

指定障害福祉サービス等事業者
各種届出に関する手引き



令和3年4月
宮城県保健福祉部障害福祉課

指定障害福祉サービス等事業者 各種届出に関する手引き
(令和3年4月改訂版)

目次

| | |
|---|----------|
| 第1 宮城県サービス管理責任者及び 児童発達支援管理責任者の要件 | …… P. 1 |
| 第2 指定障害福祉サービス事業者等の指定機関 | …… P. 6 |
| 第3 各種申請・届出に係る手続について | …… P. 8 |
| 1 事業者の新規指定について | P. 9 |
| 2 指定の変更申請について | P. 10 |
| 3 指定の変更届について | P. 11 |
| 4 事業の廃止、休止及び再開について | P. 12 |
| 5 指定の辞退について | P. 13 |
| 6 共生型サービスの指定について | P. 14 |
| 第4 指定(更新)申請時の提出書類チェック表 | …… P. 16 |
| 訪問系サービス | P. 16 |
| 療養介護 | P. 18 |
| 生活介護 | P. 20 |
| 短期入所 | P. 22 |
| 重度障害者等包括支援 | P. 24 |
| 自立訓練(機能訓練) | P. 26 |
| 自立訓練(生活訓練) | P. 28 |
| 就労系 (就労移行支援, 就労継続支援) | P. 30 |
| 就労定着支援 | P. 32 |
| 自立生活援助 | P. 34 |
| 共同生活援助 | P. 36 |
| 障害者支援施設 | P. 38 |
| 地域相談支援 | P. 40 |
| 児童発達支援 | P. 42 |
| 医療型児童発達支援 | P. 44 |
| 放課後等デイサービス | P. 46 |
| 居宅訪問型児童発達支援 | P. 48 |
| 保育所等訪問支援 | P. 50 |
| 障害児入所施設 | P. 52 |
| 第5 変更届の提出書類(体制の変更の場合) | …… P. 54 |
| 第6 変更届の提出書類(給付費関係の変更の場合) | …… P. 57 |
| 訪問系サービス | P. 57 |
| 療養介護 | P. 58 |
| 生活介護 | P. 59 |
| 短期入所 | P. 61 |
| 重度障害者等包括支援 | P. 63 |
| 施設入所支援 | P. 64 |
| 自立訓練(機能訓練) | P. 66 |
| 自立訓練(生活訓練) | P. 67 |
| 就労移行支援 | P. 69 |
| 就労継続支援A型 | P. 71 |
| 就労継続支援B型 | P. 73 |
| 就労定着支援 | P. 75 |
| 自立生活援助 | P. 76 |
| 共同生活援助 | P. 77 |
| 地域移行支援 | P. 79 |
| 地域定着支援 | P. 80 |
| 児童発達支援 | P. 81 |
| 医療型児童発達支援 | P. 83 |
| 放課後等デイサービス | P. 84 |
| 居宅訪問型児童発達支援 | P. 86 |
| 保育所等訪問支援 | P. 86 |
| 福祉型障害児入所施設 | P. 87 |
| 医療型障害児入所施設 | P. 88 |

第1 宮城県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の要件

＜平成31年4月1日時点＞

宮城県サービス管理責任者の要件となる実務経験一覧表

以下の①～③のいずれかを満たしていること。

② 下表第1号及び第2号の期間が通算して5年以上

② 下表第3号の期間が通算して8年以上

③ 下表第4号の期間が3年以上かつ第1号から第3号までの期間が通算して3年以上

| | | | |
|-----------------------------|--|--|--------------|
| 第1号 相談支援 の業務 | ア～キに掲げる施設等で、 相談支援の業務 （身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間 | | 第2号と通算して5年以上 |
| | ア | 地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業 | |
| | イ | 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉に関する事務所（市町村役場、福祉事務所、保健所）、発達障害者支援センター | |
| | ウ | 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域包括支援センター | |
| | エ | 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター | |
| | オ | 特別支援学校 | |
| | カ | 病院【※1】、診療所【※1】 | |
| キ | ○その他これらに準ずる施設等【※2】 児童心理治療施設、認知症対応型老人共同生活援助事業、居宅介護支援事業、 仙台市障害者就労支援センター、一般相談支援事業、特定相談支援事業、 被災者の心のケア支援事業【※3】 | | |
| 第2号 直接支援 の業務 (資格有) | ア～カに掲げる施設等で、 直接支援の業務 （身体上若しくは精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務、その他の職業訓練や職業教育等の業務）に従事した期間 | | 第1号と通算して5年以上 |
| | （社会福祉主事任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、保育士、児童指導員任用資格者又は精神障害者社会復帰指導員である者（以下「社会福祉主事任用資格者等」という。）に限る。） | | |
| | ア | 障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室【※4】 | |
| | イ | 障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業 | |
| | ウ | 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所 | |
| | エ | 特例子会社【※5】、助成金受給事業所【※6】 | |
| オ | 特別支援学校 | | |
| カ | ○その他これらに準ずる施設等【※2】 市町から補助金又は委託により運営されている小規模作業所、 児童心理治療施設、仙台市障害者家族支援等推進事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 | | |
| 第3号 直接支援 の業務 (資格無) | 第2号ア～カに掲げる施設等で、社会福祉主事任用資格者等でない者が、 直接支援の業務 に従事した期間 | | 8年以上 |

| | | |
|----------------------------|--|------------------------|
| 第4号 国家資格 等保有者 | 次に掲げる資格に基づき（資格取得後に）、 当該資格に係る業務 に従事した期間 医師，歯科医師，薬剤師，保健師，助産師，看護師，准看護師，理学療法士，作業療法士，社会福祉士，介護福祉士，視能訓練士，義肢装具士，歯科衛生士，言語聴覚士，あん摩マッサージ指圧師，はり師，きゅう師，柔道整復師，管理栄養士，栄養士，精神保健福祉士 | 3年 以上 |
|----------------------------|--|------------------------|

<留意事項>

この資料は、厚生労働省告示※で定められている、サービス管理責任者に係る実務経験の要件等を抜粋してまとめたものです。必ず、厚生労働省告示をあわせてご参照ください。

<語義の整理等>

表中の用語の語義は、以下に例示するものの他、厚生労働省告示に拠ります。

[※1] 病院，診療所

社会福祉主事任用資格者，訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者，第4号に掲げる資格を有している者又は第1号のア～オ・キに掲げる施設等で従事した期間が1年以上の者に限る。

[※2] その他これらに準ずる施設等

本県では、上表に記載の施設等のみが該当します。

[※3] 被災者の心のケア支援事業

本県では、次の事業のみが該当します。

- (1) 東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業実施要綱（平成23年12月22日施行）に基づく東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業のうち被災者の心のケア支援事業
- (2) 東日本大震災に係る宮城県被災者の心のケア支援事業実施要綱（平成25年4月1日施行）に基づく事業
- (3) 精神障害者アウトリーチ推進事業（震災対応型）実施要綱（平成23年8月3日施行）に基づく事業

[※4] 療養病床関係病室

病院又は診療所の病室であって医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床に係るもの

[※5] 特例子会社

障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社

[※6] 助成金受給事業所

障害者の雇用の促進等に関する法律第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所

※ 「厚生労働省告示」

指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの
 （平成18年9月29日，厚生労働省告示第544号）

※ 「障害者総合支援法」

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
 （平成17年法律第123号）

※ ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることを言います。

例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることを言います。

（平成18年6月23日厚生労働省事務連絡）

※ 実務経験が本表のいずれに該当するか御不明な場合は、従事している(していた)事業所等の管理者や事業を委託している市町村等に御確認ください。

宮城県児童発達支援管理責任者の要件となる実務経験一覧表

以下の①～③のいずれかを満たしていること。

- ①下表第1号及び第2号の期間が通算して5年以上 かつ
当該期間から第3号の期間を除いた期間が3年以上
- ②下表第4号の期間が8年以上 かつ
当該期間から第5号の期間を除いた期間が3年以上
- ③下表第6号の期間が5年以上 かつ
第1,2,4号の期間を通算した期間から第3,5号の期間を通算した期間を除いた期間が3年以上

| | | |
|---------------------------|---|--|
| 第1号 相談支援 の業務 | 次のア～キに掲げる施設等に従事する者が、 相談支援の業務 （身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者又は児童の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間 | |
| | ア | 地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業 |
| | イ | 児童相談所、児童家庭支援センター、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉に関する事務所（市町村役場、福祉事務所、保健所）、発達障害者支援センター |
| | ウ | 障害児入所施設、乳児院、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域包括支援センター |
| | エ | 障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター |
| | オ | 学校 |
| | カ | 病院 [※1]、診療所 [※1] |
| キ | その他これらに準ずる施設等 [※2] 認知症対応型老人共同生活援助事業、居宅介護支援事業、仙台市障害者就労支援センター、一般相談支援事業、特定相談支援事業、被災者の心のケア支援事業[※3] | |
| | | 第2号と通算して5年以上 |

| | | |
|------------------------------------|--|--|
| 第2号 直接支援 の業務 (資格有) | 次のア～カに掲げる施設等に従事する者が、 直接支援の業務 （身体上若しくは精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者又は児童につき、入浴、排せつ、食事その他の介護又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務、その他の職業訓練や職業教育等の業務）に従事した期間 (社会福祉主事任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、保育士、児童指導員任用資格者又は精神障害者社会復帰指導員である者（以下「社会福祉主事任用資格者等」という。）に限る。) | |
| | ア | 障害児入所施設、助産施設、乳児院、母子生活支援施設、保育所、幼保連携型認定こども園、児童厚生施設、児童家庭支援センター、児童養護施設、児童心理治療施設、児童自立支援施設、障害者支援施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室 [※4] |
| | イ | 障害児通所支援事業、児童自立生活援助事業、放課後児童健全育成事業、子育て短期支援事業、乳児家庭全戸訪問事業、養育支援訪問事業、地域子育て支援拠点事業、一時預かり事業、小規模住宅型児童養育事業、家庭的保育事業、小規模保育事業、居宅訪問型保育事業、事業所内保育事業、病児保育事業、子育て援助活動支援事業、障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業 |
| | ウ | 病院、診療所、薬局、訪問看護事業所 |
| | エ | 特例子会社 [※5]、助成金受給事業所 [※6] |
| | オ | 学校 |
| | カ | その他これらに準ずる施設等 [※2] 市町から補助金又は委託により運営されている小規模作業所、仙台市障害者家族支援等推進事業、認知症対応型老人共同生活援助事業 |
| | | 第1号と通算して5年以上 |

| | |
|--|---|
| 第3号 第1,2号の 期間から除 いて計算す る期間 | 次に掲げる施設等に従事する者が、 相談支援の業務 に従事した期間 老人福祉施設、救護施設、更正施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域包括支援センター、 認知症対応型老人共同生活援助事業、居宅介護支援事業 |
| | 次に掲げる施設等に従事する者であって、社会福祉主事任用資格者等である者が、 直接支援の業務 に従事した期間 老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室【※3】、老人居宅介護等事業、 特例子会社【※5】、助成金受給事業所【※6】、認知症対応型老人共同生活援助事業 |

| | | |
|--------------------------------------|---|------------------|
| 第4号 直接支援 の業務 (資格無) | 第2号ア～カに掲げる施設等に従事する者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、 直接支援の業務 に従事した期間 | 8 年 以 上 |
| 第5号 第4号の期 間から除い て計算する 期間 | 次に掲げる施設等に従事する者であって、社会福祉主事任用資格者等でない者が、 直接支援の業務 に従事した期間 老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室【※3】、老人居宅介護等事業、 特例子会社【※5】、助成金受給事業所【※6】、認知症対応型老人共同生活援助事業 | |

| | | |
|---------------------|---|------------------|
| 第6号 国家資格 等保有者 | 次の資格に基づき(資格取得後に)、 当該資格に係る業務 に従事した期間 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会 福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指 圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士 | 5 年 以 上 |
|---------------------|---|------------------|

<留意事項>

この資料は、厚生労働省告示※で定められている、児童発達支援管理責任者に係る実務経験の要件等を抜粋してまとめたものです。必ず、厚生労働省告示をあわせてご参照ください。

<語義の整理等>

表中の用語の語義は、以下に例示するものの他、厚生労働省告示に拠ります。

【※1】 社会福祉主事任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、第4号に掲げる資格を有している者又は第1号のア～オ・キに掲げる施設等で従事した期間が1年以上の者に限る。

【※2】 その他これらに準ずる施設等

本県では、上表に記載の施設等のみが該当します。

【※3】被災者の心のケア支援事業

本県では、次の事業のみが該当します。

- (1) 東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業実施要綱(平成23年12月22日施行)に基づく東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業のうち被災者の心のケア支援事業
- (2) 東日本大震災に係る宮城県被災者の心のケア支援事業実施要綱(平成25年4月1日施行)に基づく事業
- (3) 精神障害者アウトリーチ推進事業(震災対応型)実施要綱(平成23年8月3日施行)に基づく事業

【※4】療養病床関係病室

病院又は診療所の病室であって医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床に係るもの

【※5】特例子会社

障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社

【※6】助成金受給事業所

障害者の雇用の促進等に関する法律第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所

※「厚生労働省告示」

障害児通所支援又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの
(平成 24 年 3 月 30 日、厚生労働省告示第 230 号)

※ ここで、1 年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が 1 年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が 1 年あたり 180 日以上であることを言います。

例えば、5 年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が 5 年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が 900 日以上であることを言います。

(平成 18 年 6 月 23 日厚生労働省事務連絡)

※ 実務経験が本表のいずれに該当するか御不明な場合は、従事している(していた)事業所等の管理者や事業を委託している市町村等に御確認ください。

共通注意事項

※1「老人福祉施設」とは、老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター及び老人介護支援センターをいいます。

※2 公的な補助金又は市町村等委託により運営されている小規模作業所であって、業務内容や勤務状況の記録が適切に整備されており、所属長等による実務経験の証明が可能であれば実務経験に含まれます。

※3 実務経験となる障害児関連施設としては、児童相談所、知的障害児施設、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児通園事業、児童デイサービスを行う施設等が含まれます。

※4「児童厚生施設」とは、児童遊園や児童館等をいいます。

※5「施設」「市町村役場」等における事務員としての業務は、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間とは認められず、本研修受講要件に該当となりません。

※6 別表に掲げる「国家資格等」を有する者の実務経験について

【サービス管理責任者の場合】

第 4 号の業務に 3 年以上従事している者で、当該業務が上記の第 1 号から第 3 号までの業務にも該当する場合には、当該業務のみで実務経験の要件を満たす(この場合は、合計 6 年間の実務経験が必要になるものではない)。

【児童発達支援管理責任者の場合】

第 6 号の業務に 5 年以上従事している者で、当該業務が上記の第 1, 2, 4 号の業務(第 3, 5 号に該当するものは除く。)にも該当する場合には、当該業務のみで実務経験の要件を満たす(この場合は、合計 8 年間の実務経験が必要になるものではない)。

第2 障害福祉サービス事業者等の指定機関

各障害福祉サービス事業者等の指定機関及び各保健福祉事務所（地域事務所を含む）が指定機関となっている障害福祉サービス等については、以下のとおりです。指定障害福祉サービス事業者等に関する届出は、該当する担当班へ提出してください。

なお、仙台市内に所在する事業所の指定事務は、仙台市が行います。

○指定障害福祉サービス事業者等の指定機関

| 根拠法 | サービス種類 | 指定機関 |
|--------------|----------------------------|---|
| 障害者 総合支援法 | 療養介護 | ○障害福祉課運営指導班 |
| | 生活介護 | |
| | 施設入所支援 | |
| | 障害者支援施設 | |
| | 自立訓練（生活訓練） | |
| | 自立訓練（機能訓練） | |
| | 就労移行支援 | |
| | 就労継続支援 A 型 | |
| | 就労継続支援 B 型 | |
| | 就労定着支援 | |
| 児童福祉法 | 児童発達支援※1 | ○障害福祉課運営指導班 |
| | 医療型児童発達支援 | |
| | 放課後等デイサービス※2 | |
| | 居宅訪問型児童発達支援※2 | |
| | 保育所等訪問支援※2 | |
| | 福祉型障害児入所施設 | |
| | 医療型障害児入所施設 | |
| 障害者 総合支援法 | 居宅介護，重度訪問介護， 同行援護及び行動援護 | 事業所所在地を管轄する 各保健福祉事務所又は地域事務所 |
| | 短期入所 | |
| | 重度障害者等包括支援 | |
| | 自立生活援助 | |
| | 共同生活援助 | |
| | 地域相談支援 | |
| 児童福祉法 | 児童発達支援※3 | ○仙南保健福祉事務所 母子・障害班 ○仙台保健福祉事務所 母子・障害第二班 ○北部保健福祉事務所 母子・障害第二班 ○北部保健福祉事務所栗原地域事務所 母子・障害班 ○東部保健福祉事務所 母子・障害班 ○東部保健福祉事務所登米地域事務所 母子・障害班 ○気仙沼保健福祉事務所 母子・障害班 |
| | 放課後等デイサービス※4 | |
| | 居宅訪問型児童発達支援※4 | |
| | 保育所等訪問支援※4 | |

※1 「児童発達支援センター」「指定障害福祉サービスとの多機能型」「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」（注）のみ

※2 「児童発達支援センターとの多機能型」「指定障害福祉サービスとの多機能型」「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」（注）のみ

※3 「児童発達支援センター」「指定障害福祉サービスとの多機能型」「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」（注）を除く

※4 「児童発達支援センターとの多機能型」「指定障害福祉サービスとの多機能型」「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」（注）を除く

（注）「指定（共生型）生活介護又は指定（共生型）自立訓練と一体的に行う指定（共生型）障害児通所支援」

→「共生型サービスの指定について」（P. 15）参照

【補足】 指定発達支援医療機関は、厚生労働省が指定します。（児福法第6条の2第3項）

○各保健福祉事務所（地域事務所を含む）の所管する圏域

| 圏域 | 該当市町村 | 管轄する保健福祉事務所 又は地域事務所 | 電話番号 |
|------|---|------------------------|--------------|
| 仙南圏 | 白石市，角田市，蔵王町，七ヶ宿町，大河原町，村田町，柴田町，川崎町，丸森町 | 仙南保健福祉事務所 | 0224-53-3132 |
| 仙台圏 | 塩竈市，名取市，多賀城市，岩沼市，富谷市，亘理町，山元町，松島町，七ヶ浜町，利府町，大和町，大郷町，大衡村 | 仙台保健福祉事務所 | 022-365-3153 |
| 大崎圏 | 大崎市，色麻町，加美町，涌谷町，美里町 | 北部保健福祉事務所 | 0229-87-8011 |
| 栗原圏 | 栗原市 | 北部保健福祉事務所 栗原地域事務所 | 0228-22-2118 |
| 石巻圏 | 石巻市，東松島市，女川町 | 東部保健福祉事務所 | 0225-95-1431 |
| 登米圏 | 登米市 | 東部保健福祉事務所 登米地域事務所 | 0220-22-6118 |
| 気仙沼圏 | 気仙沼市，南三陸町 | 気仙沼保健福祉事務所 | 0226-21-1356 |
| — | — | 障害福祉課運営指導班 | 022-211-2558 |

【多機能型事業所の所管について】

多機能型とは、各基準条例により、次のように定義されます。

1 指定障害福祉サービス基準条例第 93 条による定義

障害者総合支援法に基づく指定生活介護，指定自立訓練（機能訓練），指定自立訓練（生活訓練），指定就労移行支援，指定就労継続支援 A 型及び指定就労継続支援 B 型並びに児福法に基づく指定児童発達支援，指定医療型児童発達支援，指定放課後等デイサービス，指定居宅訪問型児童発達支援及び指定保育所等訪問支援の事業のうち，2 つ以上の事業を一体的に行うこと（指定通所基準条例に規定する事業のみを行う場合を除く）。

