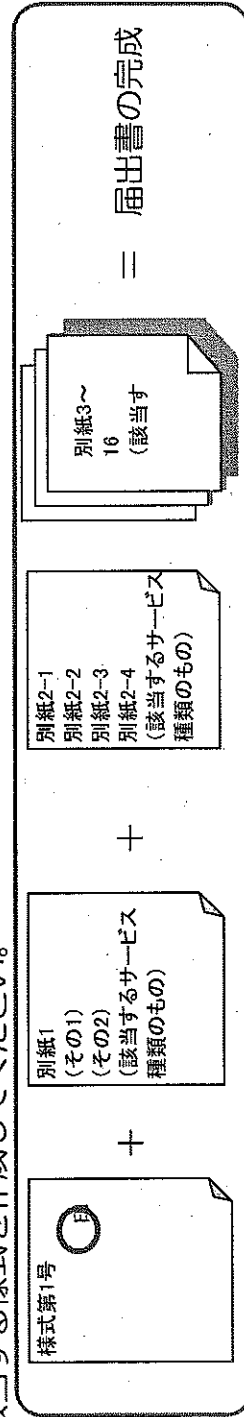


児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業所等 給付費算定に係る体制等に関する届出書

平成27年4月～

- ◆ このファイルは、児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業所・指定障害児入所施設の「給付費算定に係る体制等に関する届出書」の様式集です。
- ◆ この届出は、現状の給付日算定に係る体制を届け出てください。なお、指定申請において県に提出した書類と矛盾が生じる場合は、あわせて指定申請書類の変更届もご提出ください。
- ◆ 各様式の役割
「様式第1号」…届出書の表紙となるものです。提出の際は必ず作成してください。
「別紙1（その1）、（その2）」…届出内容の総括表となるものです。提出の際は、サービス種類に合ったものを作成してください。
「別紙2～別紙16」…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。



Ver4.0

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

【※ 新規の事業所指定申請の際にも、該当する書類が必要になります】

（◎は必須 ▲は該当する場合提出）

書類の提出時期	提出書類（書類略称）	児童発達支援センター	児童発達支援（センター以外）	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス	保育所等訪問支援	福祉型障害児入所施設	医療型障害児入所施設
事業所指定申請時 ・ 毎年4月（前年度実績によるサービス費の見直し）	様式第1号（体制届出書）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	別紙1（その1、その2）	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	別紙2-1（児発支・放課後デイ）		◎		◎			
	別紙2-2（センター・医療型児発支）	◎		◎				
	別紙2-3（保育所等訪問支援）					◎		
	別紙2-4（入所施設）						◎	◎
	別紙3（福祉専門職員配置等加算）	▲	▲	▲	▲		▲	▲
	別紙4（栄養士・栄養マネジメント） （※栄養マネジメント加算は福祉型入所のみ）	▲					▲	
	別紙5（特別支援）	▲	▲	▲	▲			
	別紙6（延長支援）	▲	▲	▲	▲			
	別紙7（職業指導員）						▲	
	別紙8-1（重度障害児・重度重複）						▲	▲
	別紙8-2（重度障害児加算新規追加分）						▲	
	別紙9（強度行動障害児特別支援）						▲	
	別紙10-1（心理担当職員配置加算）						▲	
	別紙10-2（心理関係の確認書）						▲	
	別紙11（看護師配置加算）						▲	
	別紙12（自活訓練加算）						▲	▲
	別紙13（小規模グループケア）						▲	▲
	別紙14（食事提供加算）	▲		▲				
	別紙15（訪問支援員特別加算）					▲		
	別紙16（送迎加算 重症心身障害児）	▲	▲	▲	▲			
	（福祉・介護職員処遇改善加算）	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲
	（福祉・介護職員処遇改善特別加算）	▲	▲	▲	▲	▲	▲	▲

