3-5(人員基準確認・GH・CH)						◎	◎					
	別紙4-1(特定事業所・HH)	▲											
	別紙4-2(特定事業所・重訪)	▲											
	別紙4-3(特定事業所・行動)	▲											
別紙4-4(特定事業所)	▲												

※ファイル容量が大きいため、以下別ファイルになっています。本ファイルには別紙5から別紙27までが掲載されています。(様式第1号から別紙4-4については届出様式①をダウンロードしてください。)

届出様式②	別紙5(原則日数)			▲					▲	▲	▲	▲	▲
	別紙6(食事提供体制)			▲	▲				▲	▲	▲	▲	▲
	別紙7(福祉専門職員)		▲	▲		▲	▲		▲	▲	▲	▲	▲
	別紙8(リハビリ)			▲						▲			
	別紙9(視覚聴覚言語)			▲					▲	▲	▲	▲	▲
	別紙10(栄養士・栄養マネジメント・療養食)				▲			▲					
	別紙11(夜間看護)							▲					
	別紙12(重度障害者・入所)							▲					
	別紙13(徴収額)							◎					
	別紙14(視覚障害機能訓練専門員)								▲				
	別紙15(地域移行支援体制強化・通勤者)									▲			
	別紙16-1(地域生活個別・入所)							▲					
	別紙16-2(地域生活個別・GHCH・自立)						▲	▲		▲			
	別紙17(就労支援関係研修)										▲		
	別紙18(短期滞在・退院支援)									▲			
	別紙19-1(就労移行・就労移行支援)										▲		
	別紙19-2(就労移行・就継AB)											▲	▲
	別紙20(重度者・就継AB)											▲	▲
	別紙21(目標工賃)												◎
	別紙22(目標工賃達成指導員)												▲
	別紙23(A型減免)											▲	
	別紙24(ケアホームの状況・重度障害者)							▲					
	別紙25(自立生活支援)						▲	▲					
	別紙26(延長支援加算体制)				▲								
	別紙27-1(送迎加算・生活介護)				▲								
	別紙27-2(送迎加算・短期入所)					▲							
	別紙27-3(送迎加算・生活・短期以外)								▲	▲	▲	▲	▲
	別紙28(緊急短期入所体制)					▲							
	別紙29-1(通勤者生活支援加算・GH、CH)						▲	▲					
	別紙29-2(地域移行体制・通勤者生活支援加算・自立訓練)									▲			
	別紙30(看護職員配置加算)									▲			
	別紙32(就労移行支援体制加算)										▲		
	別紙33(夜間支援体制加算)							▲					
	別紙34-1(夜間防災・緊急時支援・自立)									▲			
別紙34-2(夜間防災・緊急時支援・GH)						▲							

※ファイル容量が大きいため、以下別ファイルになっています。本ファイルには(別紙)処遇改善加算が掲載されています。

書類の提出時期	提出書類(書類略称)	訪問系・相談支援	療養介護	生活介護	短期入所	共同生活援助(GH)	共同生活介護(CH)	施設入所支援	自立訓練(機能)	自立訓練(生活)	就労移行	就労継続A	就労継続B
上記同様	別紙(処遇改善加算)	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

※訪問系とは居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護をいいます。
 ※重度障害者等包括支援及び一般相談支援は介護給付算定に係る体制等に関する届出書の提出の必要はありません。

凡例
 ◎ 必ず提出
 ▲ 該当時提出

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

対象期間	特例の適用を受ける必要性
月 ~ 月	
月 ~ 月	
月 ~ 月	
月 ~ 月	

(注1)対象期間とは、「原則の日数」を超える支援が必要となる月を含む3か月以上1年以内の期間をいう。

(注2)年間スケジュール表など年間を通じた事業計画がわかる資料を添付すること。

食事提供体制加算に係る体制

事業所名	
サービスの種類	

※色つきのセルを入力

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		人	非 常 勤		人	
			栄 養 士	常 勤		人	非 常 勤		人	
			調 理 員	常 勤		人	非 常 勤		人	
			その他 ()	常 勤		人	非 常 勤		人	
			その他 ()	常 勤		人	非 常 勤		人	
	業 務 委 託 部 分	業 務 委 託 の 内 容		業 務 委 託 先						
				委 託 業 務 の 内 容						
		適 切 な 食 事 提 供 の 確 保 方 策								

注1 業務委託を行っている場合の人員配置は、事業所・施設で適切な食事提供が行われるための管理等に
関わる職員の状況を記入してください。

注2 外部委託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入してください。

福祉専門職員配置等加算に関する状況

※色つきのセルのみ入力

事業所・施設の名称			
1 社会福祉士等の状況	① 常勤の生活支援員等の総数		→ ①に占める②の割合が25%以上
	② ①のうち社会福祉士等の総数		
2 常勤職員の状況	① 常勤換算による生活支援員等の総数		→ ①に占める②の割合が75%以上
	② ①のうち常勤の者の数		
3 勤続年数の状況	① 常勤の生活支援員等の総数		→ ①に占める②の割合が30%以上
	② ①のうち勤続年数3年以上の者の数		
加算要件の該当／非該当			