2 指定通所基準条例第 43 条による定義

児童福祉法に基づく指定児童発達支援，指定医療型児童発達支援，指定放課後等デイサービス，指定居宅訪問型児童発達支援及び指定保育所等訪問支援の事業並びに総合支援法に基づく指定生活介護，指定自立訓練（機能訓練），指定自立訓練（生活訓練），指定就労移行支援，指定就労継続支援 A 型及び指定就労継続支援 B 型の事業のうち，2 つ以上の事業を一体的に行うこと（指定障害福祉サービス基準条例に規定する事業のみを行う事業所を除く）。

多機能型事業所の指定は，多機能型として行うサービスの組合せにより指定機関が異なります。

| | サービスの組合せ | 指定機関 |
|---|---|--|
| 1 | 指定通所基準省令に規定する多機能型事業所のうち，指定児童発達支援，指定医療型児童発達支援，指定放課後等デイサービス，指定居宅訪問型児童発達支援，指定保育所等訪問支援による多機能型の場合 (児+児 (センターを除く)) | 事業所所在地を管轄する 各保健福祉事務所又は地域事務所 母子・障害(第二)班 |
| 2 | 1 を除く多機能型の場合 (児+児 (センターのみ)，者+者，者+児) | 障害福祉課運営指導班 |

第3 各種申請・届出に係る手続について

○各種申請・届出の期限について

| 申請の種類 | 申請・届出期限 |
|---------------|--|
| 新規指定 | 事業開始予定日の前日から起算して、土・日曜日、国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日及び12月29日から1月3日まで（以下「土日等」という）を除き 14日前 |
| 変更申請 | 変更予定日から土日等を除き 14日前 |
| 変更届出（報酬以外） | 変更予定日から土日等を除き 10日以内 |
| 変更届出（報酬に係る変更） | 変更予定月の前月の15日以前：翌月から変更 変更予定月の前月の16日以降：翌々月から変更 |
| 事業の廃止・休止 | 廃止又は休止予定日の 1か月前 |
| 再開 | 再開した日から土日等を除き 10日以内 |
| 辞退 | 辞退予定日の 3か月前 |

※上記は最終期限です。期限までに不備を修正し、書類を全て整えるようお願いします。

○各種申請・届出の流れ

（1）事前相談

申請書類の提出前に、指定機関と事前相談を行ってください。特に、事業所を新築する又は賃貸物件で運用する場合は、設備基準を満たしているかの確認を指定機関へ行った後に、建築工事や賃貸借契約を締結することをお勧めします。

（2）申請

指定要件を満たすよう確認を終えた上で、申請を行ってください。

申請するサービスの種類に応じて、必要な申請書類を準備してください。

申請書類の様式は、宮城県障害福祉課のホームページに掲載しています。

（3）審査

指定機関に提出された申請書類に基づき、人員基準、設備基準及び運営の基準等が満たされているか審査を行います。不備や確認出できない事項がある際は、修正や追加の上、再提出をお願いすることがあります。

（4）実地確認

新規指定の場合は、申請書類の確認後に事業所の実地確認を行います。

実地確認の時点で設備上の不備*が認められた場合は、指定予定年月日に指定を行うことはできませんので、ご注意ください。

※設備上の不備の例

・申請書の平面図と実態が異なっている等により、設備基準を満たしていない。

・改修工事が完了していない。

・関係法令（消防法、建築基準法、都市計画法等）の基準を満たしていない。

（消防署の指導による設備・備品の設置が未完了、事業所の用途変更の未完了 等）

（5）指定

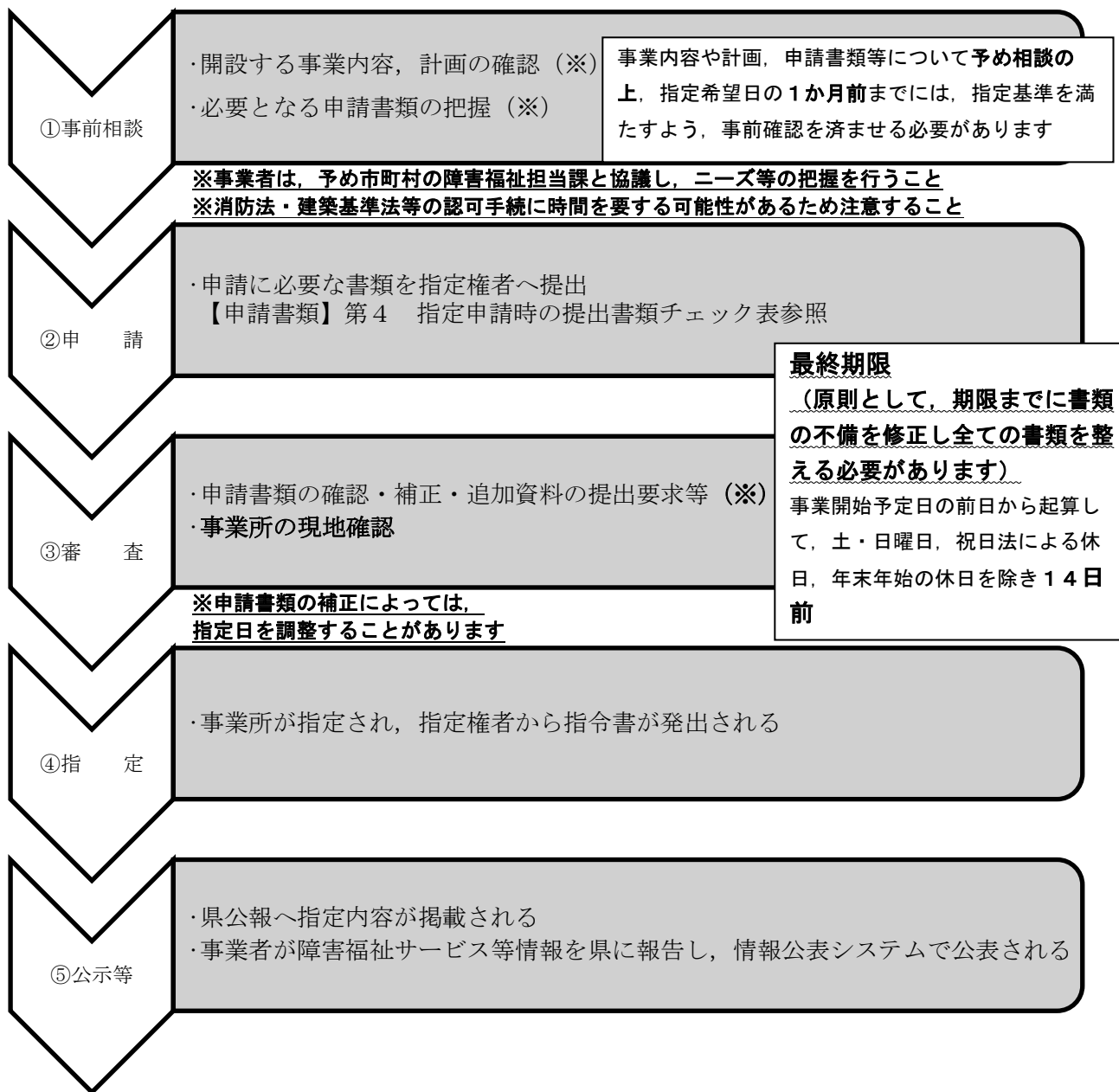
申請書類の確認及び実地確認の結果、指定基準を満たす事業者・施設については、指定障害福祉サービス事業者等として指定を行います。指定された際は、指令書を発出します。

（6）公示等

新規指定、廃止、指定辞退した事業者・施設については、その旨を宮城県公報へ掲載します。また、障害福祉サービス等情報公表システムで、事業所の情報を公表します。

1 事業者の新規指定について

事業者の新規指定の流れ



事業所の指定・変更時の注意

事業所運営を適切に行うためには、関係法令を遵守していただくことが不可欠です。
事業所の指定又は変更を行う際は、障害福祉に関する以外の法令に基づいた申請や届出が必要となる場合がありますので、当該法令を所管する行政庁へ必ず事前にご相談ください。

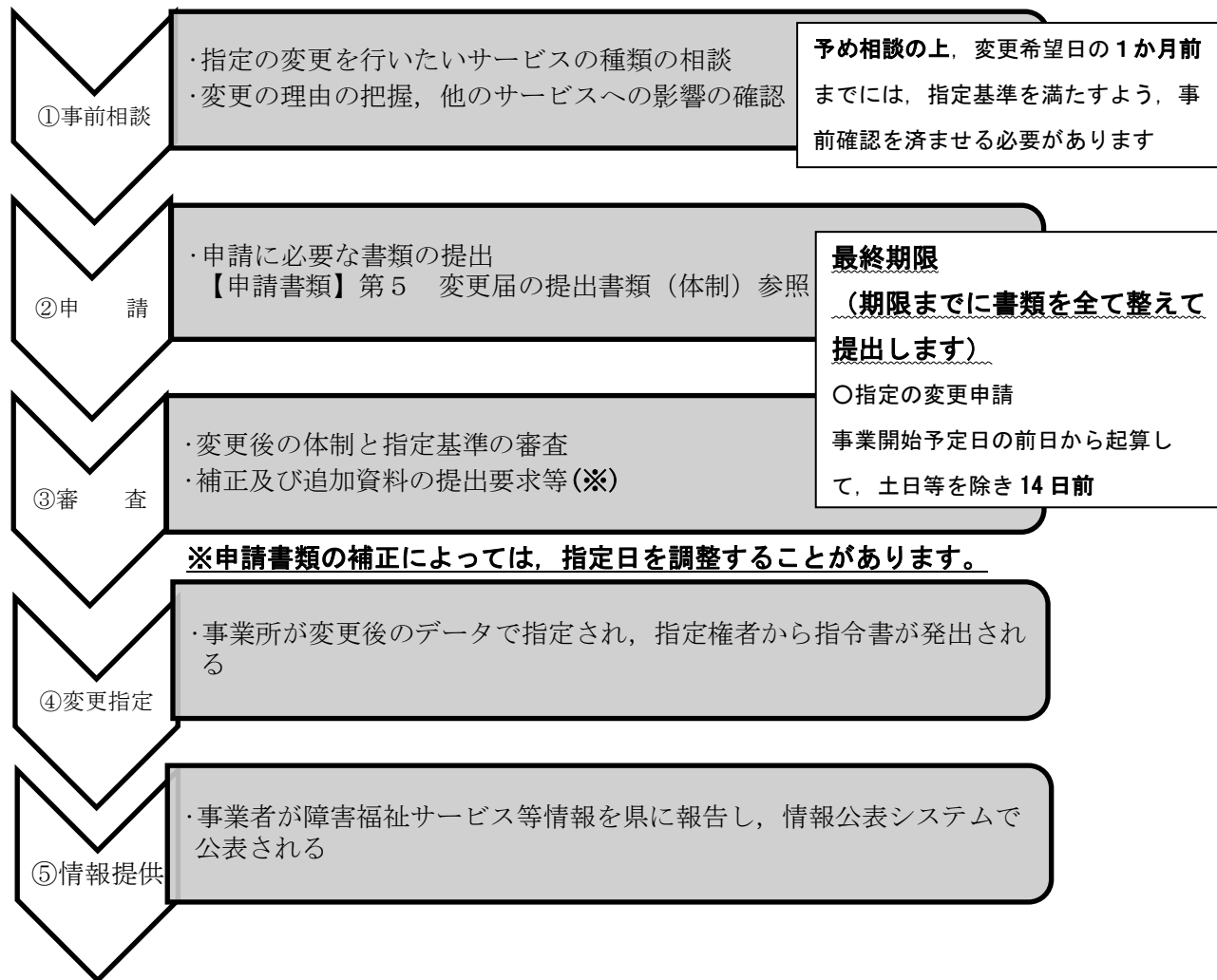
事業所の指定に関連して取り組むべきこと・取り組むことを推奨されること

- ・指定を受ける事業者は、同時に業務管理体制についても届け出る必要があります。法人が指定を受けている事業所数により手続が異なるためご注意ください。
- ・放課後等デイサービス事業所の場合、1年に一度「放課後等デイサービス自己評価」を行う必要があります。
- ・質の高いサービスを提供するために、第三者機関が評価を行う「福祉サービス第三者評価」を受けることが推奨されています。

2 指定の変更申請について

指定の変更申請の流れ

生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型の定員の増員及び障害者支援施設の定員の増員又は日中サービスの種類の変更をする場合は指定権者への変更申請が必要です。



【参考】

『指定の変更申請』と『指定の変更届出』の違いについて

○指定の変更申請…事業のうち、生活介護、就労継続支援A型、就労継続支援B型の定員の増員及び障害者支援施設の定員の増員又は日中サービスの種類の変更を行うものです。

【提出様式】様式第2号（第3条関係）

○指定の変更届出…全事業。指定後、届出が必要となる事項に変更が生じた時から10日以内に指定権者へ届け出るものです。

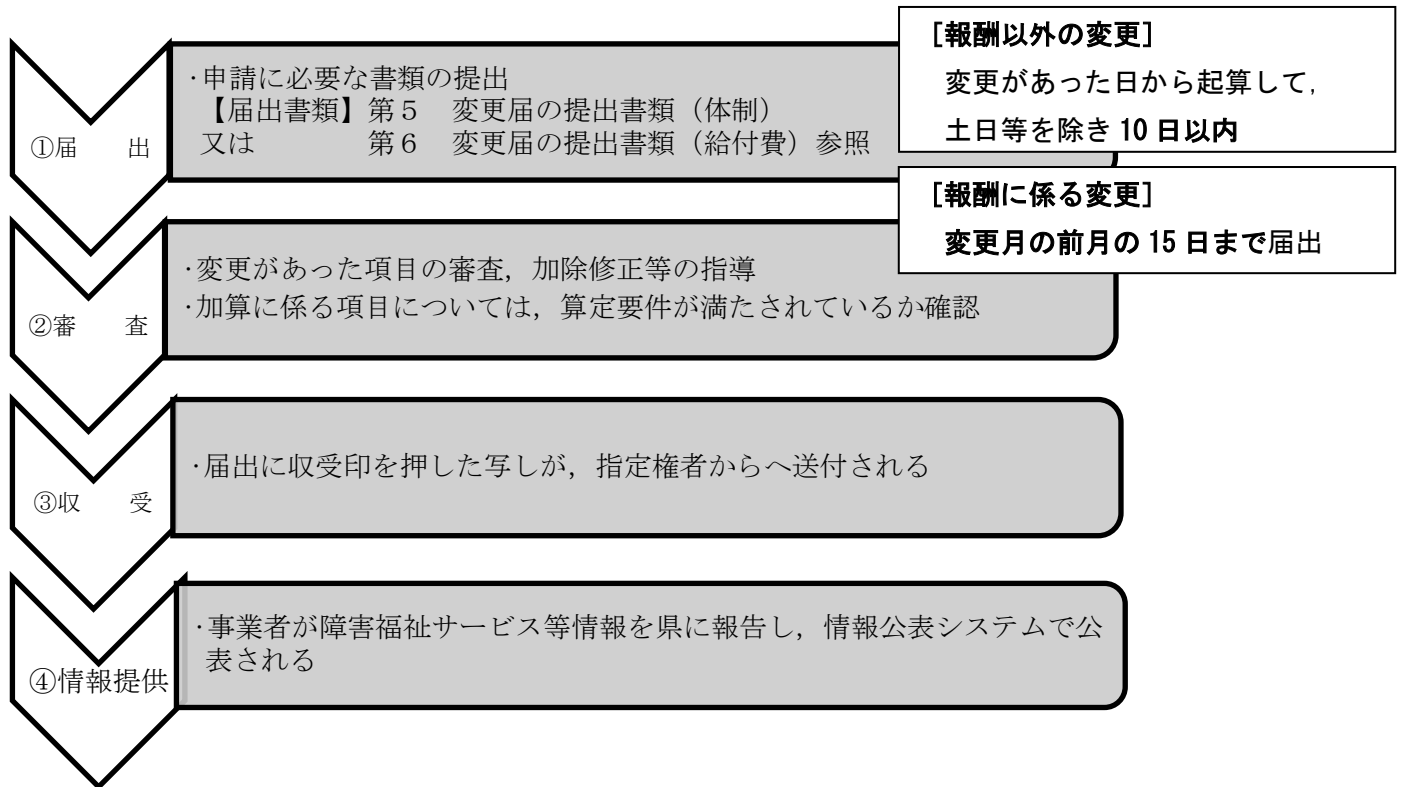
【提出様式】様式第3号（第4条関係）

提出様式が異なりますので注意してください。

3 指定の変更届について

指定の変更届出の流れ

指定を受けた事業者において、その体制に変更があった場合には、各指定権者へ変更があった旨の届出が必要です。



【加算算定開始時期の取扱等について（原則）】

- (ア) 加算等の算定される単位数が増える場合
- ・届出が月の 15 日以前に行われた場合
・・・ 翌月から算定を開始
 - ・届出が月の 16 日以降に行われた場合
・・・ 翌々月から算定を開始
- (イ) 加算等の算定される単位数が減る場合，又は加算等が算定されなくなる場合
届出の時期に関わらず，加算等の単位数が減る（又は算定されなくなる）事実が発生した日
から算定を行わない。
過剰取得した報酬がある場合は，給付費支払市町村に連絡の上，遡って過誤調整を行う。