処遇改善に関する書類は、別ファイルとなっています。

参考 以下の加算は、サービス提供実績に応じて算定する加算です。体制の届出書類は必要ありません

書類の提出時期	提出書類（書類略称）	児童発達支援センター	児童発達支援（センター以外）	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス	保育所等訪問支援	福祉型障害児入所施設	医療型障害児入所施設
実績に応じて算定する（書類提出無し）	（家庭連携加算）	▲	▲	▲	▲			
	（訪問支援特別加算）					▲		
	（食事提供加算）	▲		▲				
	（利用者負担上限管理加算）	▲	▲	▲	▲			
	（欠席時対応加算）	▲	▲	▲	▲			
	（送迎加算）		▲		▲			
	（幼児加算）						▲	
	（入院時特別支援加算）						▲	
	（地域移行加算）						▲	▲
	（事業所内相談支援加算）	▲	▲	▲	▲			
	（関係機関連携加算）	▲	▲	▲	▲			
	（医療連携体制加算）	▲	▲		▲			

**児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業所等
給付費算定に係る体制等に関する届出書類確認シート**

法人名称	
事業所番号	145
事業所名称	
サービス種類	
担当者氏名	
連絡先	

	様式	提出書類	備考	確認欄
所児 等 給 付 費 法 に 基 づ く 指 定 障 害 児 通 所 支 援 事 業 所 に 関 する 届 出 書 業	本用紙	届出書類確認シート	必須	
	第1号様式	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	必須	
	別紙1	障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表	必須	
	別紙2	人員基準等適合確認シート	必須	
	別紙3～14	各加算算定届け		
		処遇改善加算の届出書	必須	

○現に配置されている児童発達支援管理責任者の研修受講状況等について

要件	研修名	受講状況	修了証書の送付
必須	児童発達支援管理責任者研修		
い ず れ か 一 つ 必 須	サービス管理責任者補足研修 （相談支援従事者初任者研修講義部分の一部）		
	平成17年度までの障害ケアマネジメント研修 ＋ 相談支援従事者研修（追加研修）		
	平成19年度までの相談支援従事者研修（補足研修）		
	相談支援従事者初任者研修		
	神奈川県立保健福祉大学実践教育センター障害児支援課程		
	相談支援従事者現任研修		
（研修修了証未送付の場合）研修修了証の写しは同封されているか			

事業所における児童発達支援管理責任者研修受講済み従業者の人数 （現在、配置されている児童発達支援管理責任者を除く）		人
--	--	---

最後にこの確認シートを同封し、郵送にて提出してください

(様式第1号)

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

神奈川県知事

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	145	サービスの種類		医療型障害児入所施設（指定発達支援医療機関）	
	事業所名					
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	管理者の氏名	職名		氏名		
	指定年月日	平成 年 月 日	指定終了年月日	平成 年 月 日		
変更届出時 使用欄	変更前の概要	変更後の内容				
		変更年月日	平成 年 月 日			

注 届出書類はサービス種別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

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号		145	
事業所名			
サービス種類		児童発達支援(センターではない事業所)	
地域区分			級地
運営規定に定める事業の定員			名
事業所全体の定員(多機能型の場合)			名
単位分けしている場合	単位1		名
	単位2		名
	単位3		名

該当する体制等	↓該当部分について○を選択↓					
児童発達支援管理責任者専任加算	有	無				
児童指導員等配置加算	有	無				
指導員加配加算	児童指導員加配	指導員加配	無			
福祉専門職員配置等加算	I	II	III			
特別支援加算	有	無				
延長支援加算	有	無				
開所時間減算	6H未満	4H未満	無			
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV		
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無				

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号	145		
事業所名			
サービス種類	児童発達支援(センターで行う場合)		
地域区分		級地	
運営規定に定める事業の定員		名	
事業所全体の定員(多機能型の場合)		名	
単位分けしている場合	単位1	名	
	単位2	名	
	単位3	名	

