



第4号様式

受付番号	
------	--

児童福祉法に基づく業務管理体制の整備に関する事項の届出書（届出事項の変更）

平成 年 月 日

行政機関の長 殿

事業者 名 称  
代表者氏名 印

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号																		
変 更 が あ っ た 事 項																		
1、法人の種別、名称（フリガナ）                      2、主たる事務所の所在地、電話、FAX 番号 3、代表者氏名（フリガナ）、生年月日              4、代表者の住所、職名 5、事業所名称等及び所在地 6、法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 7、業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8、業務執行の状況の監査の方法の概要																		

変 更 の 内 容
（変更前）
（変更後）

（日本工業規格 A 列 4 番）

事 故 報 告 書
 記載年月日（平成      年      月      日）

法 人 名			
事 業 所 名			
事 業 所 番 号		サービス種類	
事業所所在地	〒		
管 理 者 氏 名		記 載 者 氏 名	
連 絡 先 (TEL)		連 絡 先 (FAX)	
該当利用者氏名		性 別 ・ 年 齢	男 ・ 女      (      歳)
受 給 者 番 号			
事故発生日時	平成      年      月      日      時頃		
事故発生場所			
事 故 の 種 類 (該当する番号 に○をつける)	1 死亡 2 骨折 3 誤嚥 4 食中毒	5 感染症 6 所在不明 7 職員の犯罪行為等 8 その他	(      その他の場合は記入      )
事 故 の 内 容	(概要)          (原因)		
事故発生時 に行った対処			
医 療 機 関			
治 療 の 概 要			
連絡済関係機関			
利用者の状況 (病状、入院の 有無、家族への報 告説明内容等)			
損害賠償等の状況			
再発防止に向けた 対応・対策・ 今後の取り組み			
職員間の周知 徹底の方法			

※必要に応じて、任意用紙を追加し添付して下さい。

変 更 届 出 書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

届出者 所在地  
(設置者) 名 称  
代表者

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

指定内容を変更した事業所（施設）	名 称	
	所 在 地	
	事 業 の 種 類	
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容
1	事業所（施設）の名称	(変更前)
2	事業所（施設）の所在地（設置の場所）	
3	申請者（設置者）の名称及び所在地	
4	代表者の氏名及び住所	
5	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）	(変更後)
6	医療法第7条の許可を受けた病院（診療所）であることを証する書類（医療型に限る。）	
7	事業所（施設）の構造概要及び平面図並びに設備の概要	
8	事業所（施設）の管理者及び児童発達支援管理責任者（相談支援専門員）の氏名及び住所	
9	運営規程	
10	当該事業に係る障害児通所給付費（肢体不自由児通所医療費、障害児入所給付費、障害児入所医療費、障害児相談支援給付費）の請求に関する事項	
11	役員の氏名及び住所	
変 更 年 月 日		年 月 日

- (注) 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 3 利用定員の増加を伴う場合は、従事者の勤務の体制及び形態が分かる書類を添付してください。
- 4 変更の日から10日以内に届け出てください。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申請者 所在地  
(設置者) 名 称  
代表者 印

次のとおり指定障害児通所支援（指定障害児相談支援）の廃止（休止・再開）をしますので届け出ます。

廃止（休止・再開）する事業	名 称	
	事業所の所在地	
	事業の種類	
廃止・休止・再開の年月日		年 月 日
廃止・休止する理由		
現に支援を受けている者に対する措置（廃止・休止の場合のみ）		
休止予定期間（休止の場合）		年 月 日～ 年 月 日

- (注) 1 再開に係る届出にあつては、当該事業所に係る職員の勤務体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制及び勤務形態の一覧表を添付してください。
- 2 廃止又は休止の場合は、廃止又は休止の日の 1 箇月前までに届け出てください。
- 3 再開の場合は、再開の日から 10 日以内に届け出てください。

障害児（通所・入所）給付費算定に係る体制等に関する届出書

平成 年 月 日

川崎市長

殿

届出者所在地  
事業所名  
代表者名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。（新規・変更・報告）