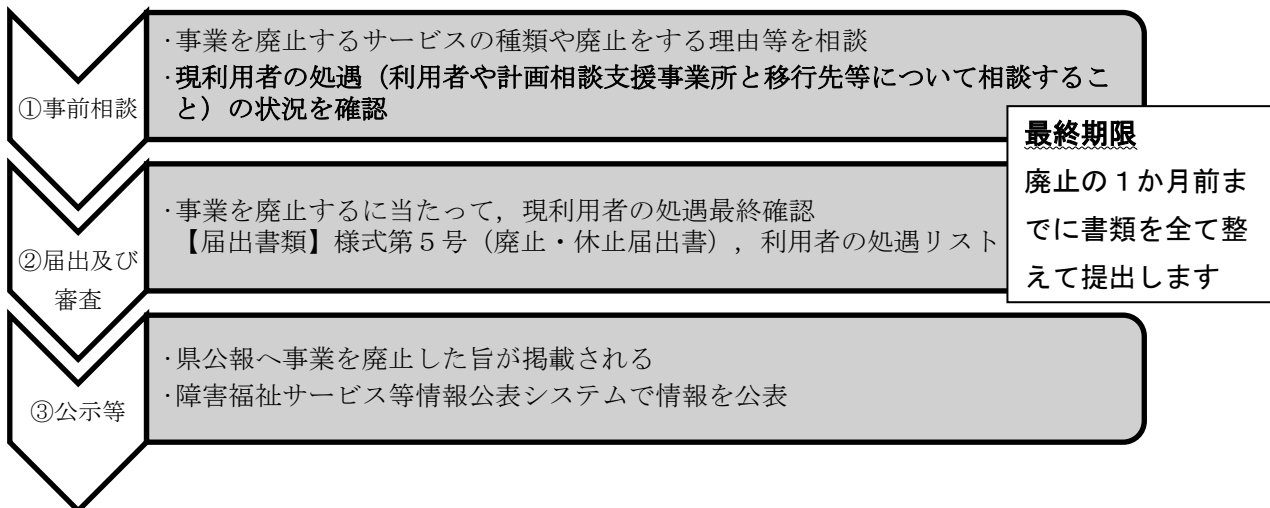
※ 加算等の種類によっては上記によらない場合があります。

4 事業の廃止、休止及び再開について

事業所の廃止、休止及び再開の流れ

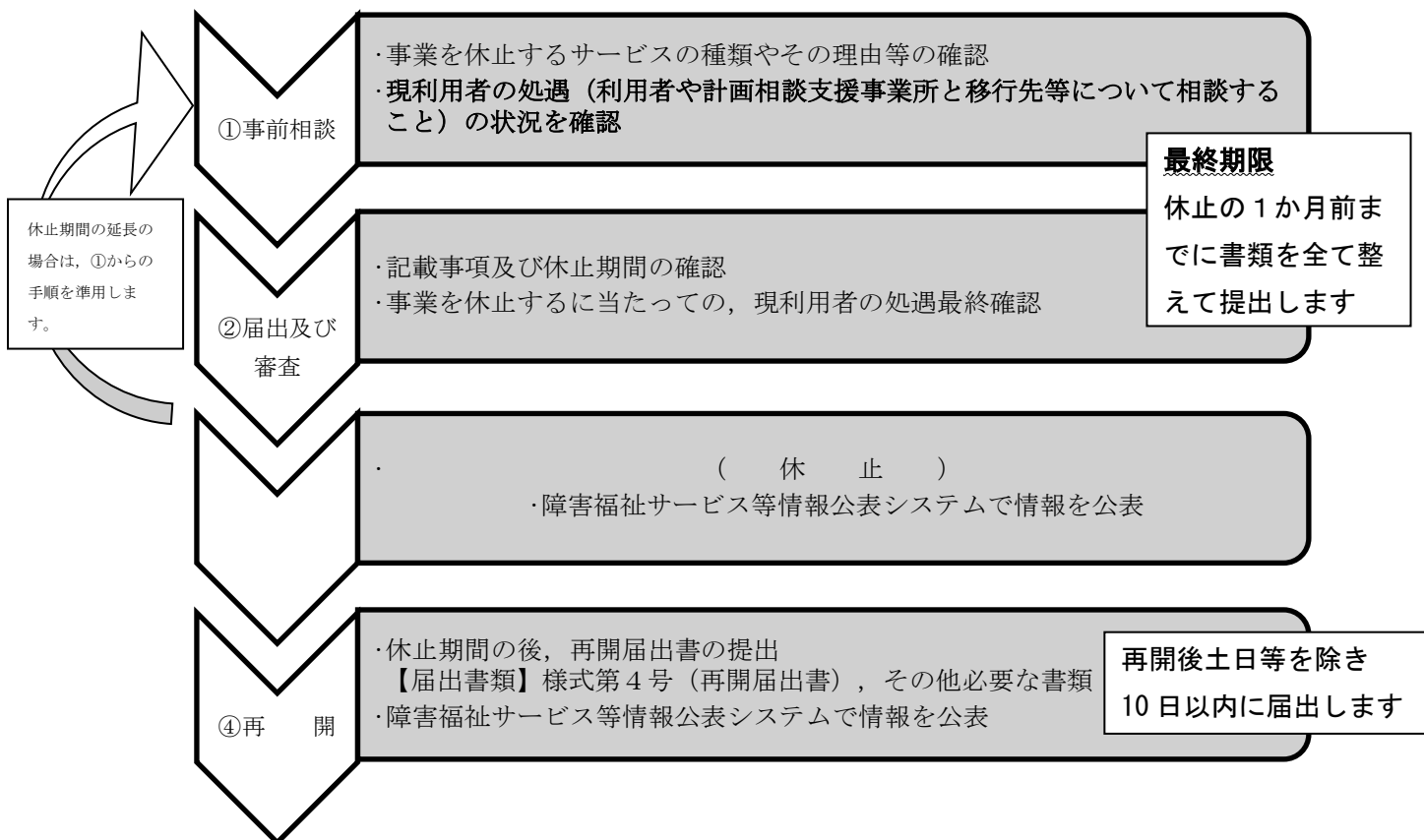
事業所の廃止又は休止の際は、その旨を指定権者へ届け出る必要があります。

《1 事業所の廃止の場合》



《2 事業所の休止の場合》

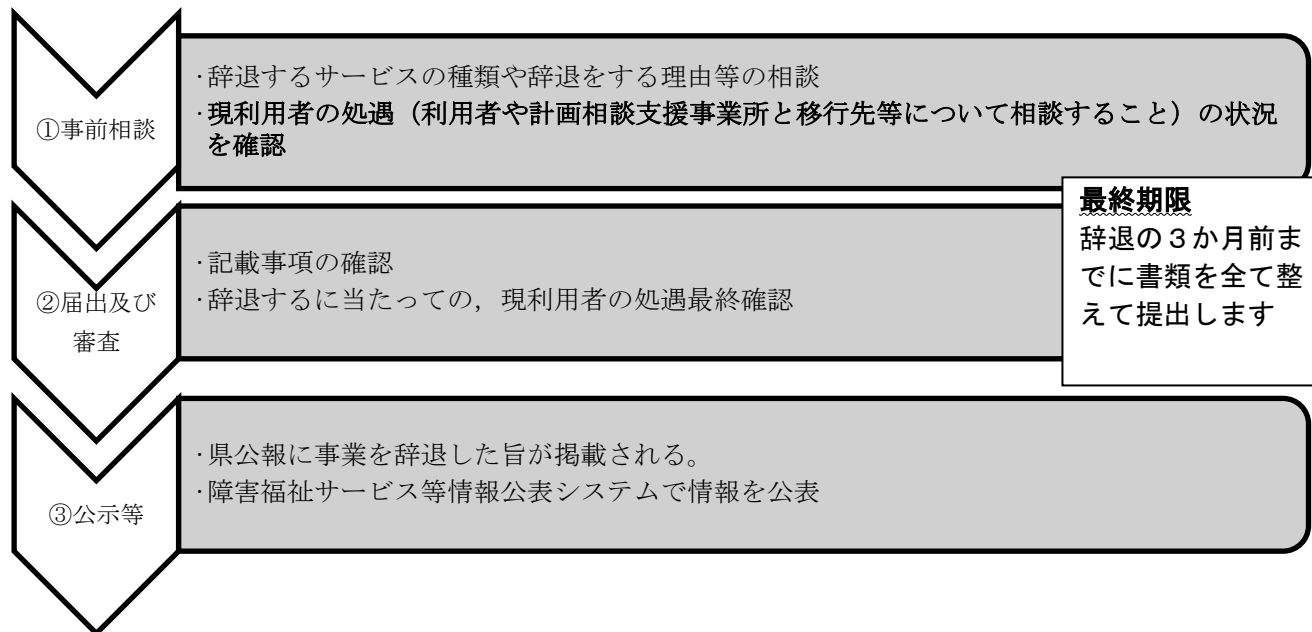
事業所を一旦休止し、その後再開することが認められています。



5 指定の辞退について

指定の辞退の流れ

指定障害者支援施設又は指定障害児入所施設については、その指定を辞退するに当たり辞退届の提出が必要です。



6 共生型サービスの指定について

(1) 指定要件について

共生型サービスの指定要件は以下のとおりです。

①従業者

母体となる既存サービスの利用者数と、共生型サービスの利用者数を合計した数を当該事業所の利用者数とした場合に、当該既存サービスの基準により必要とされる従業者数以上であること。

②設備

指定を受ける共生型サービスの基準を満たす必要はなく、既存サービス事業所として満たすべき設備基準を満たしていれば足りるものであること。

③技術的支援

指定障害福祉サービス事業所その他の関係施設から、障害児又は障害者の支援を行う上で、必要な技術的支援を受けていること。

(2) 人員について

共生型サービスの指定に当たって、人員に関する注意点は以下のとおりです。

①管理者

共生型サービスの管理者と、既存サービスの管理者が兼務であっても差し支えないこと。

②サービス管理責任者等

介護保険のサービス等を母体として、共生型サービスの指定を受ける場合は、サービス提供責任者、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者を置かなくとも差し支えないこと。

ただし、障害福祉サービス等を母体にする場合は、通常の指定障害福祉サービス等と同様の人員配置が必要です。

(3) 定員について

利用定員の範囲内であれば、サービスごとの利用者の数に変動があっても差し支えありません。

【例】定員20人の場合、利用日によって、共生型生活介護の利用者が10人、既存サービスの利用者が10人であっても、共生型生活介護の利用者が5人、既存サービスの利用者が15人であっても差し支えありません。

(4) 追加提出資料

既存サービスの指定状況を確認するため、以下の書類を追加で提出します。

- イ 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式）
- ロ 既存サービスの指定文書（指令文等）
- ハ 既存サービスの指定申請書写し
- ニ 既存サービスの指定に係る記載事項写し

共生型サービスの指定が可能な組合せ

| | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 障害者総合支援法 | ①居宅介護 | ⇔ | ○訪問介護 | 介 |
| | ②重度訪問介護 | ⇔ | ○訪問介護 | |
| | ③生活介護 | ⇔ | ○児童発達支援 | 児 |
| | | | ○放課後等デイサービス | |
| | | | ○通所介護 ○地域密着型通所介護 ○(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護 | |
| ④短期入所 (障害者支援施設を本体とする短期入所に限る) | ⇔ | ○(介護予防)短期入所生活介護 | 介 | |
| | | ○(介護予防)小規模多機能型居宅介護 | | |
| | | ○看護小規模多機能型居宅介護 | | |
| ⑤自立訓練 | ⇔ | ○通所介護 | 介 | |
| | | ○地域密着型通所介護 | | |
| | | ○(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護 | | |
| 児童福祉法 | ①児童発達支援 (重症心身障害児を対象とする事業所を除く) | ⇔ | ○生活介護 | 障 |
| | | | ○通所介護 ○地域密着型通所介護 ○(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護 | |
| | ②放課後等デイサービス (重症心身障害児を対象とする事業所を除く) | ⇔ | ○生活介護 | 介 |
| | | | ○通所介護 ○地域密着型通所介護 ○(介護予防)小規模多機能型居宅介護 ○看護小規模多機能型居宅介護 | |
| 介護保険法 | ①訪問介護 | ⇔ | ○居宅介護 ○重度訪問介護 | 障 |
| | ②通所介護, 地域密着型通所介護 | ⇔ | ○生活介護 ○自立訓練 ○児童発達支援 (重症心身障害児を対象とする事業所を除く) ○放課後等デイサービス | |
| | | | ③(介護予防)短期入所生活介護 | ⇔ |
| | ④(介護予防)小規模多機能型居宅介護 | → | ○短期入所 ○生活介護 ○児童発達支援 (重症心身障害児を対象とする事業所を除く) ○放課後等デイサービス (重症心身障害児を対象とする事業所を除く) | 児 |
| | | | ⑤看護小規模多機能型居宅介護 | |

「⇔」: 双方のサービスが、もう片方の指定事業所を母体として、共生型サービスの指定を受けられる。
 「←」「→」: 矢印元の指定事業所を母体として、矢印先のサービスが、共生型サービスの指定を受けられる。

○法令の略称は以下のとおり。

「障」: 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(障害者総合支援法)

「児」: 児童福祉法

「介」: 介護保険法

○サービスの所管は以下のとおり

【障害福祉サービス】

| | | | |
|---------------|------------------------------|--------------|-------|
| 居宅介護 | 保健福祉事務所(地域事務所) 母子・障害(第二)班 | 生活介護 | 障害福祉課 |
| 重度訪問介護 | | 自立訓練 | |
| 短期入所 | | 児童発達支援(※) | |
| 児童発達支援(単独) | | 放課後デイサービス(※) | |
| 放課後デイサービス(単独) | | | |

【介護保険のサービス】

| | | | |
|----------|-------------------------|-------------|-------------|
| 訪問介護 | 保健福祉事務所(地域事務所) 成人高齢班 | 地域密着型通所介護 | 市町村高齢者福祉担当課 |
| 通所介護 | | 小規模多機能型居宅介護 | |
| 短期入所生活介護 | | | |

※指定(共生型)生活介護又は指定(共生型)自立訓練と一体的に行う指定(共生型)障害児通所支援は障害福祉課指定(共通のサービスを母体とする共生型サービス同士、一方のサービスを母体とする共生型サービス等)

上記に当てはまらない事例については、障害福祉課・保健福祉事務所調整の上、指定機関を決定する

第4 指定(更新)申請時の提出書類チェック表

指定申請書類のチェック表（訪問系サービス） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|--|---------------------------------|---|
| 1 | 事業所の名称, 所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称, 所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称, 主たる事務所の所在地, 代表者の氏名, 生年月日, 住所, 職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか（ <input type="checkbox"/> 事務室 <input type="checkbox"/> 受付等のスペース） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 事業に必要な備品等を確保しているか （特に感染症予防に必要な設備に配慮する） |
| 6 | 管理者及びサービス提供責任者の氏名, 生年月日, 住所, 経歴 | □別記様式第22号 | ○ | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （サービス提供責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか 以下のいずれかを満たすこと <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修の1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修の2級課程修了者であって、3年以上介護等の業務に従事した者 <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 7 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 8 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第23号 | ○ ※共生型の場合省略可 | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 9 | 従業者の勤務の体制, 勤務形態 | □別記様式第5号 | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員, 栄養士, 調理員, 送迎員等の直接対応職員以外の勤務時間, 常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更した人員のみ必要 | |
| 10 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | □別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|---|
| 11 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第6号 | ○ | 別記様式第6号(付表) <input type="checkbox"/> 別記様式(付表)は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の氏名・住所が、サービス提供責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> サービス内容が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第6号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ都府県は委譲されているか) |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は詳細改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |
| | | (共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票(参考様式) | ○ | (共生型の場合のみ)母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、介護保険法の「訪問介護」となっているか <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 指定居宅介護事業所等その他の関係施設から技術的支援を受けているか |

指定申請書類のチェック表（療養介護） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|-------------------------------------|--|-------------------|---|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 医療法第7条の許可を受けた病院であることを証する書類 | □許可証等の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 6 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | □医療法に規定する病院としての設備及び多目的室が整備されているか |
| | 設備の概要 | □別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 7 | 利用者の推定数 | □別記様式第7号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 最低人員を満たしているか（単独：20人） <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか |
| 8 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第22号 | ○ | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） （サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 9 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 10 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第23号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |

| | | | | |
|----|--------------------------------|--|--------------------|---|
| 11 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号(別紙1-1) | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号(別紙1-1)と合致するか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| 12 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書) | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第7号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ都限は委譲されているか) |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回は提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類(協議書等)があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は正確に改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |

指定申請書類のチェック表（生活介護） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|--|--|---|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 □相談室 □洗面所・便所 □多目的室 □その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか（多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3mを確保しているか（目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要なm数は増減する） 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 多目的室 <input type="checkbox"/> 多目的室の広さは適切か |
| | 設備の概要 | □別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 6 | 利用者の推定数 | □別記様式第8号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業員の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独:20人 多機能:6人） <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか（対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第8号と合致するか |
| 7 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 ※共生型の場合、サービス管理責任者未配置でも減算は行わない。 | <input type="checkbox"/> 別記様式第22号 <input type="checkbox"/> 別記様式第26号 <input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 資格証の写し <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書） | ○ ※共生型の場合省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか（サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|--|-------------------------|---|
| | | の写し等) | なければ省略可 | 実務総括証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| 8 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 9 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第23号 | ○ ※共生型の場合省略可 | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号(別紙1-1) | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数、別記様式第5号(別紙1-1)と合致するか <input type="checkbox"/> 看護職員は、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | ○ 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類(雇用契約書の写し等) | ○ 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 11 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容 | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | ○ 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か(車で概ね30分以内) |
| 12 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書) | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条項に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第8号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間の行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ都限は委譲されているか) |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | ○ 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか <input type="checkbox"/> ※検査済書がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類(協議書等)があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は随時改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |
| | | (共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票(参考様式) | ○ | (共生型の場合のみ)母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか。 介護保険法の「通所介護」「地域密着型通所介護」 「小規模多機能型居宅介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」 「看護小規模多機能型居宅介護」 児童福祉法の「児童発達支援」「放課後等デイサービス」 (いずれも重症心身障害児対象事業所除く) <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び未面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 指定生活介護事業所その他の関係施設から技術的支援を受けているか |

指定申請書類のチェック表（短期入所） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の種別 | 別記様式第9号 | ○ | |
| 6 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 居室 □食堂 □浴室 □洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> 対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか（空所型、併設型） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 居室 <input type="checkbox"/> 適切な広さが確保してあるか 食堂 <input type="checkbox"/> 食事の提供に支障がない広さが確保してあるか 浴室 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 居室のある階ごとに設置しているか |
| | 設備の概要 | □別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 7 | 利用者の推定数及び入所定員（併設事業所にて行う場合のみ） | □別記様式第9号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の種別は適当か <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第9号と合致するか |
| 8 | 管理者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第22号 | ○ ※共生型の場合省略可 | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|--------------------|---|
| 9 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業員の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切に記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 10 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第23号 | ○ ※共生型の場合省略可 | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 11 | 従業員の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 12 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第9号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ親限は委譲されているか） |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は随時改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |
| (共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式） | ○ | (共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか。 介護保険法の「短期入所生活介護」「介護予防短期入所生活介護」「小規模多機能型居宅介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「看護小規模多機能型居宅介護」 <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び未面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 指定短期入所事業所その他の関係施設から技術的支援を受けているか | | |

指定申請書類のチェック表（重度障害者等包括支援）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|---|------------------------|-------------------|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 提供する障害福祉サービスの種類 | □別記様式第10号 | ○ | 別記様式第10号（付表） <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の氏名・住所が、サービス提供責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> サービス内容が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか |
| 6 | 第三者委託により提供する障害福祉サービスの種類、当該第三者の事業所の名称及び所在地 | | | |
| 7 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか（□事務室 □受付等のスペース） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 事業に必要な備品等を確保しているか （特に感染症予防に必要な設備に配慮する） |
| 8 | 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第22号 | ○ | 経歴書（管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （サービス提供責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか 以下のいずれの要件も満たすこと <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 当該サービス利用対象者への入浴、排せつ、食事の介護業務等に3年以上従事 <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 9 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 □従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 □実施地域 □緊急時対応 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） □虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 10 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第23号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |

| | | | | |
|----|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------|--|
| 11 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | □別記様式第5号 | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 12 | 主たる対象者に係る医療機関との協力体制の概要 | □協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出していれば省略可 | |
| 13 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | □別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 14 | その他指定に関し必要と認める事項 | □別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第6号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | □事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | □利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ専断は委譲されているか） |
| | | □重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | □収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | □別記様式第4号 □別記様式第4号別紙1 □加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る介護給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は申請時訂正後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |

指定申請書類のチェック表（自立訓練（機能訓練））※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|------------------------|---------------------------------|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 □相談室 □洗面所・便所 □多目的室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3mを確保しているか （目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要なm数は増減する） 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 多目的室 <input type="checkbox"/> 多目的室の広さは適切か |
| | 設備の概要 | □別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 6 | 利用者の推定数 | □別記様式第12号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独:20人 多機能:6人） <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第12号と合致するか |
| 7 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 ※共生型の場合、サービス管理責任者未配置でも減算は行わない。 | □別記様式第22号 | ○ | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） |
| | | □別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が | 前回提出時より変更が | |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|--|--|---|
| | | 分かる書類 (雇用契約書の写し等) | なければ省略可 | 実務経歴証明書 □内容が経歴書と合致するか □実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| 8 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | □運営規程には以下の全項目が記載されているか □目的及び運営方針 □従業者の職種・員数・職務内容 □営業日及び営業時間 □利用定員 □受領する費用の種類及びその額 □実施地域 □留意事項 □緊急時対応 □非常災害対策 □主たる対象者(対象者を定めた場合のみ) □虐待防止のための措置 □その他 □根拠法令が適切に記載となっているか □略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか □記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 9 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第23号 | ○ ※共生型の場合省略可 | □苦情申し立ての窓口が記載されているか □真摯に対応するよう内容となっているか |
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | □別記様式第5号 □別記様式第5号(別紙1-2) □資格証の写し □勤務実態が分かる書類(雇用契約書の写し等) | ○ 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 | □適切な人員配置が確保されているか □前年度平均数は、別記様式第5号(別紙1-2)と合致するか □看護職員については、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか □勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか □職員の兼務に問題はないか □事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか □加算の算定要件を満たしているか □雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| 11 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容 | □協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出してれば省略可 | □契約期間の更新が可能か □事業所と医療機関の距離は適切か(車で概ね30分以内) |
| 12 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書) | □別記様式第24号 | ○ | □押印は、法人代表印によるものか □管理者又は準ずる者が、暴力団排除条列に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | □別記様式第19号 □事業計画書 □利用契約書 □重要事項説明書 □収支予算書 □関係機関への届出状況を確認できるもの □別記様式第4号 □別記様式第4号別紙1 □加算に係る各別紙 (共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの □指令書の写し □母体となるサービスに係る記載事項 □共生型サービス指定に係る確認票(参考様式) | ○ ○ ○ ○ ○ 前回提出時より変更がなければ省略可 ○ ○ | 別記様式第19号(主たる対象者を特定する理由) □記載内容が別記様式第12号と合致するか □特定理由は合理的か 事業計画 □記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか □1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか □利用者にとって、不当な内容が含まれていないか 利用契約書 □記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか □利用者にとって、不当な内容が含まれていないか □個人情報の提供について同意を得ているか □契約者は法人代表か(代表でなければ制限は委譲されているか) 重要事項説明書 □記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか □利用者にとって、不当な内容が含まれていないか □利用者負担やサービス内容が明示されているか 収支予算書 □障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか □収入及び支出の見込みは適切か □建築物等検査済書があるか □消防用設備等検査済書があるか ※検査済書がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類(協議書等)があるか 事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 □届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか □別紙1(体制等状況一覧表)は障がい改正後のものか □別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか □算定するか算定は要件を満たしているか □算定するか算定について添付資料が揃っているか (共生型の場合のみ)母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの □母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか。 介護保険法の「通所介護」「地域密着型通所介護」 「小規模多機能型居宅介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」 「看護小規模多機能型居宅介護」 □母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか □従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか □指定自立訓練(機能訓練)事業所その他の関係施設から技術的支援を受けているか |

指定申請書類のチェック表（自立訓練（生活訓練））※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|--|-------------------------------------|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練を行う場合は、上記の設備の他に居室及び浴室を設けているか <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3㎡を確保しているか （目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要な㎡数は増減する） 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 多目的室 <input type="checkbox"/> 多目的室の広さは適切か 居室（宿泊型自立訓練を行う場合に限る） <input type="checkbox"/> 居室面積が収納設備を除き、7.43㎡以上となっているか <input type="checkbox"/> 居室の定員は1人となっているか 浴室（宿泊型自立訓練を行う場合に限る） <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか |
| | 設備の概要 | □別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 6 | 利用者の推定数 | □別記様式第13号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独:20人 多機能:6人） <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第13号と合致するか |
| 7 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 ※共生型の場合、サービス管理責任者未配置でも減算は行わない。 | □別記様式第22号 | ○ | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか |
| | | □別記様式第26号 | ○ | |
| | | □研修修了証の写し | ○ | |
| | | □資格証の写し | ○ | |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|---|----------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| 8 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 9 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第23号 | ○ ※共生型の場合省略可 | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-2） | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙2-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 看護職員については、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 地域移行支援員を配置しているか（宿泊型自立訓練を行う場合に限る） <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 11 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容 | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | ○ 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内） |
| 12 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条列に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第13号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ制限は委譲されているか） |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙（共生型の場合のみ） | ○ | 事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は随時改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |
| | | <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式） | ○ | （共生型の場合のみ）母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか。 介護保険法の「通所介護」「地域密着型通所介護」「小規模多機能型居宅介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「看護小規模多機能型居宅介護」 <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 指定自立訓練（生活訓練）事業所その他の関係施設から技術的支援を受けているか |

指定申請書類のチェック表（就労系（就労移行支援、就労継続支援））
 ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|--|--|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | | | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 | ○ | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 定款 (就労継続支援A型を行う場合に限る) | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 <input type="checkbox"/> 定款 (就労継続支援A型を行う場合に限る) | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労移行支援事業」「就労継続支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労移行支援事業」「就労継続支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋のm数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3m ² を確保しているか （目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要なm数は増減する） <input type="checkbox"/> 野外作業を予定している場合は、十分な広さを確保しているか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 多目的室 <input type="checkbox"/> 多目的室の広さは適切か |
| | 設備の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 6 | 利用者の推定数 連携する公共職業安定所 その他関係機関の名称 (就労移行支援を行う場合に限る) | <input type="checkbox"/> 別記様式第14号 (就労移行支援) 又は <input type="checkbox"/> 別記様式第15号 (就労継続支援) | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式(附表)は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業員の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか <input type="checkbox"/> 就労移行支援・・・単独：20人 多機能：6人 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型・・・単独：10人 多機能：10人 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型・・・単独：20人 多機能：10人 <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「定員×0.9」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第14号又は別記様式第15号と合致するか |
| 7 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | <input type="checkbox"/> 別記様式第22号 <input type="checkbox"/> 別記様式第26号 <input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 資格証の写し | ○ 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 | 経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (サービス管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|--|--------------------|--|
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| 8 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 9 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第23号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-2） | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 11 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容 | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内） |
| 12 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第14号又は15号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間の行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 指定後約5年間、事業を適切に実行できる計画となっているか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ都府県は委譲されているか） |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 福祉会計と就労会計とが区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か <input type="checkbox"/> 指定後約5年間、事業を適切に実行できる計画となっているか |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は申請記載後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |

指定申請書類のチェック表（就労定着支援） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------|---|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書、条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労定着支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「就労定着支援事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 相談室 □洗面所・便所 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備（事務室等） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか（定着支援の設備は兼用することができる） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか |
| | 設備の概要 | □別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 6 | 利用者の推定数 | □別記様式第29号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 開設当初における前年度の平均利用者数は、「過去3年間（例：平成30年4月指定の場合平成27年4月～平成30年3月までの間）（就労期間が6ヶ月に達した者×0.7）」になっているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか（対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 別紙が提出されており、指定要件の「過去3年間（例：平成30年4月指定の場合平成27年4月～平成30年3月までの間）（就労定着者（定着期間は問わない）が最低3名以上）」いるか <input type="checkbox"/> 上記就労定着者の就労期間証明書又は在職証明書が最低3人分あるか <input type="checkbox"/> クローズドで就労の場合は雇用契約書の写し、給与の振込みなど |
| | | □別記様式第29号別紙 | | |
| | | □指定要件を満たす就労定着者の就労期間証明書（全員分） | | |
| 7 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第22号 | ○ | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか（サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか |
| | | □別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |

| | | | | |
|----|-----------------------------------|--|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | <input type="checkbox"/> 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れているか（有効期間5年） 実務経験証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| 8 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 9 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第23号 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-2） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 新規指定から半年未満 過去3年間（例：平成30年4月1日指定の場合 平成27年4月1日～平成30年3月31日までの間）に就労期間が6か月に達した者の数×70%÷40 <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処置職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | <input type="checkbox"/> 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | <input type="checkbox"/> 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 11 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容 | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | <input type="checkbox"/> 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内） |
| 12 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | <input type="checkbox"/> | 別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第29号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | <input type="checkbox"/> | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | <input type="checkbox"/> | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ都限りは委譲されているか） |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | <input type="checkbox"/> | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | <input type="checkbox"/> | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | <input type="checkbox"/> | 事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は随筆改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |

指定申請書類のチェック表（自立生活援助） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|--|-------------------------------------|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 申請者の指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定相談支援事業者の別提供している指定障害福祉サービスの種類、名称、所在地 | □別記様式第30号 | ○ | 別記様式第30号（付表） <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の氏名・住所が、サービス提供責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> サービス内容が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか |
| 6 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 事業に必要な備品等を確保しているか （特に感染症予防に必要な設備に配慮する） |
| 7 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第22号 | ○ ※共生型の場合省略可 | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか 以下のいずれかを満たすこと <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修の1級課程修了者 <input type="checkbox"/> 居宅介護従業者養成研修の2級課程修了者であって、3年以上介護等の業務に従事した者 <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 8 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 9 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第23号 | ○ ※共生型の場合省略可 | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |

| | | | | |
|----|--------------------------------|--|--------------------|--|
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号(別紙1-2) | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はなにか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間常勤が、常勤換算に含まれているか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実能が分かる書類(雇用契約書の写し等) | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 11 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書) | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条列に規定する者ではないか |
| 12 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第6号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ都限は委譲されているか) |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みが適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は障別記載後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |

指定申請書類のチェック表（共同生活援助） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|-------------------------------------|--|-------------------|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | | | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 | ○ | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 住宅地又は住宅地と同程度に利用者の家族や地域住民との交流が確保される地域にあるか <input type="checkbox"/> 入所施設又は病院の敷地外にあるか <input type="checkbox"/> 居室は設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 収納設備等を除き、7.43㎡以上確保しているか <input type="checkbox"/> ユニットは設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 風呂 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 洗面所 <input type="checkbox"/> 台所 等の日常生活を送る上で必要な設備 (サテライト型以外の共同生活住居のユニットの場合) <input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 食堂 等の利用者が相互交流を図ることができる設備 <input type="checkbox"/> 各部室の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 設備は利用者の特性に応じたものであるか |
| | 設備の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 日常生活を営む上で必要な設備があるか |
| 6 | 利用者の推定数 | <input type="checkbox"/> 別記様式第11号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式(付表)は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> サービス提供形態は、適切か <input type="checkbox"/> 協力医療機関及び協力医療歯科が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第11号と合致するか |
| 7 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | <input type="checkbox"/> 別記様式第22号 | ○ | 経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (サービス管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか(有効期間5年) |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類(雇用契約書の写し等) | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| 8 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 入居定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者(対象者を定めた場合のみ) <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |

| | | | | |
|----|---|--|--------------------|--|
| 9 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第23号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号(別紙1-2) | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類(雇用契約書の写し等) | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 11 | 受託居宅介護サービス事業者が事業を行う事業所の名称、所在地並びに当該事業者の名称及び所在地 | <input type="checkbox"/> 受託居宅介護サービス事業者との委託契約書の写し等 | | <input type="checkbox"/> 契約内容は適切か <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か |
| 12 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容(協力歯科医療機関含む) | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か(車で概ね30分以内) |
| 13 | 関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第11号 | | |
| 14 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書) | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条項に規定する者ではないか |
| 15 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第11号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ専任は委譲されているか) |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類(協議書等)があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙2 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る訓練等給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は詳細改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |

指定申請書類のチェック表（障害者支援施設）

※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|-------------------------------------|--|---|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | | | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | <input type="checkbox"/> 様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 施設の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害者支援施設」を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害者支援施設」を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 提供する施設障害福祉サービスの種類（施設入所支援を除く） | | | <input type="checkbox"/> 以下にあるいずれかの障害福祉サービスを行っているか <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 |
| 6 | 事業所の平面図 | <input type="checkbox"/> 別記様式第20号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 洗面所、便所 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> 廊下幅は1.5m以上確保しているか <input type="checkbox"/> 中廊下（利用者が日常生活で使用する廊下）は1.8m以上確保しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （昼間実施サービスを複数実施する場合、支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用することができる） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 訓練・作業室 <input type="checkbox"/> 広さの目安として、成人1人当たり3.3㎡を確保しているか （目安であり、車いす利用者の有無や、日中活動の内容によって必要な㎡数は増減する） 居室 <input type="checkbox"/> 居室の定員は、4人以下となっているか <input type="checkbox"/> 1人当たりの床面積は、収納設備を除き、9.9㎡以上となっているか 食堂 <input type="checkbox"/> 食事の提供に支障がない広さを確保してあるか 浴室（宿泊型自立訓練を行う場合に限り） <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか |
| | 設備の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第21号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 7 | 利用者の推定数 | <input type="checkbox"/> 別記様式第16号（3枚組み） <input type="checkbox"/> 別記様式第14号（就労移行支援のみ） | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか （昼間実施サービス：20人以上、施設入所支援：30人以上） <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか （対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい） <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 協力歯科医療機関が、契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第18号が添付されているか <input type="checkbox"/> 別記様式第18号の内容は、別記様式第16号と合致するか <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスの記載は適当か <input type="checkbox"/> 居室面積、廊下幅は設備基準を上回っているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか |
| 8 | 管理者及びサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | <input type="checkbox"/> 別記様式第22号 <input type="checkbox"/> 別記様式第26号 <input type="checkbox"/> 研修修了証の写し <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 前回提出時より変更がなければ省略可 | 経歴書（管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （サービス管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか |

| | | | | |
|----|---|--|-------------------|---|
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| 9 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 提供する施設障害福祉サービスの種類 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスの営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> サービスの種類毎の利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 昼間実施サービスの実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 10 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第23号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 11 | 従業者の勤務の体制、勤務形態（提供する施設障害福祉サービスごと） | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号（別紙1-1, 又は1-2） | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 昼勤・夜勤職員の人数を確認可能な資料が提出されているか（勤務形態一覧表や、任意のシフト表等で確認する） <input type="checkbox"/> 前年度平均数は、別記様式第5号（別紙1-1, 又は1-2）と合致するか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員に兼務の問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更した人員のみ必要 | |
| 12 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約の内容（協力歯科医療機関含む） | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | 1年以上以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内） |
| 13 | 運搬する公共職業安定所その他関係機関の名称（就労移行支援を行う場合に限る） | <input type="checkbox"/> 別記様式第16号 | | |
| 14 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | <input type="checkbox"/> 別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準する者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 15 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第16号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 指定後約5年間、事業を適切に実行できる計画となっているか（就労移行支援又は就労継続支援を行う場合のみ必要） |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ都限は委譲されているか） |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か <input type="checkbox"/> 指定後約5年間、事業を適切に実行できる計画となっているか（就労移行支援又は就労継続支援を行う場合のみ必要） |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る介護給付費等の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は経緯改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |

指定申請書類のチェック表（地域相談支援） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|-------------------------------------|------------------------|--------------------|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第1号 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称、主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定一般相談支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害福祉サービス事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第20号 | ○ | □サービスの提供を行うための設備が確保されているか |
| 6 | 管理者及び相談支援専門員の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第22号 | ○ | 経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覽表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (相談支援専門員) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第26号 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類(雇用契約書の写し等) | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 7 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 根拠法令(適切な記載となっているか) <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 8 | 利用者又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第23号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 9 | 従業者の勤務の体制勤務形態 | □別記様式第5号 | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 1人以上専従の相談支援専門員を配置しているか (業務に支障がない場合を除く) <input type="checkbox"/> 勤務形態一覽表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題ないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類(雇用契約書の写し等) | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 10 | 法第36条第3項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書) | □別記様式第24号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 11 | その他指定に関し必要と認める事項 | □別記様式第17号 | ○ | 別記様式第17号 <input type="checkbox"/> 別記様式(付表)は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 相談支援専門員が、勤務形態一覽表の氏名と合致するか <input type="checkbox"/> 営業日、営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | 別記様式第19号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第16号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ権限は委譲されているか） |
| | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | <input type="checkbox"/> 別記様式第4号 <input type="checkbox"/> 別記様式第4号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る相談支援給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は特種改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |

指定申請書類のチェック表（児童発達支援） ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|--|-------------------------------------|--|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第3号の5 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称 主たる事務所の所在地、 代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第15号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> センター以外（指導訓練室、その他運営に必要な設備） <input type="checkbox"/> センター（□指導訓練室 □遊戯室 □調理室 □便所） 重心（□野外遊戯室 □医務室 □相談室） 知的（□静養室） 難聴児（□聴力検査室） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> 車いすの利用者が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 指導訓練室 <input type="checkbox"/> 1人当たり2.47㎡以上を確保しているか 遊戯室 <input type="checkbox"/> 1人当たり1.65㎡以上を確保しているか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 洗面所・便所 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか |
| | 設備の概要 | □別記様式第16号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 6 | 利用者の推定数 | <input type="checkbox"/> 別記様式第7号（児童発達支援センター） 又は <input type="checkbox"/> 別記様式第8号（児童発達支援センター以外） | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員を満たしているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第18号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第14号が添付されているか |
| 7 | 管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 ※共生型の場合、児童発達支援管理責任者未配置でも減算は行わない。 | □別記様式第17号（経歴書） | ○ ※共生型の場合省略可 | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （児童発達支援管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第21号（実務経歴証明書） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|---|-------------------------|--|
| 8 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 9 | 障害児又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第18号 | ○ ※共生型の場合省略可 | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第6号（勤務形態一覧表） | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 看護師は、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | ○ 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | ○ 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 11 | 法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 12 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第22号 | ○ | 別記様式第22号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第7号又は第8号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | ○ 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内） |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ都府県は委譲されているか） |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | ○ 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか <input type="checkbox"/> ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は随時改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |
| （共生型の場合のみ） 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票（参考様式） | ○ | （共生型の場合のみ）母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 重症心身障害児対象事業所以外の事業所となっているか <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか 介護保険法の「通所介護」「地域密着型通所介護」 「小規模多機能型居宅介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」 「看護小規模多機能型居宅介護」 障害者総合支援法の「生活介護」 <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 障害児入所施設その他の関係施設から技術的支援を受けているか | | |

指定申請書類のチェック表（医療型児童発達支援）

※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|------------------------|-------------------|---|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第3号の5 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称 主たる事務所の所在地、 代表者の氏名、生年月日、 住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか |
| 5 | 医療法第7条の許可を受けた診療所であることを証する書類 | □許可証等の写し | ○ | |
| 6 | 事業所の平面図 | □別記様式第15号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 医療法に規定する診療所としての設備 □指導訓練室 <input type="checkbox"/> 野外訓練場 □相談室 □調理室 □浴室 □便所 <input type="checkbox"/> 階段の傾斜は緩やかにしているか <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> 車いすの利用者が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用することができる） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 相談室 <input type="checkbox"/> 間仕切り等が設置され、相談内容が外部に漏れないよう配慮されているか 浴室・便所 <input type="checkbox"/> 手すり等身体機能の不自由を助ける設備を設置しているか |
| | 設備の概要 | □別記様式第16号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 7 | 利用者の推定数 | □別記様式第9号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員を満たしているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第18号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第14号が添付されているか |
| 8 | 管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第17号（経歴書） | ○ | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しか添付されているか （児童発達支援管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか （勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか （有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第21号（実務経歴証明書） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------|--|
| 9 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 10 | 障害児又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第18号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 11 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第6号(勤務形態一覧表) | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 看護職員は、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類(雇用契約書の写し等) | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 12 | 法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書) | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第22号 | ○ | 別記様式第22号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第9号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か(車で概ね30分以内) |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ権限は委譲されているか) |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか <input type="checkbox"/> ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類(協議書等)があるか |
| <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は申請改正後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか | | |

指定申請書類のチェック表（放課後等デイサービス）※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|--|-------------------------------------|---|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第3号の5 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称 主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 又は <input type="checkbox"/> 条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 ※共生型の場合省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第15号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 指導訓練室 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備 <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> 車いすの利用者が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 他のサービスとの兼用に問題はないか （多機能型事業所は支障がない限り、訓練・作業室以外の設備は兼用可） <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか <input type="checkbox"/> 設備は利用者の特性に応じたものであるか |
| | 設備の概要 | □別記様式第16号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 6 | 利用者の推定数 | □別記様式第10号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独：10人） <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第18号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第14号が添付されているか |
| 7 | 管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 ※共生型の場合、児童発達支援管理責任者未配置でも減算は行わない。 | □別記様式第17号（経歴書） | ○ ※共生型の場合省略可 | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しか添付されているか（児童発達支援管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第21号（実務経験証明書） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 8 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 利用定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 9 | 障害児又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第18号 | ○ ※共生型の場合省略可 | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------|---|
| 10 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第6号(勤務形態一覧表) | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 基準上必要な直接処遇職員は、全員が、児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者か (機能訓練を行う場合は、機能訓練担当職員の数を、直接処遇職員数に含めることができる) <input type="checkbox"/> 児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者のうち半数以上は、児童指導員又は保育士か <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類(雇用契約書の写し等) | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 11 | 法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面(誓約書) | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条例に規定する者ではないか |
| 12 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第22号 | ○ | 別記様式第22号(主たる対象者を特定する理由) <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第10号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離が適切か(車で概ね30分以内) |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か(代表でなければ都府県は委譲されているか) |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類(協議書等)があるか |
| | | <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)は正確に改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1(体制等状況一覧表)の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか |
| (共生型の場合のみ) 母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 指令書の写し <input type="checkbox"/> 母体となるサービスに係る記載事項 <input type="checkbox"/> 共生型サービス指定に係る確認票(参考様式) | ○ | (共生型の場合のみ)母体となるサービスの指定を受けていることを確認できるもの <input type="checkbox"/> 重症心身障害児対象事業以外の事業所となっているか <input type="checkbox"/> 母体となるサービスは、以下のいずれかとなっているか 介護保険法の「通所介護」「地域密着型通所介護」「小規模多機能型居宅介護」「介護予防小規模多機能型居宅介護」「看護小規模多機能型居宅介護」 障害者総合支援法の「生活介護」 <input type="checkbox"/> 母体となるサービスの指令書の写し、及び母体となるサービスに係る記載事項が添付されているか <input type="checkbox"/> 従業者数及び床面積は既存サービスの基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 障害児入所施設その他の関係施設から技術的支援を受けているか | | |

指定申請書類のチェック表（居宅訪問型児童発達支援）
 ※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|------------------------|--------------------|---|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第3号の5 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称 主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「○○事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「○○事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第15号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか （ <input type="checkbox"/> 専用の区画 <input type="checkbox"/> その他運営に必要な設備） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか |
| 6 | 管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第17号（経歴書） | ○ | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （児童発達支援管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第21号（実務経歴証明書） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 7 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業員の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 8 | 障害児又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第18号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 9 | 従業員の勤務の体制、勤務形態 | □別記様式第6号（勤務形態一覧表） | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員は兼務に問題ないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |

| | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------|--|
| 10 | 法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | □別記様式第19号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条列に規定する者ではないか |
| 11 | その他指定に関し必要と認める事項 | □別記様式第23号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独：10人） <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第14号が添付されているか |
| | | □別記様式第22号 | ○ | 別記様式第22号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | □協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内） |
| | | □事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | □利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でないければ権限は委譲されているか） |
| | | □重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | □収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| □別記様式第5号 □別記様式第5号別紙1 □加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は随時改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか | | |

指定申請書類のチェック表（保育所等訪問支援）

※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|------------------------|--------------------|---|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第3号の5 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称 主たる事務所の所在地、代表者の氏名、生年月日、住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児通所支援事業」「〇〇事業」等を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか |
| 5 | 事業所の平面図 | □別記様式第15号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか （□専用の区画 □その他運営に必要な設備） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか |
| | 設備の概要 | □別記様式第16号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 6 | 管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第17号（経歴書） | ○ | 経歴書 （管理者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか （児童発達支援管理責任者） <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか（勤務形態一覧表を確認） <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか（有効期間5年） 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第21号（実務経歴証明書） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| 7 | 運営規程 | □運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 □従業者の職種・員数・職務内容 □営業日及び営業時間 □受領する費用の種類及びその額 □実施地域 <input type="checkbox"/> 留意事項 □緊急時対応 □虐待防止のための措置 □その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 8 | 障害児又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | □別記様式第18号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 9 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | □別記様式第6号（勤務形態一覧表） | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか □事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |

| | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--|-----------------|--|
| 10 | 法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | □別記様式第19号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条列に規定する者ではないか |
| 11 | その他指定に関し必要と認める事項 | □別記様式第11号 | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者の氏名・住所が、経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか（単独：10人） <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第23号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか <input type="checkbox"/> 多機能型事業所の場合は、別記様式第14号が添付されているか |
| | | □別記様式第22号 | ○ | 別記様式第22号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第11号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | □協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出していれば省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内） |
| | | □事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | □利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ都限は委譲されているか） |
| | | □重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | □収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| □別記様式第5号 □別記様式第5号別紙1 □加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る障害児通所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は随時改訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか | | |

指定申請書類のチェック表（障害児入所施設）

※ケースにより、追加書類の提出を要することがあります

| 省令に定める申請書等への記載事項又は届出事項 | | 左記の事項を記載した書類提出書類 | 更新時の要否 | チェック項目 |
|------------------------|--|--|-------------------|---|
| 1 | 事業所の名称、所在地 | □様式第3号の5 | ○ | <input type="checkbox"/> 申請日は、事業開始予定日の14日前になっているか <input type="checkbox"/> 申請者は法人か <input type="checkbox"/> 記載内容が登記と合致するか <input type="checkbox"/> 事業所の名称、所在地が添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 既に指定を受けている事業所等について、別紙に網羅されているか <input type="checkbox"/> 法人代表メールアドレスが記載されているか |
| 2 | 申請者の名称 主たる事務所の所在地、 代表者の氏名、生年月日、 住所、職名 | | | |
| 3 | 事業開始の予定年月日 | | | |
| 4 | 登記事項証明書 条例等 | □登記事項証明書 又は □条例等 | 前回提出時より変更がなければ省略可 | 登記事項全部証明書 <input type="checkbox"/> 原本が提出されているか <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児入所施設」を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか 条例等 <input type="checkbox"/> 目的又は事業内容に、「指定障害児入所施設」を運営する旨の記載があるか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第1号と合致するか |
| 5 | 医療法第7条の許可を受けた診療所であることを証する書類 (医療型の場合のみ) | □許可証等の写し | ○ | |
| 6 | 事業所の平面図 | □別記様式第15号 | ○ | <input type="checkbox"/> 設備基準を満たしているか <input type="checkbox"/> 福祉型障害児入所施設（ <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 静養室、 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 医療型障害児入所施設（ <input type="checkbox"/> 医療法に規定する病院としての設備 <input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 浴室） <input type="checkbox"/> 主として入所させる児童の区分に応じた設備（福祉型、医療型） <input type="checkbox"/> 設備基準上の名称で記載されているか <input type="checkbox"/> 各部屋の㎡数が記載されているか <input type="checkbox"/> サービス提供対象に肢体不自由が含まれる場合は、廊下幅等が車いすに対応しているか <input type="checkbox"/> 備品等を配置しても十分な広さを確保できるか <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業による混在がないか 居室（福祉型） <input type="checkbox"/> 1人当たり床面積4.95㎡以上を確保しているか |
| | 設備の概要 | □別記様式第16号 | ○ | <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであるか <input type="checkbox"/> 日中活動の支援内容に必要な設備が整備されているか |
| 7 | 利用者の推定数 | □別記様式第12号 (福祉型障害児入所施設) 又は □別記様式第13号 (医療型障害児入所施設) | ○ | <input type="checkbox"/> 別記様式（付表）は対象サービスのものが添付されているか <input type="checkbox"/> 記載内容が様式第3号の5と合致するか <input type="checkbox"/> 管理者の氏名・住所が、管理者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> サービス管理責任者の氏名・住所が、サービス管理責任者経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 従業員の職種・員数が、勤務形態一覧表と合致するか <input type="checkbox"/> 利用定員は最低定員を満たしているか <input type="checkbox"/> 営業日及び営業時間が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 主たる対象者が、運営規程と合致するか (対象者を特定しない場合は、運営規程に記載しなくともよい) <input type="checkbox"/> 主たる対象者を特定する場合は、別記様式第19号と合致しているか <input type="checkbox"/> 利用料及びその他の費用が、運営規程と合致するか <input type="checkbox"/> 苦情解決の措置概要が、別記様式第18号と合致するか <input type="checkbox"/> 協力医療機関が、協力医療機関との契約書と内容が合致するか |
| 8 | 管理者及び児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所、経歴 | □別記様式第17号 (経歴書) | ○ | 経歴書 (管理者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、管理者の業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件に合致するか <input type="checkbox"/> 資格の写しが添付されているか (児童発達支援管理責任者) <input type="checkbox"/> 氏名・住所が付表と合致するか <input type="checkbox"/> 経歴が、実務経歴証明書と合致するか <input type="checkbox"/> 兼務する場合は、業務に支障がないものとなっているか (勤務形態一覧表を確認) <input type="checkbox"/> 資格要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 資格の写しは添付されているか <input type="checkbox"/> 資格の写しの日付が、経歴書の資格取得年月日と合致するか <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修の有効期限は切れていないか (有効期間5年) 実務経歴証明書 <input type="checkbox"/> 内容が経歴書と合致するか <input type="checkbox"/> 実際の従事日数が1年当たり180日を超えているか |
| | | □別記様式第21号 (実務経歴証明書) | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □研修修了証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | □勤務実態が分かる書類 (雇用契約書の写し等) | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--------------------|---|
| 9 | 運営規程 | <input type="checkbox"/> 運営規程 | ○ | <input type="checkbox"/> 運営規程には以下の全項目が記載されているか <input type="checkbox"/> 目的及び運営方針 <input type="checkbox"/> 従業者の職種・員数・職務内容 <input type="checkbox"/> 入所定員 <input type="checkbox"/> 受領する費用の種類及びその額 <input type="checkbox"/> 留意事項 <input type="checkbox"/> 緊急時対応 <input type="checkbox"/> 非常災害対策 <input type="checkbox"/> 主たる対象者（対象者を定めた場合のみ） <input type="checkbox"/> 虐待防止のための措置 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 根拠法令は適切な記載となっているか <input type="checkbox"/> 略称を用いる場合は、読み替え規程が適切に置かれているか <input type="checkbox"/> 記載内容が、各添付資料と合致するか |
| 10 | 障害児又はその家庭からの苦情を解決する為に講ずる措置の概要 | <input type="checkbox"/> 別記様式第18号 | ○ | <input type="checkbox"/> 苦情申し立ての窓口が記載されているか <input type="checkbox"/> 真摯に対応するような内容となっているか |
| 11 | 従業者の勤務の体制、勤務形態 | <input type="checkbox"/> 別記様式第6号（勤務形態一覧表） | ○ | <input type="checkbox"/> 適切な人員配置が確保されているか <input type="checkbox"/> 看護師については、医療的ケアを要する利用者へ十分対応できる勤務時間が確保されているか <input type="checkbox"/> 勤務形態一覧表は、サービスの種類ごとに作成されているか <input type="checkbox"/> 職員の兼務に問題はないか <input type="checkbox"/> 事務員、栄養士、調理員、送迎員等の直接処遇職員以外の勤務時間が、常勤換算に含まれていないか <input type="checkbox"/> 加算の算定要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 雇用契約書等に、個人情報等の秘密保持の規定はあるか |
| | | <input type="checkbox"/> 資格証の写し | 前回提出時より変更がなければ省略可 | |
| | | <input type="checkbox"/> 勤務実態が分かる書類（雇用契約書の写し等） | 前回提出時より、変更した人員のみ必要 | |
| 12 | 法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面（誓約書） | <input type="checkbox"/> 別記様式第19号 | ○ | <input type="checkbox"/> 押印は、法人代表印によるものか <input type="checkbox"/> 管理者又は準ずる者が、暴力団排除条列に規定する者ではないか |
| 13 | その他指定に関し必要と認める事項 | <input type="checkbox"/> 別記様式第22号 | ○ | 別記様式第22号（主たる対象者を特定する理由） <input type="checkbox"/> 記載内容が別記様式第9号と合致するか <input type="checkbox"/> 特定理由は合理的か |
| | | <input type="checkbox"/> 協力医療機関との契約書の写し | 1年以内に提出していただければ省略可 | <input type="checkbox"/> 契約期間の更新が可能か <input type="checkbox"/> 事業所と医療機関の距離は適切か（車で概ね30分以内） |
| | | <input type="checkbox"/> 事業計画書 | ○ | 事業計画 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 1日の支援スケジュール及び年間行事の記載があるか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか |
| | | <input type="checkbox"/> 利用契約書 | ○ | 利用契約書 <input type="checkbox"/> 記載内容は、運営規程や重要事項説明書と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 個人情報の提供について同意を得ているか <input type="checkbox"/> 契約者は法人代表か（代表でなければ都根は委譲されているか） |
| | | <input type="checkbox"/> 重要事項説明書 | ○ | 重要事項説明書 <input type="checkbox"/> 記載内容が、運営規程等の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 利用者にとって、不当な内容が含まれていないか <input type="checkbox"/> 利用者負担やサービス内容が明示されているか |
| | | <input type="checkbox"/> 収支予算書 | ○ | 収支予算書 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの種類毎に区分されて会計されているか <input type="checkbox"/> 収入及び支出の見込みは適切か |
| | | <input type="checkbox"/> 関係機関への届出状況を確認できるもの | 前回提出時より変更がなければ省略可 | <input type="checkbox"/> 建築物等検査済書があるか <input type="checkbox"/> 消防用設備等検査済書があるか <input type="checkbox"/> ※検査済証がない場合、事業所の用途が確認できる書類、又はその他関係機関への届出状況がわかる書類（協議書等）があるか |
| <input type="checkbox"/> 別記様式第5号 <input type="checkbox"/> 別記様式第5号別紙1 <input type="checkbox"/> 加算に係る各別紙 | ○ | 事業に係る障害児入所給付費の請求に関する事項 <input type="checkbox"/> 届出者、事業所・施設の概要が他の添付書類と合致するか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）は障がい児訂後のものか <input type="checkbox"/> 別紙1（体制等状況一覧表）の記載に誤りはないか <input type="checkbox"/> 算定する加算は要件を満たしているか <input type="checkbox"/> 算定する加算について添付資料が揃っているか | | |

第5 変更届の提出書類(体制の変更の場合)

◎障害福祉サービス事業者等変更届出書一覧

【共通必須書類】

変更届（体制の変更に係るものに限り、給付費に係るものを含まない）提出の際には、必ず添付願います。

○変更申請書又は変更届出書

生活介護，就労A型，就労B型，障害者支援施設の定員を増加する場合 → 様式第2号（第3条関係）

生活介護，就労A型，就労B型，障害者支援施設の定員を増加する場合以外 → 様式第3号（第4条関係）

○指定に係る記載事項（サービスごとに指定された様式いずれか）：別記様式第6号～17，29，30号

○別記様式第18号及び別記様式第18号その2（多機能型事業所の場合のみ）

【個別必須書類】

各変更届提出の際には、必ず添付願います。

| 変更項目 | 提出書類 | 備考 |
|------------------------------|--|---|
| 事業所の名称 | 運営規程，重要事項説明書 | |
| 事業所の所在地 | 運営規程，重要事項説明書 別記様式第20号：平面図 別記様式第21号：設備・備品一覧 | 市又は郡を越える 所在地の変更の場合 ①現在運営している事業所の 廃止 ②移転先の事業所について 新規指定 |
| 申請者の名称 | 登記事項証明書等 | |
| 主たる事務所の 所在地 | 登記事項証明書等 | |
| 代表者の氏名 及び住所 | 登記事項証明書等 別記様式第24号：誓約書 | 業務管理体制の変更届についても 提出が必要 |
| 登記事項証明書 又は条例等 | 登記事項証明書等 又は 条例等 | |
| 平面図及び 設備の概要 | 別記様式第20号：平面図 （任意様式の平面図でも可） 別記様式第21号：設備・備品一覧 消防・建築の検査済証，確認済証等 （新築建物追加や移転の場合等，必要に応じて） | ・各部屋の名称は、設備基準上 の名称に合わせること ・各部屋の㎡数が記載されて いること |
| 管理者 | 別記様式第22号：経歴書 別記様式第26号：実務経験証明書 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第24号：誓約書 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号別紙1：算出表 | ・管理者の要件を満たしているか （福祉業務2年以上， 社会福祉主事等） ・履歴書と実務経験証明書の整合性 ・勤務状況 ・誓約書が添付されているか |
| サービス提供責任者 及び サービス管理責任者 | 別記様式第22号：経歴書 別記様式第26号：実務経験証明書 研修修了証の写し 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号別紙1：算出表 | ・要件を満たしているか ・履歴書と実務経験証明書の整合性 ・勤務状況 |

| | | |
|---------------------------------|---|--|
| 相談支援専門員の氏名及び住所 | 別記様式第6号～18号：指定に係る記載事項 別記様式第22号：経歴書 別記様式第26号：実務経験証明書 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号別紙1：算出表 | ・地域移行支援，地域定着支援 |
| 主たる対象者 | 別記様式第6号～18号：指定に係る記載事項 別記様式第19号：主たる対象者特定する理由等 運営規程，重要事項説明書 | ・各資料との整合性 |
| 運営規程 | 運営規程，重要事項説明書 変更箇所の分かるもの （任意様式の新旧対照表等） 別記様式第5号：勤務形態一覧表 （必要に応じて） 別記様式第5号別紙1 （勤務形態一覧表提出時のみ） | ・必要な事項が全て記載されているか ・他の資料との整合性 ・徴収金額が明記されているか |
| 給付費の算定に係る届出書 | 別記様式第4号 別記様式第4号別紙1 別記様式第4号別紙2（共同生活援助のみ） 各加算で必要な様式 | ・届出年月日と変更年月日に注意 ・詳細については「変更届の提出書類（給付費関係の変更の場合）」参照 |
| 事業所の種別 （併設型・空床型・単独型） | 別記様式第20号：平面図 （任意様式の平面図でも可） 運営規程，重要事項説明書 | ・短期入所 |
| 併設型における利用定員数 空床型・単独型における入所定員 | 運営規程，重要事項説明書 | ・短期入所 |
| 協力医療機関に係る変更 | 医療機関との契約書等の写し 運営規程，重要事項説明書 | |
| 障害者支援施設との連携体制 及び支援の体制の概要 | 別記様式第9号，11号：指定に係る記載事項 | ・GH，短期入所 |
| 併設する施設の概要 | 別記様式第20号：平面図 （任意様式の平面図でも可） | ・短期入所 |
| 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要 | 別記様式第20号：平面図 （任意様式の平面図でも可） | ・短期入所 |
| 定員の変更 | 別記様式第4号： 給付費算定に係る体制等届出書 別記様式第4号別紙1，別記様式第4号別紙2 （共同生活援助のみ）：体制等状況一覧表 各加算で必要な様式 別記様式第20号：平面図 運営規程，重要事項説明書 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号別紙1：算出表 （必要なサービスのみ） | 新規指定又は定員の変更があった場合の前年度利用者数 （新規指定等してから） ～6か月 定員の9割 6か月～1年 直近6か月の利用者数 1年～3月31日 直近1年間の利用者数 4月1日～ 前年度の平均利用者数 |