該当する体制等	↓該当部分について○を選択↓						
児童発達支援管理責任者専任加算	有	無					
食事提供体制加算	I	II					
福祉専門職員配置等加算	I	II	III				
栄養士配置加算	I	II					
特別支援加算	有	無					
延長支援加算	有	無					
開所時間減算	6H未満	4H未満	無				
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV			
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無					

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号	145		
事業所名			
サービス種類	児童発達支援(主として重症心身障害児を受け入れる事業所)		
地域区分		級地	
運営規定に定める事業の定員		名	
事業所全体の定員(多機能型の場合)		名	
単位分けしている場合	単位1	名	
	単位2	名	
	単位3	名	

該当する体制等	↓ 該当部分について○を選択 ↓						
児童発達支援管理責任者専任加算	有	無					
福祉専門職員配置等加算	I	II	III				
送迎加算(重症心身障害児)	有	無					
延長支援加算	有	無					
開所時間減算	6H未満	4H未満	無				
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV			
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無					

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号	145
事業所名	
サービス種類	医療型児童発達支援
地域区分	級地
運営規定に定める事業の定員	名
事業所全体の定員(多機能型の場合)	名
単位分けしている場合	単位1 名
	単位2 名
	単位3 名

該当する体制等	↓ 該当部分について○を選択 ↓					
児童発達支援管理責任者専任加算	有	無				
保育職員加配加算	有	無				
福祉専門職員配置等加算	I	II	III			
特別支援加算	有	無				
延長支援加算	有	無				
開所時間減算	6H未満	4H未満	無			
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV		
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無				

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号	145		
事業所名			
サービス種類	医療型児童発達支援(指定医療機関)		
地域区分		級地	
運営規定に定める事業の定員		名	
事業所全体の定員(多機能型の場合)		名	
単位分けしている場合	単位1	名	
	単位2	名	
	単位3	名	

該当する体制等	↓ 該当部分について○を選択 ↓			
福祉専門職員配置等加算	I	II	III	
特別支援加算	有	無		
延長支援加算	有	無		
開所時間減算	6H未満	4H未満	無	
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無		

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号	145
事業所名	
サービス種類	放課後等デイサービス
地域区分	
運営規定に定める事業の定員	級地
事業所全体の定員(多機能型の場合)	名
単位分けしている場合	単位1 名
	単位2 名
	単位3 名

該当する体制等	↓該当部分について○を選択↓					
児童発達支援管理責任者専任加算	有	無				
児童指導員等配置加算	有	無				
指導員加配加算	児童指導員加配	指導員加配	無			
福祉専門職員配置等加算	I	II	III			
特別支援加算	有	無				
延長支援加算	有	無				
開所時間減算	6H未満	4H未満	無			
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV		
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無				

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号		145	
事業所名			
サービス種類		放課後等デイサービス(主として重症心身障害児を受け入れる事	
地域区分			級地
運営規定に定める事業の定員			名
事業所全体の定員(多機能型の場合)			名
	単位分けしている場合	単位1	名
		単位2	名
		単位3	名

該当する体制等	↓該当部分について○を選択↓						
児童発達支援管理責任者専任加算	有	無					
福祉専門職員配置等加算	I	II		III			
送迎加算(重症心身障害児)	有	無					
延長支援加算	有	無					
開所時間減算	6H未満	4H未満		無			
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II		III		IV	
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無					

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号		145	
事業所名			
サービス種類		保育所等訪問支援	
地域区分			級地
運営規定に定める事業の定員			名
事業所全体の定員(多機能型の場合)			名
単位分けしている場合	単位1		名
	単位2		名
	単位3		名

[illegible]

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号		145	
事業所名			
サービス種類		福祉型障害児入所施設	
地域区分			級地
運営規定に定める事業の定員			名
事業所全体の定員(多機能型の場合)			名
単位分けしている場合	単位1		名
	単位2		名
	単位3		名