届出者（法人）	フリガナ 名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	代表者の職・氏名	職名		氏名	
事業所・施設の状況	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡市			
	事業所番号		サービスの種類		
	事業所名				
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	管理者の氏名	職名		氏名	
	変更の概要	変更前	変更後		
		指定年月日	平成	年	月 日
		変更年月日	平成	年	月 日
		終了年月日	平成	年	月 日

注 届出書類はサービスの種類ごとに提出してください。

## 障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による 指定の有無 (※1)	定員規模 (※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等			適用開始日					
各サービス共通					地域区分	指定事業所等	1. 一級地 2. 二級地 3. 三級地 4. 四級地 5. 五級地 6. 六級地 7. 七級地 8. その他						
						児童デイ経過 措置事業所 (※3)	9. 一級地 10. 二級地 11. 三級地 12. 四級地 13. 五級地 14. 六級地 15. 七級地 16. 八級地 17. 九級地 18. 十級地 19. 十一級地 20. 十二級地 21. 十三級地 22. 十四級地 23. 十五級地 24. 十六級地 25. 十七級地 26. 十八級地 27. 十九級地 28. 二十級地 29. その他						
障害児通所給付費				1. 児童発達支援センター 2. 児童発達支援センター以外	1. 重症心身障害以外 2. 重症心身障害 3. 難聴児	定員超過	1. なし 2. あり						
						職員欠如	1. なし 2. あり						
						児童発達支援管理責任者専任体制	1. なし 2. あり						
						指導員加配体制	1. なし 2. あり						
						福祉専門職員配置等 (※4)	1. なし 2. あり						
						栄養士配置体制 (※5)	1. なし 2. その他栄養士 3. 常勤栄養士 4. 常勤管理栄養士						
						特別支援体制	1. なし 2. あり						
						延長支援体制	1. なし 2. あり						
						新体系定着支援事業対象	1. なし 2. あり						
						福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり						
						福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり						
						キャリアパス区分 (※6)	1. I (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす) 2. III (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない) 3. II (キャリアパス要件を満たさない) 4. II (定量的要件を満たさない)						
						医療型 児童発達支援			1. 医療型児童発達支援センター 2. 指定医療機関		定員超過	1. なし 2. あり	
											児童発達支援管理責任者専任体制	1. なし 2. あり	
											福祉専門職員配置等 (※4)	1. なし 2. あり	
											特別支援体制	1. なし 2. あり	
											延長支援体制	1. なし 2. あり	
											新体系定着支援事業対象	1. なし 2. あり	
											福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
											福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
											キャリアパス区分 (※6)	1. I (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす) 2. III (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない) 3. II (キャリアパス要件を満たさない) 4. II (定量的要件を満たさない)	
						放課後等 サービス				1. 重症心身障害以外 2. 重症心身障害	定員超過	1. なし 2. あり	
											職員欠如	1. なし 2. あり	
											児童発達支援管理責任者専任体制	1. なし 2. あり	
											指導員加配体制	1. なし 2. あり	
											福祉専門職員配置等 (※4)	1. なし 2. あり	
											特別支援体制	1. なし 2. あり	
											延長支援体制	1. なし 2. あり	
											新体系定着支援事業対象	1. なし 2. あり	
											福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
											福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
											キャリアパス区分 (※6)	1. I (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす) 2. III (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない) 3. II (キャリアパス要件を満たさない) 4. II (定量的要件を満たさない)	
						保育所等訪問支援					児童発達支援管理責任者専任体制	1. なし 2. あり	
											新体系定着支援事業対象	1. なし 2. あり	
											福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
											福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
キャリアパス区分 (※6)	1. I (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たす) 2. III (キャリアパス要件及び定量的要件のいずれも満たさない) 3. II (キャリアパス要件を満たさない) 4. II (定量的要件を満たさない)												

別紙2-1

人員基準適合確認シート（児童発達支援・放課後等デイサービス）  
（兼 児童発達支援管理責任者配置専任加算、指導員加配加算確認、開所時減算確認シート）

事業所名	
サービス種類	
サービス提供単位番号	

職種	勤務形態	氏名		第1週							第2週							第3週							第4週						
			曜日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
			開所日																												
			営業時間																												
			障害児の数																												
1	管理者																														
2	児童発達管理責任者																														
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															
合計				0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
指定基準上の必要職員																															
人員基準の適合																															
これより下は、指定基準より多く配置している職員のサービス提供時間中の勤務時間数を記載してください。																															
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
指導員等の加配																															

