

市内日中活動系事業所 } 管理者 様
市内障害者支援施設 }

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課長

平成 29 年度川崎市給付費等及び施設経営調整加算支弁基準に基づく実績加算及び
支援体制加算の申請について（通知）

平素は、本市障害福祉施策に御理解と御協力をいただきまして、誠にありがとうございます。
標記の件につきまして、次のとおり通知いたしますので御確認の上、御申請ください。

1 内容

「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書」（以下「体制届」という。）とは別に、市単独加算のうち、次の加算については申請をする必要があります。なお、当該加算を取得しない事業所については、御申請不要です。

- （１） 実績加算：医療支援加算
- （２） 支援体制加算：健康管理加算、栄養管理加算、食事指導加算

2 御提出書類

＜実績加算を取得する場合＞

- ① 平成 29 年度医療支援加算該当者申請書（第 1 号様式）
 - ② 該当者名簿（別紙 1）
 - ③ ②の該当者に関する医師の指示書又は診療情報提供書
- ※ ③について、以前に提出している該当者は御提出不要です。

＜支援体制加算を取得する場合＞

- ① 平成 29 年度支援体制加算該当施設申請書（第 2 号様式）
 - ② サービス種類ごとの勤務形態一覧（平成 29 年度体制届に用いた「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」（別紙 2－2）と同じもの）
 - ③ 看護師又は栄養士の資格証の写し（健康管理加算、栄養管理加算を取得する場合）
- ※ ②について、看護師等が人員配置基準になく記載されていない場合は、別途作成し、御提出ください。
- ※ ③について、資格証の氏名と現在氏名が異なる場合は、直近に取得した戸籍抄本や現在有効

な免許証（写し）等の、公的に同一人であることが確認できる書類を添付してください。

※工賃加算について

平成 29 年度の申請方法等については、9 月上旬頃（予定）の御案内にて御確認ください。（御案内以前に御申請いただきましても本加算を算定することはできません。）

3 御提出期限

平成 29 年 4 月 18 日（火）必着

※ 上記期限以降に御提出があった場合は、川崎市給付費等及び施設経営調整加算支弁基準（以下「基準」という。）第 9 条第 1 項の規定による取り扱いをいたしますので御注意ください。

【参考】基準 第 9 条第 1 項

（省略）申請が毎月 15 日以前になされた場合には翌月から、16 日以降になされた場合には翌々月から、算定を開始するものとする。

4 御提出方法

御郵送又は御持参に限ります（メール、FAX等は不可）

5 御提出先

（1）御郵送の場合

〒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 給付係（市単独加算担当） 宛て

（2）御持参される場合

川崎市幸区堀川町580番 ソリッドスクエア西館10階

6 その他

- 御提出いただいた内容について確認させていただく場合がございますので、鑑文やメモ等にて担当者、連絡先（電話番号、メールアドレス等）、認定通知書送付先をお知らせください。
- 申請書の作成にあたっては、記載例等を確認の上、御記載ください。また、添付書類漏れがないよう御注意ください。
- 今回の御申請に基づく認定後、今年度途中に取得する加算を変更する場合には、次の書類により変更申請が必要です。なお、基準第 9 条第 1 項の規定が適用されますので、御注意ください。

＜実績加算の該当者を変更する場合＞

- ① 平成 29 年度医療支援加算該当者変更申請書（第 7 号様式）
- ② 該当者名簿（別紙 1）
- ③ 追加する該当者に関する医師の指示書又は診療情報提供書

※ ③について、該当者が減る場合は提出不要です。

＜取得する支援体制加算を変更する場合＞

- ① 平成 29 年度支援体制加算該当施設変更申請書（第 8 号様式）
- ② サービス種類ごとの勤務形態一覧（平成 29 年度体制届に用いた別紙 2-2）

③ 看護師又は栄養士の資格証の写し（健康管理加算、栄養管理加算を取得する場合）

※ ①については、前回認定済みの内容で変更が無い箇所も含めてチェックしてください。

※ ②③については、追加に係るもののみに結構です。

川崎市障害計画課給付係

TEL 044-200-2675

FAX 044-200-3932

記載例

平成29年度医療支援加算該当者申請書

法人の住所、法人名、代表者の職氏名、施設名を記入する。
事業所ごとに1部作成する。

平成29年4月〇〇日

(宛先) 川崎市長

申請者	住 所	川崎市川崎区宮本町1番地
	法 人 名	社会福祉法人みやまえ福祉の会
	代表者名	理事長 中原 あさお
	施 設 名	障害者支援施設さいわい

代表者
印

川崎市給付費等及び施設経営調整加算支弁基準第5条第1項に基づき、医療支援加算が算定できる利用者を受け入れているので、次のとおり申請します。

1 対象となるサービス種類

対象サービスの□を■（または☑）にする。

☐ 生活介護 ☒ 施設入所支援 ☒ 機能訓練

2 加算該当者

- ・ 別紙「該当者名簿」のとおり

3 添付書類

- ・ 医師の指示書または診療情報提供書
※ 主治医から医療的ケアの必要性、指示内容、頻度を記入してもらうこと

平成29年度支援体制加算該当施設申請書

平成29年4月〇〇日

(宛先) 川崎市長

法人の住所、法人名、代表者の職氏名、
施設名を記入する。
事業所ごとに1部作成する。

申請者 住 所 川崎市高津区下作延2丁目8番1号
法 人 名 特定非営利活動法人たじま
代表者名 理事長 宮前 だいし
施 設 名 通所施設たま

代表者
印

川崎市給付費等及び施設経営調整加算支弁基準第5条第2項に基づき、支援体制加算が算定できる体制を整えているので、次のとおり申請します。

各項目についての□を■(または☑)にする。

1 健康管理加算

- ・ 対象有無 (☒ 有 ☐ 無)
- ・ 類型 (☐ I型 ☐ I型(常勤的非常勤※) ☒ II型)
- ・ 対象サービス (☒ 生活介護 ☐ 施設入所支援 ☐ 機能訓練 ☐ 生活訓練
☐ 宿泊型自立訓練 ☒ 就労継続支援B型)

※ 常勤的非常勤とは、1日6時間以上かつ月20日以上勤務する非常勤職員をいい、複数人でこの要件を満たす場合も含む

2 栄養管理加算

- ・ 対象有無 (☐ 有 ☒ 無)
- ・ 対象サービス (☐ 生活介護 ☐ 機能訓練 ☐ 生活訓練 ☐ 宿泊型自立訓練
☐ 就労継続支援B型)

3 食事指導加算

- ・ 対象有無 (☒ 有 ☐ 無)
- ・ 対象サービス (☒ 生活介護 ☐ 短期入所 ☐ 施設入所支援 ☐ 機能訓練
☐ 生活訓練 ☐ 宿泊型自立訓練 ☐ 就労継続支援B型)

4 加算にかかる人員の内訳(1事業所で複数サービスが対象の場合は合計人数を記入すること)

		看護師		栄養士		生活支援員(食事中)	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)	<u>1</u>				<u>3</u>	<u>2</u>
	非常勤(人)	<u>2</u>	<u>2</u>			<u>4</u>	<u>1</u>
常勤換算後の人数(人)		<u>1.5</u>	<u>0.6</u>			<u>3.8</u>	<u>0.9</u>

5 添付書類

- ・ 勤務形態一覧(サービス種類ごと)
- ・ 看護師、栄養士の資格証(写し)