◎障害児通所支援・障害児入所施設変更届出書一覧

【共通必須書類】

変更届（体制の変更に係るものに限る、給付費に係るものを含まない）提出の際には、必ず添付願います。

○変更届出書：様式第3号の6（第2条の4関係）

○指定に係る記載事項（サービスごとに指定された様式いずれか）：別記様式第7号～13、23号

○別記様式第14号及び別記様式第14号その2（多機能型事業所の場合のみ）

【個別必須書類】

各変更届提出の際には、必ず添付願います。

| 変更項目 | 添付書類 | 備考 |
|---------------------------|---|--|
| 事業所の名称 | 運営規程, 重要事項説明書 | |
| 事業所の所在地 | 運営規程, 重要事項説明書 別記様式第15号：平面図 別記様式第16号：設備・備品一覧 | 市又は郡を越える所在地の変更の場合 ①現在運営している事業所の廃止 ②移転先の事業所について新規指定 |
| 申請者の名称 | 登記事項証明書等 | |
| 主たる事務所の所在地 | 登記事項証明書等 | |
| 代表者の氏名及び住所 | 登記事項証明書等 別記様式第19号：誓約書 | 業務管理体制の変更届についても提出が必要 |
| 登記事項証明書又は条例等 | 登記事項証明書等 | |
| 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること | 開設許可証 | |
| 平面図及び設備の概要 | 別記様式第15号：平面図 （任意様式の平面図でも可） 別記様式第16号：設備・備品一覧 消防・建築の検査済証, 確認済証等 （新築建物追加や移転の場合等, 必要に応じて） | ・各部室の名称は、設備基準上の名称に合わせる事 ・各部室の㎡数が記載されていること |
| 管理者 | 別記様式第17号：経歴書 別記様式第21号：実務経歴証明書 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第19号：誓約書 別記様式第6号：勤務形態一覧表 | |
| 児童発達支援管理責任者 | 別記様式第17号：経歴書 別記様式第21号：実務経歴証明書 研修修了証の写し 資格の写し（必要に応じて） 別記様式第6号：勤務形態一覧表 | |
| 主たる対象者 | 別記様式第22号：主たる対象者特定する理由等 運営規程, 重要事項説明書 | |
| 運営規程 | 運営規程, 重要事項説明書 変更箇所分かるもの（任意様式の新旧対照表等） 別記様式第6号：勤務形態一覧表（必要に応じて） | |
| 障害児（入所・給付）費の算定に関する事項 | 別記様式第5号：給付費算定に係る体制等届出書 別記様式第5号別紙1：体制等状況一覧表 各加算で必要な様式 | |
| 協力医療機関に係る変更 | 医療機関との契約書等の写し 運営規程, 重要事項説明書 | |

第6 変更届の提出書類(給付費関係の変更の場合)

◎福祉・介護職員処遇改善加算等の取扱いについて

福祉・介護職員処遇改善加算及び福祉・介護職員処遇改善特別加算については、別に年度ごとに届出をする必要があります。各要件については、厚生労働省の通知（「福祉・介護職員処遇改善加算等に関する基本的考え方並びに事務処理手順及び様式例の提示について」（令和3年3月25日障障発0325第1号））を御確認ください。

◎訪問系サービス（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護）

必須書類：別記様式第4号、別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|----------------|---|---------------------------------------|--|
| 2人の従業者により行った場合 | 2人の従業者によりサービスを行うことに利用者の同意を得ている場合であって、以下のいずれかの要件を満たすこと ・障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難な場合 ・暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合 ・その他上記に準ずると認められる場合 | - | |
| 夜間早朝・深夜加算 | ・夜間又は早朝にサービスを提供した場合に加算 ・深夜にサービスを提供した場合に加算 | - | 居宅介護、重度訪問介護、同行援護のみ |
| 特定事業所加算 | 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅳ）の各加算要件を満たす | 別紙3 各要件についての 根拠資料 | |
| 特別地域加算 | 中山間地域等に居住している利用者に障害福祉サービスを行う | - | |
| 緊急時対応加算 | ・利用者等からの要請で、計画で訪問することとなっていない居宅介護を緊急で行った場合 ・市町村により地域生活支援拠点等として位置づけられていることを届け出た事業所についてはさらに加算を算定する | 地域生活支援拠点等として位置づけられていることが分かる書類（必要に応じて） | 要請のあった時間、内容、提供時刻、緊急対応加算の対象である旨を記載する |
| 初回加算 | 新規利用者に対して、サービス提供責任者が初回若しくは初回の指定居宅介護を行った日の属する月にサービス提供を行った場合又は同行した場合 | - | |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 喀痰吸引等支援体制加算 | 喀痰吸引等が必要な者に対して、登録特定行為事業者の認定特定行為業務従事者が喀痰吸引等を行う | - | |
| 福祉専門職員等連携加算 | サービス提供責任者が社会福祉士等に同行し、使用者の心身の状況等の評価を共同で行い、かつ連携して居宅介護等を行った場合 | - | 居宅介護のみ |
| 移動介護加算 | 利用者に対して、外出時における移動中の介護を行う | - | 重度訪問介護のみ 実際の時間ではなく、個別支援計画に位置づけられた内容を行う為に要する標準的な時間を算定 |
| 移動介護緊急時支援加算 | 利用者を従業者自らが運転する車両に乗車させて走行させる場合に、当該車両を駐停車して、必要な支援を緊急に行った場合に算定 | - | ・重度訪問介護のみ ・一日に複数の事業者が同一利用者に対して、本加算を算定する場合には、事業者それぞれ所定単数を算定する。 |
| 行動障害支援連携加算 | サービス提供責任者が「支援計画シート」及び「支援手順書」の作成者に同行し、利用者の心身の状況等の評価を共同で行い、かつ連携して重度訪問介護等を行った場合 | - | 重度訪問介護のみ |
| 行動障害支援指導連携加算 | 「支援計画シート」等の作成者が、重度訪問介護等のサービス提供責任者に同行し、利用者の心身の状況等の評価を共同で行い、かつサービス提供責任者に対して作成者が指導及び助言を行った場合 | - | 行動援護のみ |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎療養介護

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|-------------------|--|--|---|
| 地域移行加算 | (1回目) 入院期間が1月を越えると見込まれる利用者について、退院に先立って退院後生活に関して、相談援助等を行った場合、2回を限度に算定する (2回目) 退院後30日以内に居宅を訪問して、相談援助等を行った場合、1回を限度に加算を算定する | - | 訪問した際の記録を残すこと (日時、訪問者、相談援助の内容等) 立ち話程度の相談援助は算定不可 |
| 福祉専門職員配置等加算 | (Ⅰ) 有資格者35%以上 (Ⅱ) 有資格者25%以上 (Ⅲ) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-1)：算出表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7 | |
| 人員配置体制加算 | (Ⅰ) 常勤換算で「1.7：1」 (Ⅱ) 常勤換算で「2.5：1」 | 別紙5-1 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-1)：算出表 | (Ⅰ)は経過的療養介護サービス費(Ⅰ)を算定している場合に算定可能 (Ⅱ)は療養介護サービス費(Ⅱ)を算定している場合に算定可能 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算 | 障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、利用者の状況、内容等を記録する | - | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎生活介護

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|------------------|---|--|--|
| 医師未配置減算 | 看護師等により利用者の健康状態が把握され、通院等により対応が可能であること | 別紙36 看護師免許の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 | 対応可能な職員の配置状況 |
| サービス管理責任者配置等加算 | ・共生型生活介護事業所であること ・サービス管理責任者を1名以上配置していること ・地域に貢献する活動を行っていること | 別紙44 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-1)：算出表 | 共生型のみ |
| 人員配置体制加算 | (Ⅰ) 常勤換算で「1.7:1」かつ区分5・6が60%以上 (Ⅱ) 常勤換算で「2:1」かつ区分5・6が50%以上 (Ⅲ) 常勤換算で「2.5:1」 | 別紙5-2 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-1)：算出表 | 多機能型は、サービス毎の定員区分で算定する |
| 福祉専門職員配置等加算 | (Ⅰ) 有資格者35%以上 (Ⅱ) 有資格者25%以上 (Ⅲ) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-1)：算出表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7 | 多機能型は、全サービスの合計で算定する |
| 常勤看護職員等配置加算 | (Ⅰ) 常勤換算方法で1以上の看護職員を配置している (Ⅱ) 常勤換算方法で2以上の看護職員を配置しており、スコア表に掲げるいずれかの医療行為を必要とする利用者がある。 (Ⅲ) 常勤換算方法で3以上の看護職員を配置しており、スコア表に掲げるいずれかの医療行為を必要とする利用者が2人以上いる。 | 別紙20 看護師免許の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-1)：算出表 (Ⅱ)(Ⅲ)：医師の指示書等の写し | 看護職員：看護師、准看護師、保健師 単位毎に必要 |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が30%以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されていること | 別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-1)：算出表 | |
| 初期加算 | 利用開始日から起算して30日以内の期間について加算 | - | 暦日で30日以内となる |
| 訪問支援特別加算 | 5日以上連続して利用がなかった場合に、利用者の同意を得た上で、居宅を訪問し、連絡調整又は事業所の継続使用の働きかけ、個別支援計画の見直し等の支援を行うこと(月に2回を限度とする) | 別紙39 | ・訪問した際の記録を残すこと (日時、訪問者、相談援助の内容等) ・個別支援計画にて利用者から同意を得ること ・所要時間は、個別支援計画に基づいて行われるべき支援に要する時間 |
| 欠席時対応加算 | 急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日、又は当日に中止の連絡があり、相談援助を行った場合、月4回を限度として加算 | - | 連絡があった内容について記録する (日時、相手方、欠席する日付、欠席理由、相談援助の内容) キャンセル料の徴収は行わない(食材料費に対するキャンセル料を除く) |
| 重度障害者支援加算 | (Ⅰ) 人員配置体制加算(Ⅰ)及び常勤看護職員等配置加算(Ⅲ)を算定している場合に、当該加算の要件となる人員配置を超えて、常勤換算方法で生活支援員又は看護職員を配置した場合に算定 (Ⅱ)については下記のとおり (1) 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者又は行動援護従業者養成研修修了者により支援計画シート等の作成を行う体制を整えていること(7単位加算) (2) (1)を算定している事業所において、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者を加配するとともに、支援計画シート等に基づき、強度行動障害者に対して日中に個別支援を行うこと(研修修了者1人当たりの利用者数が5を超える場合には、5を超える数については算定しない)(180単位加算) (3) (2)を算定している事業所において、算定開始から180日以内はさらに500単位加算 | 別紙37-4 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し) 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-1)：算出表 強度行動障害を有する利用者があることが分かる書類(Ⅱ)のみ | |

| | | | |
|-------------------|--|--|--|
| リハビリテーション加算 | <p>(I) 以下の要件を全て満たし、頸椎損傷による四肢の麻痺等の状態にある障害者に対して支援をした場合</p> <p>(II) 以下の要件を全て満たし、(I)以外の障害者に対して支援をした場合</p> <p>①医師、理学療法士等が共同して、利用者毎の実施計画を作成 ②実施計画に従い支援を行い、利用者の状態を定期的に記録する ③2週間～3月毎に、実施計画の評価を行い、必要に応じて見直しを行う ④職員に対し、リハビリテーションの観点から、留意事項や介護の工夫等の伝達を行う</p> | 別紙10 | リハビリテーション実施計画に相当する内容を個別支援計画に記載する場合は、それをもって作成に代えることができる |
| 利用者負担上限額加算 | 利用者負担額合計額の管理を行うこと | - | |
| 食事提供体制加算 | <p>(原則) 施設内の設備で調理した食事を提供すること (例外) 衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託していること</p> | 別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等 | (例外) ・要望が反映できる契約になっているか ・配達されてから配膳するまでの衛生管理 |
| 延長支援加算 | 営業時間が8時間以上の事業所が、時間外にサービス提供を行うこと | 別紙11 個別支援計画書の写し | 個別支援計画書に、延長支援についての記載があるか |
| 送迎加算 | <p>①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (I) いずれも該当 (II) いずれかに該当 送迎(重度) 区分5・6、又はそれに準ずる者が60%以上</p> | 別紙12-1 | <ul style="list-style-type: none"> ・送迎の記録を整備する ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算 | 障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、利用者の状況、内容等を記録すること | - | |
| 就労移行支援体制加算 | サービスを受けた後就労し、就労を継続している期間が6月に達した者が、前年度において1人以上いること | 別紙50 就労状況を証する書類 (在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分)等) | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎短期入所

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|-----------------------------|--|--|---|
| 基本報酬： 福祉型強化短期 入所サービス費 | 看護職員を常勤で1人以上配置し、レスピレーター管理等を要する者を受け入れた場合 | 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 | 共生型の場合も同様 |
| 福祉専門職員配 置等加算 | (共生型のみ) 地域に貢献する活動を行い、かつ従業者のうち社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師である従業者の割合が下記以上であること (1) 35% (2) 25% | 別記様式第6号：勤務 形態一覧表 資格証の写し 地域に貢献する活動の内 容が分かる書類 (任意様式) | 共生型のみ |
| 地域生活支援拠 点等 | 市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていること | 地域生活支援拠点等であ ることがわかる書類 | 共生型の場合も同様 |
| 短期利用加算 | 利用開始日から起算して30日以内の期間について加算 (1年につき30日を限度として算定) | - | - |
| 常勤看護職員等 配置加算 | 看護職員を常勤換算方法で1人以上配置すること (定員超過利用減算又は人員欠如減算算定中は算定不可) | 別紙20 | |
| 医療的ケア対応 支援加算 | 福祉型強化短期入所サービス費(又は共生型短期入所(福祉型強 化)サービス費)を算定している事業所で、レスピレーター管理 等を要する者にサービスを提供した場合 | - | |
| 重度障害児・障 害者対応支援加 算 | 福祉型強化短期入所サービス費(又は共生型短期入所(福祉型強 化)サービス費)を算定している事業所で、区分5・6又は障害 児支援区分3の利用者の数が、全体の50%以上である場合 | - | |
| 重度障害者支援 加算 | 重度障害者等包括支援の対象に相当する利用者であること (追加) 強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)修了者が支 援を行う | 別紙37-2 研修修了証の写し (受講予定者は、受講十 画の写し) 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 | |
| 単独型加算 | 単独型事業所において、指定短期入所を行う (加算)福祉型強化短期入所サービス費(Ⅱ)・(Ⅳ)又は福祉型強 化短期入所サービス費(Ⅳ)の算定対象となる利用者に対して、 18時間を超えて支援を行った場合 | 別記様式第9号 | |
| 医療連携体制加 算 | (Ⅰ)看護職員を訪問させ、医療的ケアに非該当の利用者に対し 看護を行う(1時間未満) (Ⅱ)看護職員を訪問させ、医療的ケアに非該当の利用者に対し 看護を行う(1時間以上2時間未満) (Ⅲ)看護職員を訪問させ、医療的ケアに非該当の利用者に対し 看護を行う(2時間以上) (Ⅳ)看護職員を訪問させ、医療的ケアに該当する利用者に対し 看護を行う(4時間未満：人数によって単位変動) (Ⅴ)看護職員を訪問させ、医療的ケアに該当する利用者に対し 看護を行う(4時間以上：人数によって単位変動) (Ⅵ)看護職員を訪問させ、高度な医ケアが必要な利用者に対し 看護を行う(8時間以上：人数によって単位変動) (Ⅶ)看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引 等に係る指導を行う (Ⅷ)認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う (Ⅸ)事業所に看護師を配置し、利用者に対する日常的な健 康管理、医療ニーズへの適切な対応がとれる等の体制を整備する | (Ⅸ)を算定する場合の み 別紙35 看護師免許又は契約書等 の写し 重度化した場合の対応 に関する指針 | ・ 予め医療機関等と委託契 約を締結すること ・ 原則、利用者の主治医か ら指示を受け、内容を書面 で残すこと ・ 指示の内容は個別支援十 画等に記載し、当該利用者 の主治医に定期的に報告す ること ・ 医療型短期入所サービ ス費又は医療型特定短期入 所サービス費を算定してい る場合は、算定しない |
| 栄養士配置加算 | (Ⅰ)常勤の(管理)栄養士が適切な食事管理を行う (Ⅱ)(管理)栄養士が適切な食事管理を行う | 別紙14 (管理)栄養士資格証の 写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 | ・ 別記様式第5号から、 (管理)栄養士の勤務形態 を確認する ・ 医療型短期入所サービ ス費又は医療型特定短期入 所サービス費を算定してい る場合は、算定しない |
| 利用者負担上限 額管理加算 | 利用者負担上限額合計額の管理を行う | - | |

| | | | |
|------------|---|--|--|
| 食事提供体制加算 | (原則) 施設内の設備で調理した食事を提供する (例外) 衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託している | 別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等 | 1日に複数回の食事提供を行っても、加算の算定は1回のみ |
| 緊急短期入所受入加算 | 居宅においてその介護を行う者の急病等の理由により、緊急に短期入所を受ける必要のある者に対して、サービスを緊急に行った場合に、利用開始日に限り、当該利用者のみ算定できる (Ⅰ) 福祉型短期入所サービス(共生型含む) (Ⅱ) 医療型短期入所サービス又は医療型特定短期入所サービス | - | |
| 定員超過特例加算 | 介護者の疾病等やむを得ない理由により居宅で介護を受けることができない、かつ利用開始日の前々日、前日、当日に事業所に対し利用の連絡があった利用者を受け入れ、定員を上回る利用者にサービスを提供した場合 | - | 10日を限度として算定 |
| 特別重度支援加算 | 医療型短期入所サービス費又は医療型特定短期入所サービス費を算定している事業所が、別に厚生労働大臣が定める者に対して、短期入所を行う | - | |
| 送迎加算 | 居宅等と短期入所事業所との間の送迎を行う | 別紙12 | ・送迎の記録を整備すること ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定 |
| 日中活動支援加算 | 医療型短期入所サービス費(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)又は医療型特定短期入所サービス費(Ⅰ)、(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)を算定する場合であって、指定特定相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所の相談支援専門員と連携し、当該相談支援専門員が作成したサービス等利用計画又は障害児支援利用計画において、医療型短期入所事業所における日中活動の提供が必要とされた利用者について、日中活動実施計画に基づき指定短期入所を行う場合に算定 | サービス等利用計画又は障害児支援利用計画 日中活動実施計画 | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎重度障害者等包括支援

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|------------------------|---|--|---|
| 2人の従業者により行った場合 | (居宅介護，重度訪問介護，同行援護又は行動援護を提供する場合のみ) 2人の従業者によりサービスを行うことに利用者の同意を得ている場合であって，以下のいずれかの要件を満たすこと ・障害者等の身体的理由により1人の従業者による介護が困難な場合 ・暴力行為，著しい迷惑行為，器物破損行為等が認められる場合 ・その他上記に準ずると認められる場合 | - | |
| 地域生活拠点等である事業所が支援を行った場合 | ・重度障害者等包括支援（居宅介護，重度訪問介護，同行援護，行動援護）を行った場合には，居宅介護の緊急時対応加算における取扱いに準じる ・重度障害者等包括支援（自立生活援助）を行った場合には，自立生活援助の緊急時支援加算における取扱いに準じる ・重度障害者等包括支援（短期入所）を行った場合には，短期入所の地域生活支援拠点等である場合の加算における取扱いに準じる | | |
| 特別地域加算 | 中山間地域等に居住している利用者に障害福祉サービスを行う | - | |
| 夜間早朝・深夜加算 | ・夜間又は早朝にサービスを提供した場合に加算 ・深夜にサービスを提供した場合に加算 | - | |
| 低所得者等支援加算 | (短期入所を提供する場合のみ) 低所得者等にサービスを提供する場合に加算 | - | 食事提供体制加算に相当する加算 |
| 喀痰吸引等支援体制加算 | (居宅介護，重度訪問介護，同行援護又は行動援護を提供する場合のみ) 認定特定行為業務従事者が，喀痰吸引等を行う | - | |
| 初回加算 | 利用開始月について，1月につき算定 | - | |
| 医療連携体制加算 | (Ⅰ) 看護職員を訪問させ，医療的ケアに非該当の利用者に対し看護を行う（1時間未満） (Ⅱ) 看護職員を訪問させ，医療的ケアに非該当の利用者に対し看護を行う（1時間以上2時間未満） (Ⅲ) 看護職員を訪問させ，医療的ケアに非該当の利用者に対し看護を行う（2時間以上） (Ⅳ) 看護職員を訪問させ，医療的ケアに該当する利用者に対し看護を行う（4時間未満：人数によって単位変動） (Ⅴ) 看護職員を訪問させ，医療的ケアに該当する利用者に対し看護を行う（4時間以上：人数によって単位変動） (Ⅵ) 看護職員を訪問させ，高度な医療ケアが必要な利用者に対し看護を行う（8時間以上：人数によって単位変動） (Ⅶ) 看護職員を訪問させ，認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (Ⅷ) 認定特定行為業務従事者が，喀痰吸引等を行う | - | ・ 予め医療機関等と委託契約を締結すること ・ 原則，利用者の主治医から指示を受け，内容を書面で残すこと ・ 指示の内容は個別支援計画等に記載し，当該利用者の主治医に定期的に報告すること |
| 送迎加算 | (短期入所を提供する場合のみ) 居宅等と短期入所事業所との間の送迎を行う | 別紙 12 | 同一敷地内の他事業所との間の送迎は，単位数の70%を算定 |
| 地域生活移行個別支援特別加算 | (共同生活援助を提供する場合のみ) 以下のいずれにも当てはまる ①社会福祉士又は精神保健福祉士の有資格者を配置していること ②支援に関係する研修を年1回以上行っていること ③保護観察所，更生保護施設，指定医療機関，精神保健福祉センターとの協力が整っていること | 別紙 15 資格証の写し 研修等の復命書 | |
| 精神障害者地域移行特別加算 | (共同生活援助を提供する場合のみ) 以下のいずれにも当てはまる ・主たる対象者に精神障害者を含む（運営規程に規定） ・社会福祉士，精神保健福祉士又は公認心理士等を1人以上配置 ・精神科病院退院1年以内の利用者（1年以上入院）に対して，有資格者が所定の支援を行う | 別紙 55 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 運営規程 資格証の写し | |
| 強度行動障害者地域移行特別加算 | (共同生活援助を提供する場合のみ) 以下の要件を満たし，入所施設等を退所して1年以内の強度行動障害者が，地域で生活するために必要な支援を行った場合 ・強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了し，修了証の交付を受けたサービス管理責任者又は生活支援員を1人以上配置 ・生活支援員のうち，強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了し，修了証の交付を受けた者の割合が20%以上 | 別紙 56 | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから，届出や請求を行ってください。