児童発達支援管理責任者の兼務先がある場合は記入してください。

事業所名	サービス種類	当該サービスと多機能型の別	兼務する職種

注1 複数のサービス提供単位がある場合には、単位ごとに作成してください。  
注2 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、  
注3 「障害児の数」欄は、当該開所日に当該児童デイサービスの単位において受け入れる障害児の数を記入してください。

指定基準上の人員	
指導員加配加算へ	



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

サービス種類	
事業所名称	

1 社会福祉士等の状況	<table><tr><td>①</td><td>常勤の児童指導員の総数</td><td>人</td></tr><tr><td>②</td><td>①のうち社会福祉士又は介護福祉士の総数</td><td>人</td></tr></table>	①	常勤の児童指導員の総数	人	②	①のうち社会福祉士又は介護福祉士の総数	人	①に占める②の割合が25%以上
	①	常勤の児童指導員の総数	人					
	②	①のうち社会福祉士又は介護福祉士の総数	人					
2 常勤職員の状況	<table><tr><td>①</td><td>常勤換算による(児童)指導員又は保育士の総数</td><td>人</td></tr><tr><td>②</td><td>①のうち常勤の者の数</td><td>人</td></tr></table>	①	常勤換算による(児童)指導員又は保育士の総数	人	②	①のうち常勤の者の数	人	①に占める②の割合が75%以上
	①	常勤換算による(児童)指導員又は保育士の総数	人					
	②	①のうち常勤の者の数	人					
3 勤続年数の状況	<table><tr><td>①</td><td>常勤の(児童)指導員又は保育士の総数</td><td>人</td></tr><tr><td>②</td><td>①のうち勤続年数3年以上の者の数</td><td>人</td></tr></table>	①	常勤の(児童)指導員又は保育士の総数	人	②	①のうち勤続年数3年以上の者の数	人	①に占める②の割合が30%以上
	①	常勤の(児童)指導員又は保育士の総数	人					
	②	①のうち勤続年数3年以上の者の数	人					

加算要件の該当／非該当	非該当
-------------	-----

備考  
ここでいう常勤とは、指定障害児施設における勤務時間が、当該指定障害児施設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。

平成 年 月 日

## 特別支援加算体制届出書

サービス種別	
事業名	
定員	
機能訓練担当職員	理学療法士 名      作業療法士 名 言語聴覚士 名      心理指導担当職員 名

氏名		年齢	利用開始日	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

注1 算定する児童に係る特別支援計画書を添付すること。

注2 特別支援加算を算定する場合に作成し、都道府県知事(政令指定都市及び児相設置市の長)に届け出ること。

注3 ア 児童発達支援給付費において、重症心身障害児の場合及び難聴児に言語聴覚士を配直して機能

訓練等を行った場合は、算定できない。

イ 医療型児童発達支援給付費において、重症心身障害児の場合及び肢体不自由児に理学療法士又

は作業療法士を配置して機能訓練等を行った場合は、算定できない。

## 延長支援加算に係る状況

サービス種類	
事業所名所	
定員	
運営規定上の営業時間	

※営業時間とは…運営規定で定める営業時間

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。

※ 8時間未満の営業時間では、当該加算に該当しません。

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

**福祉・介護職員処遇改善加算  
届出書類確認シート**

法人名	
-----	--

	様式	提出書類	備考	確認欄
福祉・介護職員処遇改善（特別）加算届出書	本用紙	届出書類確認シート	必須	
	様式 1	基本情報	必須	
	様式 2	福祉・介護職員処遇改善（特別）加算届出書	必須	
	様式 3	福祉・介護職員処遇改善計画書	同一の就業規則で運営している場合法人単位で作成可	
	様式 4	（神奈川県内事業所等一覧表）	必須	
	様式 5	（都道府県状況一覧表）	他都道府県にある事業所等を含め一括管理する場合に提出	
	様式 6	（市町村一覧表）（再掲）	県内にある複数の事業所等を一括管理する場合で指定権者が複数にまたがる場合に提出	
	様式 7	加算見込額算定シート	提出不要	
	—	就業規則		
	—	給与規程	就業規則とは別に作成している場合	
	—	労働保険関係成立届（写）、 労働保険概算・確定保険料申告書等（写）	いずれか一つ	
	様式13	キャリアパス要件等届出書		