備考

- (1) ここでいう常勤とは、ここでいう常勤とは、指定障害福祉サービス事業所等における勤務時間が、当該指定障害福祉サービス事業所等において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいう。
- (2) ここでいう生活支援員等とは、
 - 療養介護・生活介護・自立訓練（機能訓練）にあつては、生活支援員
 - 児童デイサービスにあつては、加算（Ⅰ）においては、指導員、加算（Ⅱ）においては、指導員又は保育士
 - 自立訓練（生活訓練）にあつては、生活支援員又は地域移行支援員
 - 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
 - 共同生活介護・共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員
 のことをいう。
- (3) 『社会福祉士等』とは、児童デイサービス及び自立訓練（機能訓練）においては社会福祉士及び介護福祉士、それ以外のサービスにおいては社会福祉士、介護福祉士及び精神保健福祉士のことをいう。
- (4) 多機能型の場合、多機能型で行っている全てのサービスを合算して記載すること。

リハビリテーション加算に係る状況

※色つきのセルのみ入力

事業所名		
加算要件	要件の有無	
(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	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無
(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支援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	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無
(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	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無
(4) 指定障害者支援施設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、日常生活上の留意点等の情報を伝達している。 上記以外の利用者については、必要に応じ、指定相談支援事業所を通じて、他の指定障害福祉サービス事業に係る従業者に対し、情報を伝達している。	<input type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 無
加算要件該当／ 非該当	非該当	

※上記(1)～(4)のすべてに該当する場合に限り、リハビリテーション加算が該当となる。

【参考】リハビリテーションマネジメントの基本的考え方並びに加算に関する事務処理手順例及び様式例の提示について(平成21年3月31日 障障発0331003号)より抜粋

○リハビリテーション加算の運用に当たって

利用者に対して漫然とリハビリテーションの提供を行うことがないように、利用者毎に、解決すべき課題の把握(アセスメント)を適切に行い、改善に係る目標を設定し、計画を作成した上で、必要な時期に必要な期間を定めてリハビリテーションの提供を行うことが重要である。また、リハビリテーションは、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士だけが提供するものではなく、医師、看護職員、生活支援員等様々な専門職が協働し、また、利用者の家族等にも役割を担っていただいで提供されるべきものである。(略)

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算の状況

※色つきのセルのみ入力

○利用者の数の状況

前年度における利用者延べ人数	①	
うち身体障害者手帳で視覚障害1級、聴覚障害2級 又は言語機能障害3級である利用者の延べ人数 (視覚障害1級、聴覚障害2級、言語機能障害 3級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2人としてカウント)	②	
前年度における開所日数	③	

前年度の実利用者数 (①÷③)	④	#DIV/0!
うち30%	⑤	#DIV/0!
視覚障害者等である利用者の 前年度の実利用者数 (②÷③)	⑥	#DIV/0!

算定条件その1 ... ⑤ ≤ ⑥ → 該当

#DIV/0!

#DIV/0!

#DIV/0!

○人員配置の状況

当該事業所の常勤換算後の直接支援職員数 (常勤換算)	⑦	
うち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従業 者の数 (常勤換算)	⑧	

基準上必要な直接支援職員数 (下表を参考のこと)	⑨	
専ら視覚障害者等の生活支援に 従事する従業者の加配必要数 (⑥÷50)	⑩	#DIV/0!

算定条件その2 ... ⑧+⑨ ≤ ⑦ かつ ⑩ ≤ ⑧ #DIV/0!

#DIV/0!

基準上必要な直接支援職員数			
3 : 1 (④÷3)	5 : 1 (④÷5)	6 : 1 (④÷6)	10 : 1 (④÷10)
生活介護 (平均障害程度区分5以上)	生活介護 (平均障害程度区分4~5)	生活介護 (平均障害程度区分4未満) 自立訓練、就労移行支援	就労継続支援
#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

○視覚障害者等である利用者の内訳

氏名	手帳の種類	手帳の等級
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 本表は、次に該当する利用者を記入してください。
 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

加算要件概要 (①②とも満たすこと)
 ① 利用者の数(前年度の平均利用者数)の30%が視覚障害者等であること
 ② 指定基準を超えて視覚障害者等である利用者の数を50で除した数以上直接支援職員を加配している

栄養士配置加算、療養食加算及び栄養マネジメント加算に係る状況

※色つきのセルのみ入力

事業所・施設の名称		
	管理栄養士	栄養士
栄養士配置加算及び療養食加算(※)に係る管理栄養士等配置の状況	常勤 / 非常勤	
	他施設との兼務	
	兼務施設数	施設
	兼務先施設名①	
	兼務先施設名②	
	兼務先施設名③	

(※)療養食加算は施設入所支援においては栄養士配置加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)が算定されていること、旧法施設においては管理栄養士又は栄養士が配置されていることが算定要件となります。