◎施設入所支援

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|------------------|--|---|---|
| 夜勤職員配置体制加算 | 前年度利用者数：40人以下 =夜勤2人以上 " : 40~60人以下 =夜勤3人以上 " : 61人以上 =夜勤3人+a | 別紙16 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 | 夜勤と宿直を区別する |
| 重度障害者支援加算（Ⅰ） | （体制）以下のいずれにも当てはまる ①医師意見書により該当する者が，利用者の20%以上 ②人員規程で定める人員+常勤換算1以上の配置 （重度）区分6に該当し，呼吸管理が必要な重症心身障害者が2人以上利用している | 別紙4 医師意見書の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 | |
| 重度障害者支援加算（Ⅱ） | 強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者を1以上配置し，支援計画シート等を作成すること （追加①） 指定基準に加え，強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者を1以上配置されている者が夜間又は深夜にサービス提供した （追加②） 加算を算定して180日以内は500単位を追加 | 別紙37-3 研修修了証の写し （受講予定者は，受講計画の写し） 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 | |
| 夜間看護体制加算 | 夜勤職員配置体制加算を算定している事業所が，施設入所支援の提供時間に看護職員を1以上配置すること | 別紙17 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 （別紙1-1）：算出表 | 不定期に看護職員が夜勤を行う場合は，算定できない |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が30%以上であって，意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されている | 別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 （別紙1-1）：算出表 | |
| 入所時特別支援体制加算 | 利用開始日から起算して30日以内の期間について加算 | - | 暦日で30日以内となる |
| 入院・外泊時加算 | 利用者の入院及び居宅への外泊の際に，連絡調整等を行う ※初日及び最終日は含まない （Ⅰ）～8日（Ⅱ）9日～82日 | - | ・訪問支援を行うこと（1回/週） ・連絡調整等の記録を残すこと ・空床型短期入所として使用すると，算定できない |
| 入院時支援特別加算 | 長期入院が必要な利用者に対し，訪問による相談援助や連絡調整 | - | |
| 地域移行加算 | （入所中）入所期間が1月を超えると見込まれる利用者の退所に先立ち，退所後の生活について相談援助を行い，かつ，退所後生活する居宅を訪問して，利用者及び家族に相談援助等を行う（入所中2回まで算定可） （退所後）退所後30日以内に居宅を訪問して，相談援助等を行う（退所後1回まで算定可） | - | 訪問した際の記録を残すこと （日時，訪問者，相談援助の内容等） 立ち話程度の相談援助では算定不可 |
| 体験宿泊支援加算 | （運営規程に「地域生活支援拠点等」と位置づけられている施設に限る） 入所者が，地域移行支援の体験的な宿泊支援を利用する場合において，施設の従業者が，相談援助や連絡調整等の必要な支援を行うこと | 運営規程 | |
| 地域生活移行個別支援特別加算 | 以下のいずれにも当てはまる ①社会福祉士又は精神保健福祉士の有資格者を配置していること ②医師による定期的な指導が月2回以上行われていること ③支援に関係する研修を年1回以上行っていること ④保護観察所，更生保護施設，指定医療機関，精神保健福祉センターとの協力体制が整っていること | 別紙15 資格証の写し 研修等の復命書 | |
| 栄養マネジメント加算 | 以下のいずれにも当てはまる ①常勤の管理栄養士を1名以上配置している ②入所者ごとの栄養ケア計画を作成している ③入所者の栄養状態を定期的に記録していること ④栄養ケア計画の進捗状況評価し，当該計画を見直している | 別紙14 資格証の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 | H27より栄養士の配置では，加算要件を満たさないことに注意 |
| 経口移行加算 | 経管により食事を摂取している入所者ごとに経口移行計画を作成している場合であって，当該計画に従い，医師の指示を受けた（管理）栄養士が，経口による食事の摂取を進めるための栄養管理を行う | - | |
| 経口維持加算 | 経口維持計画を作成している場合であって，継続して経口による食事の摂取を進めるための特別な管理を行った場合 （Ⅰ）造影撮影又は内視鏡検査により誤嚥が認められるもの （Ⅱ）水飲みテスト等により誤嚥が認められる | - | |
| 口腔衛生管理体制加算 | ・「入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画」を作成し，従業者に対する口腔ケアに係る技術的助言及び指導又は入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画に関する技術的助言及び指導を行うこと ・入所者の口腔機能の維持・向上のため，年1回以上を目安として，定期的な歯科検診（健診）を実施することが望ましい。 | 入所者の口腔ケア・マネジメントに係る計画 | |

| | | | |
|----------|--|---|--|
| 口腔衛生管理加算 | 歯科医師の指示を受けた歯科衛生士が口腔衛生管理体制加算を算定している施設の入所者に対して口腔ケアを実施し、当該入所者に係る口腔ケアについて従業者へ具体的な技術的助言及び指導をした場合において、当該入所者ごとに算定 | - | <ul style="list-style-type: none"> ・入所者ごとに算定 ・加算に係るサービスを提供する場合は、当該サービスを実施する同一月内において医療保険による訪問歯科衛生指導の実施の有無を入所者又はその家族等に確認するとともに、当該サービスについて説明し、その提供に関する同意を得た上で行うこと |
| 療養食加算 | 疾病治療の直接手段として、食事せんに基づいて提供される治療食が提供された | - | <ul style="list-style-type: none"> ・献立表の作成が必要 ・経口移行加算又は経口維持加算を算定している場合は、算定不可 |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎自立訓練（機能訓練）

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|-------------------|--|---|--|
| 特別地域加算 | 中山間地域等に居住している利用者に障害福祉サービスを行う | - | |
| サービス管理責任者配置等加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・共生型自立訓練（機能訓練）事業所であること ・サービス管理責任者を1名以上配置していること ・地域に貢献する活動を行っていること | 別紙44 | 共生型のみ |
| 福祉専門職員配置等加算 | (I) 有資格者35%以上 (II) 有資格者25%以上 (III) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士，介護福祉士，精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 （別紙1-2）：算出表 （I）（II）：資格証の写し （III）：別紙7 | 多機能型は，全サービスの合計で算定する |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が30%以上であって，意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されている | 別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 （別紙1-2）：算出表 | |
| 初期加算 | 利用開始日から起算して30日以内の期間について加算 | - | 暦日で30日以内となる |
| 欠席時対応加算 | 急病等によりその利用を中止した日の前々日，前日，又は当日に中止の連絡があり，相談援助を行った場合，月4回を限度として加算 | - | 連絡があった内容について記録する （日時，相手方，欠席する日付，欠席理由，相談援助の内容） キャンセル料の徴収は行わない（食材料費に対するキャンセル料を除く） |
| リハビリテーション加算 | (I) 以下の要件を全て満たし，頸相損傷による四肢の麻痺等の状態にある障害者に対して支援をした場合 (II) 以下の要件を全て満たし，(I)以外の障害者に対して支援をした場合 <ul style="list-style-type: none"> ・医師，理学療法士等が共同して，利用者毎の実施計画を作成 ・実施計画に従い支援を行い，利用者の状態を定期的に記録する ・2週間～3月毎に，実施計画の評価を行い，必要に応じて見直しを行う ・職員に対し，リハビリテーションの観点から，留意事項や介護の工夫等の伝達を行う | 別紙10 | リハビリテーション実施計画に相当する内容を個別支援計画に記載する場合は，それをもって作成に代えることができる |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 食事提供体制加算 | (原則) 施設内の設備で調理した食事を提供する (例外) 衛生管理を適切に行い，調理業務を第三者に委託している | 別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等 | (例外) <ul style="list-style-type: none"> ・要望が反映できる契約になっているか ・配達されてから，配膳するまでの衛生管理 |
| 送迎加算 | ①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (I) いずれも該当 (II) いずれかに該当 | 別紙12-1 | <ul style="list-style-type: none"> ・送迎の記録を整備する ・多機能型は，全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は，単位数の70%を算定 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算 | (障害者支援施設で行われる自立訓練（機能訓練）の利用者のみ) 地域多行支援の障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において，利用者を支援し，状況，内容等を記録する (運営規程に「地域生活支援拠点等」と位置づけられている施設はさらに加算) (I) 開始日～5日目 (II) 6日目～15日目 | (地域生活支援拠点等の加算を算定する場合のみ) 運営規程 | |
| 社会生活支援特別加算 | 医療観察法に基づく通院決定又は退院許可決定を受けていない者，又は施設等退所から3年を経過していない者に対し，以下の要件を満たし，計画の作成や助言等必要な支援を行うこと（開始日から3年以内の期間で算定可） <ul style="list-style-type: none"> ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能なこと ・社会福祉士，精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ，指導体制が整えられていること ・従業者に対し，医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われている ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されていること | 別紙57 | |
| 就労移行支援体制加算 | サービスを受けた後就労し，就労を継続している期間が6月に達した者が，前年度において1人以上いること | 別紙50 就労状況を証する書類 （在職証明書原本又は給与明細書の写し（要件となる期間分）等） | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから，届出や請求を行ってください。

◎自立訓練（生活訓練）

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|------------------|--|---|--|
| 特別地域加算 | 中山間地域等に居住している利用者に障害福祉サービスを行う | - | |
| サービス管理責任者配置等加算 | <ul style="list-style-type: none"> ・共生型自立訓練（生活訓練）事業所であること ・サービス管理責任者を1名以上配置していること ・地域に貢献する活動を行っていること | 別紙44 | 共生型のみ |
| 福祉専門職員配置等加算 | (I) 有資格者35%以上 (II) 有資格者25%以上 (III) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士，介護福祉士，精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第5号 :勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2) :算出表 (I) (II) :資格証の写し (III) :別紙7 | 多機能型は，全サービスの合計で算定する |
| 地域移行支援体制強化加算 | 地域移行支援員を，以下のとおり配置している ①宿泊型自立訓練の前年度平均利用者数を15で除して得た数以上 ②1名以上は常勤 | 別紙19 別記様式第5号 :勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2) :算出表 | 宿泊型自立訓練のみ |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が30%以上であって，意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されている | 別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号 :勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2) :算出表 | |
| 初期加算 | 利用開始日から起算して30日以内の期間について加算 | - | 暦日で30日以内となる |
| 欠席時対応加算 | 急病等によりその利用を中止した日の前々日，前日，又は当日に中止の連絡があり，相談援助を行った場合，月4回を限度として加算 | - | 連絡があった内容について記録する (日時，相手方，欠席する日付，欠席理由，相談援助の内容) キャンセル料の徴収は行わない(食材料費に対するキャンセル料を除く) |
| 医療連携体制加算 | (I) 看護職員を訪問させ，医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって，看護の提供時間が1時間未満である場合 (II) 看護職員を訪問させ，医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって，看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合 (III) 看護職員を訪問させ，医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって，看護の提供時間が2時間以上である場合 (IV) 看護職員を訪問させ，医療的ケアを必要とする利用者に対する看護である場合(人数によって単位が変動) (V) 看護職員を訪問させ，認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (VI) 認定特定行為業務従事者が，喀痰吸引等を行う | - | <ul style="list-style-type: none"> ・予め医療機関等と委託契約を締結すること ・原則，利用者の主治医から指示を受け，内容を書面で残すこと ・指示の内容は個別支援計画等に記載し，当該利用者の主治医に定期的に報告すること |
| 個別計画訓練支援加算 | 以下のいずれにも当てはまる <ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉士，精神保健福祉士又は公認心理師である従業者により，個別訓練実施計画を作成していること ・個別訓練実施計画に従い支援を行い，記録していること ・個別訓練実施計画の進捗を毎月評価し，必要に応じ計画を見直すこと ・施設等入所者の場合，従業者間で訓練に係る情報共有をしていること ・施設等入所者以外の場合，必要に応じ，関係する他サービス従業者に対し，訓練に係る情報を伝達していること | 別紙45 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 資格証の写し | |
| 短期滞在加算 | (I) 夜間の時間帯を通じて生活支援員が1人以上配置 (II) 夜間の時間帯を通じて宿直勤務を行う職員が1人以上配置 | 別紙18 別記様式第5号 :勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2) :算出表 | |
| 日中支援加算 | 心身の状況等が原因で以下の日中サービスを利用することができないときに，昼間の時間帯における支援を行う (対家サービス) 生活介護，自立訓練，就労移行支援，就労継続支援，地域活動支援センター，通所介護，通所リハビリテーション，精神科ショート・ケア，精神科デイ・ケア，精神科デイ・ナイト・ケア，その他これらに準ずるもの | - | <ul style="list-style-type: none"> ・宿泊型自立訓練のみ ・支援を行った日が1月に2日を超える場合に，2日を超える期間を算定 |
| 通勤者生活支援加算 | 以下の要件を全て満たすこと ①50%以上の利用者が通常の事業所に雇用されている ②職場での対人関係及び金銭の管理について，就労定着するために必要な日常生活上の支援を行う | 別紙19 別記様式第5号 :勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2) :算出表 | 宿泊型自立訓練のみ |
| 入院時支援特別加算 | 家族から入院に係る支援を受けることが困難な利用者が入院した場合に，訪問し，連絡調整及び被服等の準備その他の日常生活上の支援を行う | - | <ul style="list-style-type: none"> ・宿泊型自立訓練のみ ・長期入院等支援特別加算が算定される間は加算しない ・訪問時の記録を残すこと |
| 長期入院時支援特別加算 | 家族から入院に係る支援を受けることが困難な利用者が入院した場合に，訪問し，連絡調整及び被服等の準備その他日常生活上の支援を行った場合，1月の入院期間が2日を超える場合に，当該日数を超える期間について，算定できる(継続して入院している者にあつては，入院した初日から起算して3月に限る)。 | - | <ul style="list-style-type: none"> ・宿泊型自立訓練のみ ・入院時支援特別加算が算定される月は，算定しない ・訪問時の記録を残すこと |
| 帰宅時支援加算 | 利用者が自立訓練実施計画に基づき家族等の居宅へ外泊する又は，GHにおける宿泊体験を行う | - | <ul style="list-style-type: none"> ・宿泊型自立訓練のみ ・外泊時の記録を残すこと |

| | | | |
|-------------------|--|---|--|
| 長期帰宅時支援加算 | 利用者が自立訓練計画に基づき家族等の居宅へ外泊する又は、GHにおける宿泊体験を行う日数が2日を超える | - | ・宿泊型自立訓練のみ ・外泊時の記録を残すこと |
| 地域移行加算 | (退所前) 利用期間が1月を越えると見込まれる利用者が退所後生活する居宅を訪問して、相談援助等を行うと2回を限度に加算を算定する (退所後) 退所後30日以内に居宅を訪問して、相談援助等を行うと1回を限度に加算を算定する | - | ・訪問した際の記録を残すこと(日時、訪問者、相談援助の内容等) ・立ち話程度の相談援助では算定不可 |
| 地域生活移行個別支援特別加算 | 以下のいずれにも当てはまる ①社会福祉士又は精神保健福祉士の有資格者を配置 ②支援に関する研修を年1回以上行っていること ③保護観察所、更生保護施設、指定医療機関、精神保健福祉センターとの協力体制が整っていること | 別紙15 資格証の写し 研修等の復命書 | |
| 精神障害者地域移行特別加算 | 以下のいずれにも当てはまる ・主たる対象者に精神障害者を含む(運営規程に規定) ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士等を1人以上配置 ・精神科病院入院1年以内の利用者(1年以上入院)に対して、有資格者が所定の支援を行う | 別紙55 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 運営規程 資格証の写し | |
| 強度行動障害者地域移行特別加算 | 以下の要件を満たし、入所施設等を退所して1年以内の強度行動障害者が、地域で生活するために必要な支援を行った場合 ・強度行動障害支援者養成研修(実証研修)を修了し、修了証の交付を受けたサービス管理責任者又は生活支援員を1人以上配置 ・生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了し、修了証の交付を受けた者の割合が20%以上 | 別紙56 | |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 食事提供体制加算 | (原則) 施設内の設備で調理した食事を提供する (例外) 衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託している | 別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等 | (例外) ・要望が反映できる契約になっているか ・配慮されてから、配膳するまでの衛生管理 |
| 精神障害者退院支援施設加算 | 精神科病棟の精神病棟を転換した自立訓練(生活訓練)において、精神病棟に概ね1年以上入院していた精神障がい者等に対して、居住の場を提供した (I) 夜間の時間帯を通じて生活支援員が1人以上配置 (II) 夜間の時間帯を通じて宿直勤務を行う職員が1人以上配置 | 別紙18 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | |
| 夜間支援等体制加算 | (I) 夜勤職員を配置し、夜間・深夜における支援提供体制の確保 (II) 宿直職員を配置し、夜間・深夜における支援提供体制の確保 (III) 緊急事態が生じた時に、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制又は防災体制を確保 | 別紙29-2 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 (III) 警備会社等との契約書、連絡網 | |
| 看護職員配置加算 | 看護職員を常勤換算方法で1人以上配置する (I) 自立訓練(生活訓練) (II) 宿泊型自立訓練 | 別紙20 看護師免許の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | 当該加算を算定する場合は、医療連携体制加算の対象とはならない |
| 送迎加算 | ①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (I) いずれも該当 (II) いずれかに該当 | 別紙12-1 | ・送迎の記録を整備すること ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算 | (障害者支援施設で行われる自立訓練(生活訓練)の利用者のみ) 地域移行支援の障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、利用者を支援し、状況、内容等を記録する(運営規程に「地域生活支援拠点等」と位置づけられている施設はさらに加算) (I) 開始日～5日目 (II) 6日目～15日目 | (地域生活支援拠点等の加算を算定する場合のみ) 運営規程 | |
| 社会生活支援特別加算 | 医療観察法に基づく通院決定又は入院許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行うこと(開始日から3年以内の期間で算定可) ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能なこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられている ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われている ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されている | 別紙57 | |
| 就労移行支援体制加算 | サービスを受けた後就労し、就労を継続している期間が6月に達した者が、前年度において1人以上いること | 別紙50 就労状況を証する書類 (在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分)等) | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎就労移行支援