障害者自立支援給付費等過誤申立書・請求取下依頼書

(市町村名)

※ 過誤もしくは取下に丸をして下さい。

川崎市 あて

下記の障害者自立支援給付費等について、過誤を申し立てます。

平成 年 月 日

どちらかにチェックしてください。  
☐ 全国システムの請求を過誤  
(かながわシステムも過誤になります)  
☐ かながわシステムのみ過誤

事業所番号										
事業所名称										
所在地										
連絡先	担当者									
	電話番号									
	FAX番号									

証記載市(区)町村番号	受給者番号	サービス提供年月	請求年月	サービス種類	過誤申立の理由	チェック欄 全か
1		H 年 月	H 年 月			
2		H 年 月	H 年 月			
3		H 年 月	H 年 月			
4		H 年 月	H 年 月			
5		H 年 月	H 年 月			
6		H 年 月	H 年 月			
7		H 年 月	H 年 月			
8		H 年 月	H 年 月			
9		H 年 月	H 年 月			
10		H 年 月	H 年 月			

※太枠の中、色の付いたセルをご記入ください。

送信先 ( F A X ) 0 4 4 - 2 0 0 - 3 9 3 2 ( 自立支援法のサービス )  
0 4 4 - 2 0 0 - 3 6 3 8 ( 児童福祉法のサービス )



平成 年 月分

## 放課後等デイサービス提供実績記録票

受給者証 番    号															給付決定保護者氏名 (障害児氏名)			事業所番号												
契約支給量																	事業者及び その事業所													

[illegible]

	枚中		枚
--	----	--	---

平成〇〇年 4月分

## 児童発達支援提供実績記録票

受給者証 番 号	9	9	0	0	0	1	1	1	1	1	給付決定保護者氏名 (障害児氏名)	厚生 太郎 (厚生 花子)	事業所番号	9	9	5	0	0	0	0	0	0	1
契約支給量	児童発達支援 20日／月											事業者及び その事業所	〇〇事業所										

日付	曜日	サービス提供実績								保護者等 確認印	備考
		サービス提供の 状況	開始時間	終了時間	送迎加算		家庭連携加算 時間数	訪問支援特別加算 時間数	食事提供 加算		
					往	復					
2	月	欠席									
3	火		10:00	17:00	1	1			1		医療連携体制加算(Ⅰ)
			10:00	17:00		1					
			1				1				
			10:00	12:00			2				
9	月		10:00	11:00				1			
10	火		10:00								
11	水		10:00								
12	木		10:00								
13	金		10:00								
16	月		10:00	17:00	1	1		1	1		
合計						14回	5回	3回	3回		

	枚中		枚
--	----	--	---



平成〇〇年 4月分

## 放課後等デイサービス提供実績記録票

受給者証 番 号	9	9	0	0	0	1	1	1	1	1	給付決定保護者氏名 (障害児氏名)	厚生 太郎 (厚生 花子)	事業所番号	9	9	5	0	0	0	0	0	0	1
契約支給量	放課後等デイサービス 20日／月											事業者及び その事業所	〇〇事業所										

日付	曜日	サービス提供実績								保護者等 確認印	備考
		サービス提供の 状況	提供形態	開始時間	終了時間	送迎加算		家庭連携加算	訪問支援特別加算		
						往	復	時間数	時間数		
2	月	欠席									
3	火		1	15:00	17:00	1	1				医療連携体制加算(Ⅱ)
7	土		2	10:00	11:00		1				
9	月			10:00	11:00			1			
11	水			10:00	12:00			2			
13	金			10:00	11:00				1		
16	月		1	15:00	17:00	1	1				
17	火			10:00	11:00			1			
18	水				12:00						
19	木										
20	金			10:00							
21	土		2	10:00							
23	月			10:00					1		
合計						8回		5回	3回		

	枚中		枚
--	----	--	---