栄養マネジメント加算に係る栄養マネジメント等の状況	<table border="1"> <tr> <td>常勤の管理栄養士(※)</td> <td></td> <td rowspan="2">※平成24年3月31日までの間に限り、栄養管理業務に関し、5年以上の実務経験を有する栄養士を含む。</td> </tr> <tr> <td>栄養ケア計画の作成、見直し及び定期的な栄養状態の記録を行っている</td> <td>○はい ●いいえ</td> </tr> </table>	常勤の管理栄養士(※)		※平成24年3月31日までの間に限り、栄養管理業務に関し、5年以上の実務経験を有する栄養士を含む。	栄養ケア計画の作成、見直し及び定期的な栄養状態の記録を行っている	○はい ●いいえ									
	常勤の管理栄養士(※)		※平成24年3月31日までの間に限り、栄養管理業務に関し、5年以上の実務経験を有する栄養士を含む。												
栄養ケア計画の作成、見直し及び定期的な栄養状態の記録を行っている	○はい ●いいえ														
	<p>栄養マネジメントに関わる者(該当する場合は必ず記載すること)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>職種</th> <th>氏名</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	職種	氏名												
職種	氏名														
加算要件の該当/非該当	<table border="1"> <tr> <td>栄養マネジメント加算</td> <td>非該当</td> </tr> </table>	栄養マネジメント加算	非該当												
栄養マネジメント加算	非該当														

備考

栄養士配置加算の「他施設との兼務」について、『あり(専従扱い)』とは、2施設を兼務している場合で、一方で栄養士配置加算及び同趣旨の加算を算定していない場合が該当となります。

『栄養マネジメントに関わる者』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。

(該当要件)

栄養士配置加算(Ⅰ) 以下のいずれにも適合していること

- (1)常勤の管理栄養士又は栄養士を1名以上配置していること
- (2)利用者の日常生活状況、嗜好等を把握し、安全で衛生に留意し適切な食事管理を行っていること

栄養士配置加算(Ⅱ) 以下のいずれにも適合していること(栄養士配置加算(Ⅰ)との併給は不可)

- (1)管理栄養士又は栄養士を1名以上配置していること
- (2)利用者の日常生活状況、嗜好等を把握し、安全で衛生に留意し適切な食事管理を行っていること

※栄養士配置加算と兼務の考え方

施設を2箇所兼務している場合は、栄養士配置加算(Ⅱ)を両方で算定できる。なお、一方で栄養士配置加算及び同趣旨の加算を算定していない場合は、当該施設で該当する加算(常勤であれば栄養士配置加算(Ⅰ))算定して差し支えない。

施設を3箇所兼務している場合は、3箇所目からは加算を算定することができない。

療養食加算

(施設入所支援の場合)栄養士配置加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)が算定されている指定障害者視線施設等において、以下の療養食を提供した場合、算定できる。

(旧法入所施設の場合)配置されている管理栄養士又は栄養士が、以下の療養食を提供した場合、算定できる。

※医師の発行した食事せんに基づく糖尿病食、腎臓病食、肝臓病食、胃潰瘍食、貧血食、膀胱病食、脂質異常症、通風食及び特別な場合の検査食

栄養マネジメント加算 以下のいずれにも適合していること

- (1)常勤の栄養士(平成24年3月31日までの間に限り、栄養管理業務に関し5年以上の実務経験を有する栄養士を含む)を1名以上配置していること
- (2)入所者の栄養状態を施設入所時に把握し、医師、管理栄養士、看護師その他の職種の者が共同して、入所者ごとの摂食・嚥下機能及び食形態にも配慮した栄養ケア計画を作成していること
- (3)入所者ごとの栄養ケア計画に従い栄養管理を行っているとともに、入所者の栄養状態を定期的に記録していること
- (4)入所者ごとの栄養ケア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こと

※常勤の管理栄養士が、同一敷地内の複数の障害福祉サービスの栄養ケア・マネジメントを行う場合は、当該管理栄養士が所属する施設のみ算定できること。

夜間看護体制加算に関する状況

※色つきのセルのみ入力

事業所・施設の名称			
2 看護職員の配置状況	看護職員の総数	うち夜勤体制	施設入所支援の時間帯をととした体制を記入(延べ人数ではない)
	人	人体制	
	夜勤職員配置体制加算算定の有無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	
算定要件の該当／非該当	非該当		

備考 「看護職員配置の状況」には、当該施設における看護職員総数（実数）と施設入所支援を提供する時間における看護体制を記入してください。
 所定の勤務表を添付して提出してください。

算定要件

夜勤職員配置体制加算が算定されている指定障害者支援施設において、指定生活介護等を受ける利用者に対して指定施設入所支援等を提供する時間をとおして、生活支援員に替えて看護職員（重度障害者支援加算（I）の算定対象となる看護職員を除く）を1以上配置していること

重度障害者支援加算に係る体制

※色つきのセルのみ入力

当該事業所の利用者の数		当該事業所の常勤換算後の直接支援職員数	
うち20%		基準上必要な直接支援職員数	

氏名	重度障害者支援加算の支給決定を受けている者の障害程度区分	重度障害者支援加算(重度)の支給決定の有無	重度障害者支援加算(知的)の支給決定の有無
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
計		人	人 (A)

重度障害者加算(Ⅰ)の必要職員加配数	(常勤換算方法で) 1 人		
重度障害者加算(Ⅱ)の必要職員加配数	昼間実施サービスの生活介護で人員配置体制加算(Ⅰ)を算定している場合、 $A \times 0.5$		人
	昼間実施サービスの生活介護で人員配置体制加算(Ⅱ)を算定している場合、 $A \times 0.5$		人
	昼間実施サービスの生活介護で人員配置体制加算(Ⅲ)を算定している場合、 $A \times 0.5$		人
	昼間実施サービスの生活介護で人員配置体制加算を算定していない場合、 $A \times 1$		人