該当する体制等	↓ 該当部分について○を選択 ↓						
重度障害児入所棟設置	有	無					
重度肢体不自由児入所棟設置	有	無					
児童発達支援管理責任者専任加算	有	無					
職業指導員加算	有	無					
強度行動障害加算	有	無					
重度障害児加算(強度行動障害研修)	有	無					
心理担当職員配置加算	有	無					
看護師配置加算	有	無					
自活訓練加算	I	II	無				
福祉専門職員配置等加算	I	II	III				
栄養士配置加算	I	II	無				
栄養マネジメント加算	有	無					
小規模グループケア加算	有	無					
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III		IV		
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無					

【福祉型障害児入所施設のみ】主たる障害種別を選択し○をしてください。

知的障害児・自閉症児・盲児・ろうあ児・肢体不自由児

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号	145		
事業所名			
サービス種類	医療型障害児入所施設		
地域区分		級地	
運営規定に定める事業の定員		名	
事業所全体の定員(多機能型の場合)		名	
単位分けしている場合	単位1	名	
	単位2	名	
	単位3	名	

該当する体制等	↓ 該当部分について○を選択 ↓						
重度障害児入所棟設置	有	無					
重度肢体不自由児入所棟設置	有	無					
児童発達支援管理責任者専任加算	有	無					
強度行動障害加算	有	無					
自活訓練加算	I	II	無				
福祉専門職員配置等加算	I	II	III				
心理担当職員配置加算	有	無					
小規模グループケア加算	有	無					
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV			
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無					

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

事業所番号		145	
事業所名			
サービス種類		医療型障害児入所施設(指定発達支援医療機関)	
地域区分			級地
運営規定に定める事業の定員			名
事業所全体の定員(多機能型の場合)			名
	単位分けしている場合	単位1	名
		単位2	名
		単位3	名

該当する体制等	↓該当部分について○を選択↓						
重度障害児入所棟設置	有	無					
重度肢体不自由児入所棟設置	有	無					
自活訓練加算	I	II	無				
福祉専門職員配置等加算	I	II	III				
小規模グループケア加算	有	無					
福祉・介護職員処遇改善加算	I	II	III	IV			
福祉・介護職員処遇改善特別加算	有	無					

人員基準等適合確認シート (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、児童指導員等配置加算、指導員加配加算、人員欠加確認、開所時減算確認シート)

事業所名	0
サービス種類	医療型障害児入所施設 (指定発達支援医療機関)
サービス提供単位番号	選択して下さい
営業形態	

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

職種	勤務形態 氏名	第1週							第2週							第3週							第4週						
		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
		曜日							曜日							曜日							曜日						
		開所日							開所日							開所日							開所日						
		営業時間							営業時間							営業時間							営業時間						
		サービス提供時間							サービス提供時間							サービス提供時間							サービス提供時間						
定員																													
児童発達支援管理責任者																													
直接支援職員・・・最低基準の配置職員のみを記載してください。																													

注 1 複数のサービスの提供単位がある場合には、単位ごとに作成してください。

2 放課後等デイサービスについては、学校長期休業期間の営業時間が異なる場合には、平常時と学校休業時それぞれの勤務体制を想定したシートを提出してください。

3 児童指導員、保育士、指導員（基礎研修修了者）を配置する場合には、資格が確認できる書類を提出してください。

4 指導員（基礎研修修了者）は強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）、重度訪問介護従業者養成研修修了者、重度訪問介護従業者養成研修修了者を言う。

事業所（法人）の定める 常勤職員の1週間あたり の勤務時間数	確認欄	適・不適
指定基準上の人員基準への 適合状況		
指導員加配加算への適合 状況		児童指導員加配・指導員加配・不適

別紙2-2

人員基準等適合確認シート(児童発達支援(センター))
(兼 児童発達支援管理責任者配置専任加算、開所時減算確認シート)