注1 本表は重度障害者支援加算の支給決定を受けている利用者を記入してください。

注2 基準上必要な直接支援職員数とは、指定基準上のものをさします。

- ・平均障害程度区分が4未満…利用者の数を6で除した数以上
- ・平均障害程度区分が4以上5未満…利用者の数を5で除した数以上
- ・平均障害程度区分が5以上…利用者の数を3で除した数以上

重度障害者支援加算(Ⅰ) 加算要件概要(①②ともに満たす)

- ① 重度障害者支援加算(Ⅰ)の支給決定を受けた者の数が、利用者の数の合計数の20%以上
- ② 常勤換算で直接支援職員を1人以上加配している

重度障害者支援加算(Ⅰ) 加算要件概要(①②ともに満たす)

- ① 重度障害者支援加算(Ⅰ)を算定している障害者支援施設であること
- ② 区分6に該当し重度障害者支援加算(Ⅰ) 重度の支給決定を受けた者が2名以上利用している

重度障害者支援加算(Ⅱ) 加算要件概要

- ① 重度障害者支援加算(Ⅱ)の支給決定を受けた者の数に応じて必要職員数を加配している

食事の提供及び居住に要する費用に係る徴収額の状況

当該費用に係る実費徴収額の適用開始日			平成	年	月	日
食 事 の 提 供 に 要 す る 費 用	実 費 徴 収 額	一日単位で定める場合	一日当たり			円
		一食ごとに定める場合	朝 食			円
			昼 食			円
			夕 食			円
			合 計			円
食 事 の 提 供 体 制	自己調理	外部委託	その他 ()			
備 考						
光 熱 水 費	実 費 徴 収 額	一日単位で定める場合	一日当たり			円
		一月単位で定める場合	一月当たり			円
			(一日当たり)			円
	外泊日の徴収の有無	あり	なし			
備 考						
合計額 (一月当たり)						円

注1 居住に要する費用を一月単位で設定する場合は、一日当たりの金額を参考に記入すること。

注2 一月当たりと一日当たりの相互の換算は、一月を30.4日として算定すること。(1円未満切捨て)

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 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 視覚障害者生活訓練指導員研修の修了者 氏名 _____ ④ 視覚障害生活訓練指導員研修の修了者 氏名 _____ ⑤ ①～④の準ずる研修 研修の名称 _____ 氏名 _____	1 有 2 無
(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。

地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に係る体制

※色つきのセルのみ入力

事業所の名称			
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		
加算算定上の必要人数(人)		0	
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70%(人)		0
	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ください。

注3 「加算算定上の必要人数」欄には、記入しないでください。

注4 「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ください。

地域生活移行個別支援特別加算に係る状況

施設・事業所の名称		
当該施設の前年度平均利用者数（別紙3-6にて算出可）		人
当該施設・事業所が置くべき生活支援員の数（常勤換算）		
当該施設・事業所の生活支援員の配置数（常勤換算）・・・（A）		
（A）のうち、 社会福祉士、精神保健福祉士の人数	社会福祉士の人数	人
	精神保健福祉士の人数	人
個別支援の具体的内容 （個別支援計画の概要）		
精神科医師による 指導の回数		回／月
研修	回数	回／年
	内容	
協力機関名		

備考

- ①研修欄は、医療観察法に基づく通院中の者及び刑務所から出所した障害者等の支援に関する研修について記入してください。
- ②協力体制機関名欄は、事業所と協力体制をとっている保護観察所、指定医療機関、精神保健福祉センター等の関係機関名を記入してください。

地域生活移行個別支援特別加算に係る状況

事業所の名称			
当該施設の前年度平均利用者数 (GH・CHは別紙3-7にて算出可) (自立訓練は別紙3-3にて算出可)			人
当該事業所が置くべき生活支援員及び世話人の数(常勤換算) (自立訓練にあつては生活支援員のみ)	生活支援員	世話人	
当該施設・事業所の生活支援員及び世話人の配置数(常勤換算)・・・(A) (自立訓練にあつては生活支援員のみ)	生活支援員	世話人	
(A)のうち、 社会福祉士、精神保健福祉士の人数	社会福祉士の人数		人
	精神保健福祉士の人数		人
個別支援の具体的内容 (個別支援計画の概要)			
研修	回数	回/年	
	内容		
協力機関名			

備考

- ①研修欄は、医療観察法に基づく通院中の者及び刑務所から出所した障害者等の支援に関する研修について記入してください。
- ②協力体制機関名欄は、事業所と協力体制をとっている保護観察所、指定医療機関、精神保健福祉センター等の関係機関名を記入してください。

※事業所が置くべき生活支援員及び世話人の人数

【共同生活介護】

生活支援員・・・以下の合計数(常勤換算)
 区分3の利用者数を9で除した数、 区分4の利用者数を6で除した数
 区分5の利用者数を4で除した数、 区分6の利用者数を2.5で除した数
 世話人・・・利用者の数を6で除した数以上(常勤換算)

【共同生活援助】

世話人・・・利用者の数を10で除した数以上(常勤換算)

【自立訓練(宿泊型)】

生活支援員・・・宿泊型自立訓練の利用者数を10で除した数以上

就労支援関係研修修了加算に係る実務経験等証明書

様

平成 年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

印

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	研修実施主体名 ()
研修修了年月日	年 月 日

- (注)
1. 施設又は事業所名欄には、施設の種別も記入すること。
 2. 業務期間欄は、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業務期間となりません。)
 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。
 4. 添付として、研修修了証（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。
 5. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
 6. 本加算は就労移行支援体制加算の対象となる指定就労移行支援事業所のみ算定可能です。

短期滞在加算及び精神障害者退院支援施設加算に係る体制

事業所名	
サービスの種類	

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	人数
	常勤	専従		人
		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入してください。

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してください。

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入してください。

就労移行支援 就労移行支援体制加算の状況

事業所名	
前年度定着率 (B) (%)	0
前々年度定着率 (D) (%)	0
計 (B + D) (%)	0%

加算要件の 該当/非該当	非該当
-----------------	-----

【前年度】

※色つきのセルのみ入力

当該施設・事業所の定員 (A)		前年度の施設種別			<input type="radio"/> 就労移行支援 <input type="radio"/> 旧法施設 ● その他	
定着率 (%) (定着者 ÷ A × 100) × 0.8 (B)		0				
氏名 (※)	就職日	就職後6ヶ月を 経過した日	期間 チェック	就職先事業所名	6か月後の状況	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

※就職日の施設種別が「就労移行支援」「旧法」以外の利用者は対象とならない。

【前々年度】

当該施設・事業所の定員 (C)		前々年度の施設種別			● 就労移行支援 <input type="radio"/> 旧法施設 <input type="radio"/> その他	
定着率 (%) (定着者 ÷ C × 100) × 0.2 (D)		0				
氏名 (※)	就職日	就職後6ヶ月を 経過した日	期間 チェック	就職先事業所名	6か月後の状況	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

注1. 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。）の前年度及び前々年度において、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください（在職している者を優先して記入してください）。

※ 就職日の施設種別が「就労移行支援」「旧法」以外の利用者は対象となりません。『「就労移行支援」及び「旧法」で支援を受けた後、就職した者』が対象となります。

就労継続支援 就労移行支援体制加算の状況

事業所名		加算要件の 該当/非該当	非該当
定着率 (%)	0		

【前年度】

※色つきのセルのみ入力

	当該施設・事業所の定員 (A)	前年度の 施設種別				
	定着率 (%) (定着者÷A×100)	0				
	氏名 (※)	就職日	就職後6ヶ月を 経過した日	期間 チェック	就職先事業所名	6か月後の状況
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

注1. 本表は届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年とする。）の前年度、就職後6か月を経過した者の状況を記入してください（在職している者を優先して記入してください）。

※ 就職日の施設種別が「就労継続支援」「旧法」以外の利用者は対象となりません。『「就労継続支援」及び「旧法」で支援を受けた後、就職した者』が対象となります。

重度者支援体制加算の状況

※色つきのセルのみ入力

事業所名		
前年度の平均利用者数		人
就労継続A・B型の指定を受ける前の施設種類等	特定旧法指定施設 ・ その他	

※特定旧法指定施設以外はすべて「その他」に○を付ける

		利用者延べ人数	障害基礎年金1級受給者の利用者延べ人数	
平成 年	4月	人日	人日	
	5月	人日	人日	
	6月	人日	人日	
	7月	人日	人日	
	8月	人日	人日	
	9月	人日	人日	
	10月	人日	人日	
	11月	人日	人日	
	12月	人日	人日	
	平成 年	1月	人日	人日
		2月	人日	人日
		3月	人日	人日
計		0 人日	0 人日	

障害基礎年金1級受給者の割合

#DIV/0! %

障害基礎年金1級受給者の氏名

1		21		41		61	
2		22		42		62	
3		23		43		63	
4		24		44		64	
5		25		45		65	
6		26		46		66	
7		27		47		67	
8		28		48		68	
9		29		49		69	
10		30		50		70	
11		31		51		71	
12		32		52		72	
13		33		53		73	
14		34		54		74	
15		35		55		75	
16		36		56		76	
17		37		57		77	
18		38		58		78	
19		39		59		79	
20		40		60		80	

重度者支援体制加算 算定要件概要

前年度において、障害基礎年金1級受給者が事業所の利用者の数の50%以上（旧法施設が移行した場合は平成24年3月31日までは5%以上）

目標工賃達成加算(Ⅰ)・(Ⅱ)算定シート(工賃報告シート)【平成24年4月版】

法人名称			
事業所名称			
事業所番号			
就労継続支援B型の指定年月日			
前年度において既にB型の指定を受けていたか	<input checked="" type="radio"/> 受けていた	<input type="radio"/> 受けていない	
前年度の4月における施設種別			
就労継続支援B型の指定を受ける前の施設種別	<input checked="" type="radio"/> 旧法施設	<input type="radio"/> その他・新規	
今年度の目標工賃額(☆)	<input type="radio"/> 月給 <input type="radio"/> 日給 <input checked="" type="radio"/> 時給		円
前年度に設定した目標工賃額	<input type="radio"/> 月給 <input type="radio"/> 日給 <input checked="" type="radio"/> 時給		円
地域の最低賃金	時給	836	円
地域の最低賃金の1/3(小数点以下四捨五入)		279	円
事業所の定員			人
工賃向上計画へ積極的に参加している	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
工賃向上計画を作成し、実施している	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	