事業所名	0
サービス種類	児童発達支援センター
サービス提供単位番号	1

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週						
			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
			曜日																											
			開所日																											
			営業時間 障害児の数																											
児童発達管理責任者																														
直接支援職員・・・最低基準の配置職員のみを記載してください。																														
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																														

注 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。

人員基準等適合確認シート（保育所等訪問支援）
職員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

職 種	勤務形態 氏 名	第 1 週							第 2 週							第 3 週							第 4 週						
		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
		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
		日																											
		曜日																											

※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。

[illegible][illegible]

※1 本表は施設種別ごとに作成してください。

※2 勤務状況は直接指導職員のみを記載し、「勤務形態」欄はA:常勤で専任、B:常勤で兼務、C:常勤以外で専任、D:常勤以外で兼務のいずれかを記載してください。

※3 加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

※4 算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

福祉専門職員配置等加算に関する状況

サービス種類	医療型障害児入所施設(指定発達支援医療機関)	※黄色部分は第1号様式入力後、自動的に入力されます。
事業所名称	0	
届出の種類		

届出るサービスに配置する直接処遇職員を全て記載すること。

※1

[illegible]

確認欄 I・II・III・非該当

億者

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。

※1 常勤兼務、非常勤については、届出するサービスに関わる時間数だけを記載すること。

算定要件

- ①常勤の直接処遇職員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士の資格保有者が35%以上雇用されている事業所(福祉専門職員配置等加算Ⅰ)
②常勤の直接処遇職員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士の資格保有者が25%以上雇用されている事業所(福祉専門職員配置等加算Ⅱ)
③直接処遇職員のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上雇用されている事業所(福祉専門職員配

栄養士配置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

サービス種類	医療型障害児入所施設(指定発達支援医療機関)			
事業所名称	0			
栄養士配置加算に係る 管理栄養士等配置の状況		管理栄養士		
	常勤 / 非常勤			
	他施設との兼務			
	兼務施設数			
	兼務先施設名①			
	兼務先施設名②			
	兼務先施設名③			
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 ※福祉型障害児入所施設の み	常勤の管理栄養士(※)	人		
	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	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ		
	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)			
	職種	氏名		
	医師			
	管理栄養士			
	看護師			
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) 常勤の管理栄養士を1名以上配置していること

(2) 障害児の日常生活状況、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) 障害児の日常生活状況、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

特別支援加算体制届出書

サービス種別	医療型障害児入所施設(指定発達支援医療機関)			
事業名	0			
定員	0			
機能訓練担当職員	理学療法士 言語聴覚士	名 名	作業療法士 心理指導担当職員	名 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置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	医療型障害児入所施設(指定発達支援医療機関)
事業所名所	0
定員	
運営規程上の営業時間	

	氏名	年齢	利用時間	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※ 運営規程で定める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障害児支援利用計画(ただし計画未作成の場合は児童発達支援計画書または放課後等デイサービス支援計画書)を添付すること。(延長支援加算の算定が必要であることが計画されていること。)

職業指導員加算に係る状況

施設種別			
施設名	0		
定員			
施設の形態 (該当するものに ○)	当該入所施設に併設する施設が主たる施設である		
	当該入所施設が主たる施設である		
	当該入所施設は、単独施設である		
職業指導に関する設備	(室名)	(室数)	(面積)
		室	m ² m ²
配置している職業指導員の人数	人		
職業指導員の氏名			

注1 職業指導の対象障害児が極端に少ないもの(児童指導員又は保育士の1人当たりの受持数に満たない場合)は加算できないものであること。

重度障害児支援体制加算・重度重複障害児加算に係る状況

施設名		0	
主たる障害の種別			
氏名		重度障害児支援加算 (受給者証への記載)	重度重複障害加算 (受給者証への記載)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