※ 水色のセルのみ入力してください。

※ 施設種別…就労継続支援B型の指定を受ける前、旧法授産施設、旧法更生施設だった場合は、旧法施設に「○」を記入してください。旧法施設以外の場合(地域活動支援センター、小規模作業所、小規模通所授産施設、法人独自事業、その他)は、その他・新規に「○」を記入してください。

※ 工賃の範囲は、工賃、賃金、給与、手当、賞与、その他の名称を問わず、事業者等が利用者に支払うすべてのものをすべて含みます。ただし、交通費等の手当等が現物支給されている場合において、工賃に含むことが適当でない場合は除外してください。

※ 平均工賃(賃金)の算定方法(平均工賃(賃金)月額にて、次のとおり算定してください。)

- ① 前年度各月の工賃(賃金)支払対象者延べ人数を算出する。…(A)
- ② 前年度に支払った工賃(賃金)総額を算出する。…(B)

※ 算定における留意事項

- ① 月の途中からの利用開始者及び利用終了者に係る当該月の工賃(賃金)は、算定から除外して差し支えありません。
- ② 暫定支給決定利用者は、利用者には含めません。
- ③ 毎月の作業実績により工賃額が変動する出来高払いである場合は、その額を「月給」とし、当該月に支払われた工賃支払総額とします。

前年度の毎月の工賃支払対象者延べ人数及び工賃支払総額

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
工賃支払対象者数													0 (A)
工賃支払総額(円)													0 (B)
延べ勤務日数(勤務日数合計)													0 (C)
延べ勤務時間数(勤務時間合計)													0 (D)

年間の工賃支払対象者延べ人数(A)	工賃支払総額(円)(B)	年間の総勤務時間数(C)
0	0	0

前年度の平均工賃(円)／月	#DIV/0!	←(B)÷(A)(小数点以下第1位四捨五入:自動計算)
前年度の日給換算後の平均工賃(円)／日	#DIV/0!	←(B)÷(C)(小数点以下第1位四捨五入:自動計算)
前年度の時給換算後の平均工賃(円)／時間	#DIV/0!	←(B)÷(D)(小数点以下第1位四捨五入:自動計算)

前年度当初(前年度4月)の施設種別	0
前年度当初の施設種別の平均工賃額(月額)	#N/A
上記平均工賃額の80%	#N/A

各年度の目標工賃額	H24年度	H25年度	H26年度
<input checked="" type="radio"/> 時給 <input type="radio"/> 月給			

※上記に記載された数値は、県の工賃向上計画の策定に使用します。
※月給・時給のいずれかの金額を記載し、24年度分は上の表(☆)の目標工賃額と整合すること。

加算要件の該当/非該当	
目標工賃達成加算(Ⅰ)	#DIV/0!
目標工賃達成加算(Ⅱ)	

(Ⅱ)は施設別平均工賃額の発出時期(8月頃)に改めて算定の可否を判断する。

目標工賃達成指導員加算に係る従業者の配置状況

※色つきのセルのみ入力

当該施設・事業所の前年度の平均利用者数（A）※別紙3-3で算出可	人	
職業指導員及び生活支援員の配置状況（B）※常勤換算		#DIV/0!
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（C）※常勤換算		#DIV/0!
工賃倍増5ヵ年計画に基づく工賃引き上げ計画を策定している	○はい	●いいえ
目標工賃達成指導員加算の該当／非該当		#DIV/0!
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		

算定要件 以下の①及び②のいずれも満たすこと。

①職業指導員及び生活支援員の総数が常勤換算で、前年度の利用者数の平均値を7.5で除した数であることに加え、目標工賃達成指導員を加えた総数が、常勤換算で、利用者の数を6で除した数以上であること。

②「工賃倍増5ヵ年計画」に基づく「工賃引き上げ計画」を策定し、当該計画に掲げた工賃目標の達成に向けて積極的に取り組んでいること。

就労継続支援A型事業所による利用者負担減免
 (就労継続支援A型事業所による利用者負担の減免措置)

事業所名	
------	--

※色つきのセルを入力

利用者負担減免の実施内容 (該当するものに○)		利用者負担額免除 (利用者負担額を全額免除します)			
		利用者負担額軽減			
		(利用者一人につき、月額		円まで軽減します)	
		(利用者一人につき、毎月		%軽減します)	
減免の対象利用者数 (就労継続支援A型利用者数)		名			
減免の開始年月日					
減免の終了年月日					

注1 利用者負担を軽減する場合は、利用者一人あたりの月額軽減額、又は何パーセント軽減するか、いずれかを記入してください。
 注2 利用者負担の減免を終了する場合は、減免の終了年月日を記入し、提出してください。

共同生活介護に係る体制

当該事業所の常勤換算後の生活支援員数	
基準上必要な生活支援員数	

No.	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容	氏名		障害程度区分	重度障害者支援加算の支給決定の有無
1			1			
			2			
			3			
			4			
			5			
			6			
			7			
			8			
2			9			
			10			
			11			
			12			
			13			
			14			
			15			
			16			
3			17			
			18			
			19			
			20			
			21			
			22			
			23			
			24			
4			25			
			26			
			27			
			28			
			29			
			30			
			31			
			32			
5			33			
			34			
			35			
			36			
			37			
			38			
			39			
			40			
合計						

注1 「夜間支援体制の内容」欄は、共同生活介護事業所において行われている夜間の支援の内容、夜間支援従事者の配置状況等具体的に記入してください。

注2 共同生活住居が5以上ある場合は、別業にして提出してください。

重度障害者支援加算 加算要件概要(①、②ともに満たす)

①重度障害者支援加算の支給決定を受けている利用者が2名以上いる

②指定基準より多い生活支援員を配置している

自立生活支援加算の状況 シート

当該事業所の定員・・・①		人
①の50%・・・②		人
②の50%		人

※色つきのセルのみ入力

	氏名	単身生活開始年月日	住所	6月以上 継続
1		年 月 日		
2		年 月 日		
3		年 月 日		
4		年 月 日		
5		年 月 日		
6		年 月 日		
7		年 月 日		
8		年 月 日		
9		年 月 日		
10		年 月 日		
11		年 月 日		
12		年 月 日		
13		年 月 日		
14		年 月 日		
15		年 月 日		
	単身生活等移行人数合計	名	6ヶ月以上継続人数合計	名

注 本表には地域移行者を記述し、そのうち届出を行う年度（毎年4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる年度とする。）の前年度及び前々年度において、単身生活への移行の日から届出を行う日の前日までの間（ただし、当該期間が6か月以上である場合に限る。）、単身生活を継続している実績を有する者については当該欄に○を記入してください。

加算要件概要（①～③をすべて満たす）

- ① 市町村の承認を受けた個別支援計画に基づく
- ② 前年度及び前々年度において、単身生活等へ移行した者が、定員の50%以上
- ③ 単身生活等を6か月以上継続した者（している者）の数が、単身生活等移行者の50%以上

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				

※ 運営規程の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。

※ 延長支援加算を算定する障害者又は障害児に係る生活介護計画書又は児童発達支援計画書を添付すること。

※ 実際のサービス提供時間が営業時間数を下回っていても、営業時間を超える場合は加算算定の対象となる。例)①営業時間9:00～17:00 ②利用者Aの利用時間13:00～18:30 ③営業時間を超えた1時間半が加算の対象となる。

送迎加算に関する届出書(生活介護)

事業所番号		
事業所の名称		
1 異動区分		
2 送迎の状況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。	
	<input type="radio"/> 有り <input checked="" type="radio"/> 無し	
4 送迎の状況②	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、かつ、週3回以上の送迎を実施している。	
	<input type="radio"/> 有り <input checked="" type="radio"/> 無し	
5 送迎の状況③	②に該当しないが、障害者自立支援対策臨時特例基金における「通所サービス等利用促進事業」において都道府県知事が必要と認めていた基準により実施している。	
	<input type="radio"/> 有り <input checked="" type="radio"/> 無し	
6 送迎の状況④	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。	
	<input type="radio"/> 有り <input checked="" type="radio"/> 無し	
算定可能な加算	送迎加算Ⅰ	非該当
	送迎加算Ⅱ	非該当

備考 「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。

送迎加算に関する届出書(短期入所)

事業所番号		
事業所の名称		
1 異動区分		
2 送迎の状況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。	
	<input type="radio"/> 有り	<input checked="" type="radio"/> 無し
算定可能な加算	送迎加算	非該当

備考 「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。

(生活介護、短期入所以外)

送迎加算に関する届出書(生活介護、短期入所以外)

事業所番号		
事業所の名称		
サービスの種類		
1 異動区分		
2 送迎の状況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。	
	<input type="radio"/> 有り	<input checked="" type="radio"/> 無し
3 送迎の状況②	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、かつ、週3回以上の送迎を実施している。	
	<input type="radio"/> 有り	<input checked="" type="radio"/> 無し
4 送迎の状況③	②に該当しないが、障害者自立支援対策臨時特例基金における「通所サービス等利用促進事業」において都道府県知事が必要と認めていた基準により実施している。	
	<input type="radio"/> 有り	<input checked="" type="radio"/> 無し
算定可能な加算	送迎加算	非該当

備考 「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。

緊急短期入所体制確保加算に関する届出書

事業所・施設の名称					
1 異動区分					
2 緊急短期入所の体制	<p>① 3月間における利用延人員 250</p> <p>1日当たりの利用定員 × 3月間の営業日数 250</p> <p>前3カ月の稼働率 = 100.0% %</p> <p>② 緊急利用枠の確保</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 70%;">利用定員の100分の5に相当する空床 (緊急利用枠)を確保している。</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">有り</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="background-color: #ffffcc; text-align: center;">緊急短期入所体制確保加算</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">該当</td> </tr> </table>	利用定員の100分の5に相当する空床 (緊急利用枠)を確保している。	有り	緊急短期入所体制確保加算	該当
利用定員の100分の5に相当する空床 (緊急利用枠)を確保している。	有り				
緊急短期入所体制確保加算					
該当					