平成 年 月 日

重度障害児支援加算(新規追加分)に関する届出書

事業所・施設の名称	0		
1 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了		
2 配置状況① (実践研修修了者)	1 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者 配置 (行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む) 2 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)受講予定者 配置 (研修受講計画作成済み)		
3 配置状況② (基礎研修修了者)	1 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者 配置 (重度訪問介護従業者養成研修行動障害支援課程修了者又は行動援護従業者養成研修修了者を配置した場合を含む) 2 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)受講予定者 配置 (研修受講計画作成済み)		
配置人数	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 25px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 人 </div>		

備考 1 「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。

備考 2 「配置人数」には常勤換算方法による研修修了者数を記載してください。

備考 3 実践研修・基礎研修共に、研修修了者については修了証の写しを、受講予定者については研修受講計画の写しを別途添付すること。

強度行動障害児特別支援加算

施設名	0
主たる障害の種別	

【対象児童】

氏 名		強度行動障害児特別支援加算 (受給者証への記載)
1		
2		
3		
4		
5		
6		

【職員数】

職種	人数		備考
	法定分	強行支援分	
施設長			
精神科医(嘱託)			常勤() 非常勤()
心理療法担当			常勤() 非常勤()
指導員、保健師又は看護師			常勤() 非常勤()
介助員			常勤() 非常勤()
事務員			常勤() 非常勤()
栄養士			常勤() 非常勤()
調理員等			常勤() 非常勤()

【設備】

設備			室数	面積(m ²)/室
	居室	1人用居室		
		2人用居室		
	行動観察室			
	観察室			

心的外傷のため心理療法を必要とする障害児等の状況

施設種別	医療型障害児入所施設(指定発達支援医療機関)		
施設名	0		
定員			
心理療法に 使用する設備	(室名)	(室数)	(面積)
		室 室	m ² m ²

障害児等氏名		生年月日	入所年月日	備考	児童相談所名
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

注1 備考欄には、「措置」か「契約」かを記入してください。

注2 児童相談所からの心理療法を必要とする意見書等を添付してください。

心理療法等を必要とする障害児等の意見依頼書兼意見書

平成 年 月 日

児童相談所長所在地
法人等名
施設名
代表者名

印

以下の障害児等について、心理療法等が必要である判断を児童相談所長に依頼します。

障害児等の氏名	生年月日	入所年月日	備考	児童相談所記入欄
				心理療法等 の必要性
				あり・なし
				あり・なし
				あり・なし
				あり・なし
				あり・なし
				あり・なし
				あり・なし
				あり・なし
				あり・なし
				あり・なし

注1 太枠内は記入しないでください。

注1 備考欄には、「措置」か「契約」かを記入してください。

以上のとおり、判断します。

平成 年 月 日

(あてさき)

児童相談所長 印

看護職員配置加算に係る状況

施設種別	医療型障害児入所施設(指定発達支援医療機関)		
施設の名 称	0		
施設の定員			
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
	合計	0	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。

注3 看護師を1以上配置している必要があります。

注4 色の付いたセルのみ記載

注5 主として自閉症を主たる症状とする知的障害児を入所させる指定福祉型障害児入所施設、主として肢体不自由のある児童を入所させる指定福祉型障害児入所施設は本加算の対象になりません。

自活訓練加算に係る状況

自活訓練を行う居室等の状況	居 住 区 分	<input type="checkbox"/> 施設敷地内
		<input type="checkbox"/> 施設外 法人所有
		<input type="checkbox"/> 賃貸
	自活訓練棟所在地	
	居室数	
	施設からの距離	
	緊急時の対応	

その他提出書類

※建物平面図

※位置図(施設と自活訓練棟との距離が分かるもの)

※賃貸借契約書の写し(賃貸の場合)

※加算対象者へ支援をする際は、対象児童の180日間の居宅生活移行計画を作成し、提出すること

年 月 日

小規模グループケア加算体制届出書

施設名	0	施設種別	福祉型・医療型
届出区分	1. 新規	入所定員	人
	2. 変更		
	3. 廃止		

単位1

一単位当たりの定員		専任職員の配置	人(職種:)
-----------	--	---------	---------

設備	専用・共用の別	備考
居室	専・共	児童一人当たりの面積(㎡)
台所	専・共	
食堂・居間	専・共	
浴室	専・共	
便所	専・共	
玄関	専・共	
その他	専・共	