備考 「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。

通勤者生活支援加算に係る体制(共同生活介護事業所、共同生活援助事業所)

前年度の平均利用者数(人)		0	
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)		
	0		
	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。

地域移行支援体制強化加算及び通勤者生活支援加算に係る体制
 (宿泊型自立訓練事業所)

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)		0	
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)		0
	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 「加算算定上の必要人数」欄には、記入しないで下さい。
- 注4 「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。

看護職員配置加算に係る届出書

事業区分	1 生活訓練		2 宿泊型自立訓練	
看護職員の配置状況	保健師	常勤換算	人	
	看護師	常勤換算	人	
	准看護師	常勤換算	人	

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 看護職員の資格を証する書類の写しを添付して下さい。

施設外支援実施状況（移行準備支援体制加算（Ⅰ）に係る届出書）

当該施設の前年度の利用定員（A）		0	
うち施設外支援実施利用者（B）		0	
施設外支援実施率（B）／（A）（C）			
氏名		職場実習等	求職活動等
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

注1. 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。

注2. 移行準備支援体制加算（Ⅰ）を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。

夜間支援体制加算に係る体制

※色のついたセルのみ記入

事業所名		枚中	枚目
夜間支援体制の確保が必要な理由			
夜間支援体制の実施期間			
夜間支援体制を確保している時間			

1人の夜間支援従事者が夜間支援を行う状況	
夜間支援従事者が配置されている場所	
複数の住居の夜間支援を行っている場合、配置場所から各住居までの移動時間	
配置場所から各住居との連絡体制（非常通報装置、携帯電話等）	

1人の夜間支援従事者が夜間支援を行う共同生活住居の状況			
①共同生活住居の名称		②共同生活住居の名称	
対象利用者の障害程度区分		対象利用者の障害程度区分	
障害程度区分2	人	障害程度区分2	人
障害程度区分3	人	障害程度区分3	人
障害程度区分4	人	障害程度区分4	人
障害程度区分5	人	障害程度区分5	人
障害程度区分6	人	障害程度区分6	人
合計	0人	合計	0人
③共同生活住居の名称		④共同生活住居の名称	
対象利用者の障害程度区分		対象利用者の障害程度区分	
障害程度区分2	人	障害程度区分2	人
障害程度区分3	人	障害程度区分3	人
障害程度区分4	人	障害程度区分4	人
障害程度区分5	人	障害程度区分5	人
障害程度区分6	人	障害程度区分6	人
合計	0人	合計	0人
⑤共同生活住居の名称		総合計	
対象利用者の障害程度区分		障害程度区分2	0人
障害程度区分2	人	障害程度区分3	0人
障害程度区分3	人	障害程度区分4	0人
障害程度区分4	人	障害程度区分5	0人
障害程度区分5	人	障害程度区分6	0人
障害程度区分6	人	合計	0人
合計	0人		

夜間支援体制加算(Ⅱ)	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	
-------------	-------------------------------------	--

注1 1人の夜間支援従事者が支援を行う状況ごとに、本表を作成し提出してください。

注2 例えば、共同生活住居が4か所ある場合、夜間支援従事者Aが2か所、夜間支援従事者Bが2か所の夜間支援を行う場合、それぞれ本表を作成してください。

加算要件概要 (すべて満たす)

- ① 夜間支援従事者が共同生活住居に配置されている（自宅にあっては加算の対象にならない）
- ② 利用者の就寝前から翌朝の起床後まで、専従の夜間支援従事者が配置されている（利用者がある夜は毎日）
- ③ 1人の夜間支援従事者が複数の共同生活住居の利用者を支援する場合は、住居が概ね10分以内の地理条件にある
- ④ 利用者の呼び出し等に速やかに対応できる
- ⑤ 1人の夜間支援従事者が支援を行える住居は5か所まで。支援できる利用者は20人まで（複数の住居の支援する場合）又は30人まで（1か所の住居の支援する場合）
- ⑥ 1人の夜間支援従事者が複数の住居の支援を行う場合、少なくとも一晩につき1回以上は巡回する

夜間防災・緊急時支援体制加算届出書(宿泊型自立訓練事業所)

夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅰ)	夜間における防災体制の内容 (契約内容等)	
夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅱ)	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	

※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。

※2 夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅱ)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。

夜間防災・緊急時支援体制加算届出書(共同生活援助事業所)

夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅰ)	同一の夜間防災体制等を確保する共同生活住居等	夜間において防災体制を確保する共同生活住居の利用者数	
		1	共同生活住居名①
			利用者数
		2	共同生活住居名②
			利用者数
		3	共同生活住居名③
			利用者数
2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)		
夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅱ)	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		

※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。

※2 夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅰ)については、同一内容の防災体制を確保している共同生活住居ごとに記入して下さい。

※3 夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅰ)については、例えば、共同生活住居が4カ所ある場合、警備会社Aに委託している住居が2カ所、警備会社Bに委託している住居が2カ所である場合、それぞれ別に記入して下さい。

※4 夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅱ)については、利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制を確保している事業所ごとに記入して下さい。

※5 夜間防災・緊急時支援体制加算(Ⅱ)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。