単位2

一単位当たりの定員	人	専任職員の配置	人(職種:)
-----------	---	---------	---------

設備	専用・共用の別	備考
居室	専・共	児童一人当たりの面積(㎡)
台所	専・共	
食堂・居間	専・共	
浴室	専・共	
便所	専・共	
玄関	専・共	
その他	専・共	

- ※1 福祉型障害児入所施設及び医療型障害児入所施設において小規模なグループケアを実施している施設が加算を算定する場合に届け出ること。
- ※2 小規模グループケアの単位の定員は、4～8名とする。
- ※3 居室の床面積は、4.95㎡以上であること。
- ※4 小規模グループケアを実施する場合は、専任の職員として児童指導員又は保育士1名以上を加配し、他の職員と連携してケアを行うこと。
- ※5 小規模グループケアを行う施設の平面図を添付すること。
- ※6 単位ごとに作成すること。(表が足りない場合は、適宜追加すること。)

(別紙13 続き)

対象児童の状況

単位1

児童氏名	年齢	性別	本体施設での入所期間	グループケア実施期間

単位2

児童氏名	年齢	性別	本体施設での入所期間	グループケア実施期間

食事提供加算に係る体制

施設名	0
サービスの種類	医療型障害児入所施設（指定発達支援医療機関）

※色つきのセルを入力

食 事 の 提 供 体 制	食 事 提 供 に 係 る 配 置 食 人 員		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				

児童発達支援センター（医療型児童発達支援事業所）内の調理室を使用して、原則として当該施設が自ら調理し、提供されたものについて加算の算定が出来る。

食事の提供に関する業務を当該施設の最終的責任の下で第三者に委託することは差し支えない。ただし、当該調理委託が行えるのは、施設内の調理室を使用して調理する場合に限り、施設外で調理し、搬入する方法は認められない。また出前の方や市販の弁当を購入して、提供するような方法は認められない。

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。

平成 年 月 日

訪問支援特別加算体制届出書

サービス種別	医療型障害児入所施設(指定発達支援医療機関)
事業名	0
定員	0

加算要件の職員体制(①と②両方を満たす必要があります。)

	氏名	職名	所持している資格(主な1つを選択)	実務経験年数	
①				年	ヶ月
②		心理担当 職員		年	ヶ月

	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保育所等訪問支援計画書を添付すること。

注2 訪問支援特別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 届出を行う職員について、資格証の写し及び実務経験証明書を提出すること。

平成 年 月 日

送迎加算に関する届出書(重症心身障害児)

事業所・施設の名称	0			
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了			
2 送迎の体制 (運転手以外)		氏名	職種	喀痰吸引等の 実施可否
	1			
	2			
	3			
	計			

- 備考 1 「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。
- 2 重症心身障害児に対して支援を提供する児童発達支援センター、児童発達支援事業所、医療型児童発達支援センター、放課後等デイサービス事業所において作成すること。
- 3 「喀痰吸引等の実施可否」については、送迎同乗者が実施可能な医療的ケアについて記載すること。

実務経験証明書

神奈川県 知事 様

平成 年 月 日

所在地

名称

代表者氏名

印

電話番号

下記の者の実務経験は、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	
施設又は事業所名	施設・事業所・サービスの種別 ()
業 務 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (年 月間)
上記のうち業務に従事した日数	日
業 務 内 容	職名 ()

- (注) 1. 見込証明でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。
 2. 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
 3. 業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間(見込においては援助を行うと見込まれる期間)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)
 4. 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、業務内容について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
 5. 証明内容を訂正する場合は、二重線で消した上、証明者(代表者)の印を押すこと。