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|-------------------|--|--|--|
| 基本報酬 | 就労定着者の割合等により決まる所定の単位数を算定する | 別紙47 | |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が30%以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されている | 別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | |
| 初期加算 | 利用開始日から起算して30日以内の期間について加算 | — | 暦日で30日以内となる |
| 訪問支援特別加算 | ・継続して利用する利用者が連続した5日間利用しなかった場合に、職員が居宅を訪問して相談援助を行うこと。 ・月2回を限度として加算。 | — | ・訪問した際の記録を残すこと (日時、訪問者、相談援助の内容等) ・個別支援計画にて利用者から同意を得ること ・所要時間は、個別支援計画に基づいて行われるべき支援に要する時間 |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | — | |
| 食事提供体制加算 | (原則)施設内の設備で調理した食事を提供する (例外)衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託している | 別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等 | |
| 精神障害者退院支援施設加算 | 精神科病棟の精神科末を転換した事業所等において、精神科末に概ね1年以上入院していた退院患者等に対して、就労移行支援を利用している間の夜間の居住の場を提供 | 別紙18 (短期滞在及び精神障害者退院支援加算) | |
| 福祉専門職員配置等加算 | (Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、作業療法士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7 | |
| 欠席時対応加算 | 急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日、又は当日に中止の連絡があり、相談援助を行った場合、月4回を限度として加算 | — | 相談援助の記録を整備する |
| 医療連携体制加算 | (Ⅰ)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間未満である場合 (Ⅱ)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合 (Ⅲ)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が2時間以上である場合 (Ⅳ)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要とする利用者に対する看護である場合(人数によって単位数が変動) (Ⅴ)看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (Ⅵ)認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う | — | ・予め医療機関等と委託契約を締結すること ・原則、利用者の主治医から指示を受け、内容を書面で残すこと ・指示の内容は個別支援計画等に記載し、当該利用者の主治医に定期的に報告すること |
| 就労支援関係研修修了加算 | 一般就労への移行支援のための、別に厚生労働大臣が定める研修を修了し、かつ就労支援に従事するものとして1年以上の実務経験を有する者を、就労支援員として配置した場合 | 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 研修修了証明書 | 就労定着者の割合が零である場合は算定不可 |
| 移行準備支援体制加算 | (Ⅰ)前年度に施設外支援を実施した利用者の数が利用定員の100分の50を超える事業所等において、算定対象となる利用者が100分の50以下で、職場実習等又は求職活動等を実施し、所定の基準を満たす場合、施設外支援の利用者数に応じ、加算する。 (Ⅱ)当該加算算定対象となる利用者が利用定員の100分の70以下で、就労支援単位毎に、企業及び官公庁等で作業を行い、所定の基準を満たす場合、施設外就労利用者の人数に応じ、加算する。 | 別紙24(移行準備支援体制加算(Ⅰ)) | 要件を確認できる書類を整備する |
| 送迎加算 | ①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (Ⅰ)いずれも該当 (Ⅱ)いずれかに該当 | 別紙12(送迎加算) | ・送迎の記録を整備する ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算 | (障害者支援施設で行われる自立訓練(生活訓練)の利用者のみ) 地域移行支援の障害福祉サービスの体系的な利用支援を利用する場合において、利用者を支援し、状況、内容等を記録する(運営規程に「地域生活支援拠点等」と位置づけられている施設はさらに加算) (Ⅰ)開始日～5日目 (Ⅱ)6日目～15日目 | (地域生活支援拠点等の加算を算定する場合のみ) 運営規程 | |
| 通勤訓練加算 | 当該事業所以外の事業所に従事する専門職員が、視覚障害のある利用者に対して盲人安全つえを使用する通勤のための訓練を行った場合 | — | |

| | | | |
|---------------|--|------|---|
| 在宅時生活支援サービス加算 | 居宅において支援を受けることを希望する者であって、かつ、当該支援を行うことが効果的であると市町村が認める利用者に対し、利用者の居宅で支援を行った場合 | - | |
| 社会生活支援特別加算 | 医療観察法に基づく通院決定又は入院許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行うこと（開始日から3年以内の期間で算定可） <ul style="list-style-type: none"> ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能なこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられていること ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われていること ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されていること | 別紙57 | |
| 支援計画会議実施加算 | 利用者の就労移行支援計画の作成やモニタリングに当たって利用者の希望、適性、能力を的確に把握・評価を行うためのアセスメントについて、地域のノウハウを活用し、その精度を上げ、支援効果を高めていくための取組として、地域の就労支援機関等において障害者の就労支援に従事する者や障害者就労に係る有識者を交えたケース会議を開催し、専門的な見地からの意見を求め、就労移行支援計画の作成や見直しを行った場合算定（利用者ごとに月に1回、年に4回を限度） | - | <ul style="list-style-type: none"> ・ケース会議の実施にはテレビ電話等を活用することができる。 ・ケース会議にはサービス管理責任者は必ず出席すること ・要件を確認できる書類を整備する |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎就労継続支援 A 型

必須書類：別記様式第 4 号，別記様式第 4 号別紙 1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|-------------------|---|--|--|
| 基本報酬 | 1日の平均労働時間数等により算出される評価点で決まる所定の単位数を算定する | 別紙 48 | |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が 30%以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されている | 別紙 8 該当者の手帳の写し 別記様式第 5 号 ：勤務形態一覧表 別記様式第 5 号 (別紙 1-2)：算出表 | |
| 就労移行支援体制加算 | 一般就労への移行後、6ヶ月継続して就労している者の数が、前年度において 1人以上いること | 別紙 23 (就労移行の状況 (就労移行支援体制加算に係る届出書)) 就労状況を証する書類 (在職証明書原本又は給与明細書の写し (要件となる期間分) 等) | |
| 就労移行連携加算 | 就労継続支援 A 型支援を経て就労移行支援の支給決定を受けた者がいる事業所において、当該支給決定に先立ち就労移行支援事業所の見学への同行や事前の連絡調整を行うとともに、利用者の同意を得た上で、支援状況等を就労移行支援事業所等へ提供するなど、円滑な移行のための支援をした場合に算定 | - | ・当該利用者の就労継続支援 A 型事業所におけるサービス提供の最終月に算定する ・当該利用者が過去 3 年以内に就労移行支援に係る支給決定を受けていた場合には算定不可 |
| 初期加算 | 利用開始日から起算して 30 日以内の期間について加算 | - | 暦日で 30 日以内となる |
| 訪問支援特別加算 | ・継続して利用する利用者が連続した 5 日間利用しなかった場合に、職員が居宅を訪問して相談援助を行うこと。 ・月 2 回を限度として加算。 | - | ・訪問した際の記録を残すこと (日時、訪問者、相談援助の内容等) ・個別支援計画にて利用者から同意を得ること ・所要時間は、個別支援計画に基づいて行われるべき支援に要する時間 |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 食事提供体制加算 | (原則) 施設内の設備で調理した食事を提供する (例外) 衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託している | 別紙 9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等 | |
| 福祉専門職員配置等加算 | (Ⅰ) 有資格者 35%以上 (Ⅱ) 有資格者 25%以上 (Ⅲ) 常勤職員が 75%以上又は、勤続 3 年以上が 30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙 6 別記様式第 5 号 ：勤務形態一覧表 別記様式第 5 号 (別紙 1-2)：算出表 (Ⅰ) (Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙 7 | |
| 欠席時対応加算 | 急病等により利用を中止した日の前々日、前日、又は当日に中止の連絡があり、相談援助を行った場合、月 4 回を限度として加算 | - | 相談援助の記録を整備する |
| 医療連携体制加算 | (Ⅰ) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が 1 時間未満である場合 (Ⅱ) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が 1 時間以上 2 時間未満である場合 (Ⅲ) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が 2 時間以上である場合 (Ⅳ) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要とする利用者に対する看護である場合 (人数によって単位数が変動) (Ⅴ) 看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (Ⅵ) 認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う | - | ・予め医療機関等と委託契約を締結すること ・原則、利用者の主治医から指示を受け、内容を書面で残すこと ・指示の内容は個別支援計画等に記載し、当該利用者の主治医に定期的に報告すること |
| 施設外就労加算 | 一定の基準を満たし、企業内等で作業を行った場合 | - | 要件を確認できる書類を整備する |
| 重度者支援体制加算 | (Ⅰ) 前年度における障害基礎年金 1 級を受給する利用者の数が、当該年度利用者数の 100 分の 50 以上の場合 (Ⅱ) 前年度における障害基礎年金 1 級を受給する利用者の数が、当該年度利用者数の 100 分の 25 以上 100 分の 50 未満の場合 | 別紙 25 (重度者支援体制加算に係る届出書) 障害基礎年金 1 級受給者の受給者証の写し等 | |
| 賃金向上達成指導員配置加算 | 以下のいずれにも当てはまる ・賃金向上達成指導員を常勤換算方法で 1 以上配置 ・利用者のキャリアアップを図るための措置を講じること | 別紙 49 | |
| 送迎加算 | ①週 3 回以上の送迎 ②1 回の送迎が平均 10 人以上 ①と②について (Ⅰ) いずれも該当 (Ⅱ) いずれかに該当 | 別紙 1 2 (送迎加算) | ・送迎の記録を整備する ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の 70%を算定 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算 | (障害者支援施設で行われる自立訓練 (生活訓練) の利用者のみ) 地域移行支援の障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、利用者を支援し、状況、内容等を記録する (運営規程に「地域生活支援拠点等」と位置づけられている施設 | (地域生活支援拠点等の加算を算定する場合のみ) 運営規程 | |

| | | | |
|---------------|--|------|--|
| | ほさらに加算) (Ⅰ) 開始日～5日目 (Ⅱ) 6日目～15日目 | | |
| 在宅時生活支援サービス加算 | 居宅において支援を受けることを希望する者であって、かつ、当該支援を行うことが効果的であると市町村が認める利用者に対し、利用者の居宅で支援を行った場合 | - | |
| 社会生活支援特別加算 | 医療観察法に基づく通院決定又は入院許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行うこと（開始日から3年以内の期間で算定可） <ul style="list-style-type: none"> ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能なこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられていること ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われている ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されている | 別紙57 | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎就労継続支援B型

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|------------------|---|--|--|
| 基本報酬 | (I) (II) 平均月額工賃等により決まる所定の単位数を算定する (III) (IV) 平均月額工賃等によらない一律の単位数を算定する | 別紙51 | 年度途中での区分の変更は原則不可 |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が30%以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されている | 別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | |
| 就労移行支援体制加算 | 一般就労への移行後、6ヶ月継続して就労している者の数が、前年度において1人以上いること (I) (II) の基本報酬：利用定員及び平均工賃月学に応じた単位数を算定 (III) (IV) の基本報酬：利用定員に応じた単位数を算定 | 別紙50-2(就労移行の状況(就労移行支援体制加算に係る届出書)) 就労状況を証する書類 (在職証明書原本又は給与明細書の写し(要件となる期間分)等) | |
| 就労移行連携加算 | 就労継続支援A型支援を経て就労移行支援の支給決定を受けた者がいる事業所において、当該支給決定に先立ち就労移行支援事業所の見学への同行や事前の連絡調整を行うとともに、利用者の同意を得た上で、支援状況等を就労移行支援事業所等へ提供するなど、円滑な移行のための支援をした場合に算定 | - | ・当該利用者の就労継続支援A型事業所におけるサービス提供の最終月に算定する ・当該利用者が過去3年以内に就労移行支援に係る支給決定を受けていた場合には算定不可 |
| 初期加算 | 利用開始日から起算して30日以内の期間について加算 | - | 暦日で30日以内となる |
| 訪問支援特別加算 | ・継続して利用する利用者が連続した5日間利用しなかった場合に、職員が居宅を訪問して相談援助を行うこと。 ・月2回を限度として加算。 | - | |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 食事提供体制加算 | (原則) 施設内の設備で調理した食事を提供する (例外) 衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託している | 別紙9 管理栄養士免許の写し (例外) 外部業者との契約書 衛生管理マニュアル等 | |
| 福祉専門職員配置等加算 | (I) 有資格者35%以上 (II) 有資格者25%以上 (III) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 (I) (II)：資格証の写し (III)：別紙7 | |
| ピアサポート加算 | 以下のいずれにも該当する事業所にて算定 ・(III) (IV) の基本報酬を算定している ・事業所の従業者として障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した以下の者をそれぞれ配置している (ア) 障害者又は障害者であったと都道府県知事が認める者 (イ) 当該就労継続支援B型事業所の従業者 ・ピアサポート研修を修了した者により、事業所の従業者に対して、障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われていること | 別紙51-2 研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を終了したことを証明する書類 障害者と認められたことを証明する書類 | |
| 欠席時対応加算 | 急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日、又は当日に中止の連絡があり、相談援助を行った場合、月4回を限度として加算。 | - | 相談援助の記録を整備する |
| 医療連携体制加算 | (I) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間未満である場合 (II) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合 (III) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が2時間以上である場合 (IV) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要とする利用者に対する看護である場合(人数によって単位数が変動) (V) 看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (VI) 認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う | - | ・予め医療機関等と委託契約を締結すること ・原則、利用者の主治医から指示を受け、内容を書面で残すこと ・指示の内容は個別支援計画等に記載し、当該利用者の主治医に定期的に報告すること |
| 地域協働加算 | 基本報酬(III)及び(IV)を算定している事業所において、地域と共同した取組を行い、当該取組内容をインターネット等の方法により公表した場合に算定 | - | 要件を確認できる書類を整備する |
| 重度者支援体制加算 | (I) 前年度における障害基礎年金1級を受給する利用者の数が、当該年度利用者数の100分の50以上の場合 (II) 前年度における障害基礎年金1級を受給する利用者の数が、当該年度利用者数の100分の25以上100分の50未満の場合 | 別紙25(重度者支援体制加算に係る届出書) 障害基礎年金1級受給者の受給者証の写し等 | |

| | | | |
|-------------------|--|---|--|
| 目標工賃達成指導員配置加算 | <p>下記全てを満たす場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・目標工賃達成指導員を常勤換算方法で1人以上配置 ・職業指導員及び生活支援員の総数が常勤換算方法で7.5:1以上 ・目標工賃達成指導員・職業指導員・生活支援員の総数が常勤換算方法で6:1以上 ・目標工賃の達成に向けた取組を行う | <p>別紙26 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 当該指導員の雇用契約等 工賃向上計画</p> | <p>基本報酬(Ⅱ)及び(Ⅳ)を算定している事業所は算定不可</p> |
| 送迎加算 | <p>①週3回以上の送迎 ②1回の送迎が平均10人以上 ①と②について (Ⅰ) いずれも該当 (Ⅱ) いずれかに該当</p> | <p>別紙12(送迎加算)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・送迎の記録を整備する ・多機能型は、全サービスの合計で算定する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定 |
| 障害福祉サービスの体験利用支援加算 | <p>(障害者支援施設で行われる自立訓練(生活訓練)の利用者のみ) 地域移行支援の障害福祉サービスの体験的な利用支援を利用する場合において、利用者を支援し、状況、内容等を記録する(運営規程に「地域生活支援拠点等」と位置づけられている施設はさらに加算) (Ⅰ) 開始日～5日目 (Ⅱ) 6日目～15日目</p> | <p>(地域生活支援拠点等の加算を算定する場合のみ) 運営規程</p> | |
| 在宅時生活支援サービス加算 | <p>居宅において支援を受けることを希望する者であって、かつ、当該支援を行うことが効果的であると市町村が認める利用者に対し、利用者の居宅で支援を行った場合</p> | <p>-</p> | |
| 社会生活支援特別加算 | <p>医療観察法に基づく通院決定又は医療許可決定を受けていない者、又は施設等退所から3年を経過していない者に対し、以下の要件を満たし、計画の作成や助言等必要な支援を行うこと(開始日から3年以内の期間で算定可)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者に適切な支援を行うために必要な生活支援員を配置可能なこと ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師を配置又は事業所に訪問させ、指導体制が整えられていること ・従業者に対し、医療観察法に基づく通院をしている者や施設等退所者に関する研修が年1回以上行われている ・保護観察所等の関係機関との協力体制が整備されている | <p>別紙57</p> | |

◎就労定着支援

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|----------------------|--|---|----------------------------|
| 基本報酬 | 就労定着率等により決まる所定の単位数を算定する | 別紙52，別紙53 | |
| 特別地域加算 | 中山間地域等に居住している利用者に障害福祉サービスを行う | - | |
| 定着支援連携促進加算 | 事業所が，各利用者の就労定着支援計画に係る関係機関を交えたケース会議を開催し，関係機関との連絡調整を行った場合に算定（支援期間を通じて1月に1回，年に4回を限度） | - | ケース会議には，サービス管理責任者は必ず出席すること |
| 初期加算 | （生活介護等と一体的に運営される事業所の場合） 一体的に運営される生活介護等以外を利用して通常の事業所に雇用された障害者に対し，就労定着支援計画を新規作成し，支援を行った場合 （就労定着支援利用開始月において，1回に限り算定可） | - | |
| 就労定着実績体制加算 | 過去6年間において就労定着支援の利用を修了した者のうち，雇用された通常の事業所に42月以上78月未満の期間継続して就労している者・就労していた者の占める割合が，前年度において70%以上 | 別紙54 | |
| 職場適応援助者養成研修修了者配置体制加算 | 職場適応援助者養成研修の修了者を，就労定着支援員として配置すること | 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 （別紙1-2）：算出表 研修修了証の写し | |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行うこと | - | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから，届出や請求を行ってください。

◎自立生活援助

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|----------------|---|--|--|
| 特別地域加算 | 中山間地域等に居住している利用者に障害福祉サービスを行う | - | |
| 福祉専門職員配置等加算 | (I) 有資格者 35%以上 (II) 有資格者 25%以上 (III) 常勤職員が 75%以上又は、勤続 3 年以上が 30% ※有資格者： 社会福祉士，介護福祉士，精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙 6 別記様式第 5 号 ：勤務形態一覧表 別記様式第 5 号 (別紙 1-2)：算出表 (I) (II)：資格証の 写し (III)：別紙 7 | |
| ピアサポート加算 | 障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で 0.5 以上配置する事業所であって、当該者によりその他の従業者に対して障害者に対する配慮等に関する研修が年 1 回以上行われている場合に算定 (ア) 障害者又は障害者であったと都道府県が認める者 (イ) 管理者，サービス管理責任者又は地域生活支援員として従事する者 | 別紙 70 別記様式第 5 号：勤務 形態一覧表 障害者であることが分 かる書類 受講した研修の実施要 綱，カリキュラム及び研 修を修了したことを証明 する書類 | |
| 初回加算 | 利用開始月について，1 月につき算定 | - | 暦日で 30 日以内となる |
| 同行支援加算 | 外出を伴う支援を行うに当たり，利用者に同行し必要な情報提供又は助言等を行う | - | |
| 緊急時支援加算 | (I) 利用者又はその家族の要請に基づき，深夜（午後 10 時から午前 6 時までの時間）に速やかに訪問又は一時的な滞在による支援を行った場合に算定 (II) 利用者又はその家族の要請に基づき，深夜に電話による相談援助を行った場合に算定（(I) を算定する場合は算定不可） ※市町村により地域生活支援拠点等に位置づけられている場合には，さらに単位を算定（50 単位） | - | ・あらかじめ利用者又はその家族等との話し合いにより申し合わせておくこと ・支援内容について記録を残すこと ・一時的な滞在については，宿泊日及び退所日の両方を算定可能 |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 日常生活支援情報提供加算 | あらかじめ利用者の同意を得て，利用者の通院する精神科病院等の職員に対して，当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者の自立した日常生活の維持に必要な情報を提供した場合に，実施した月について算定 | - | 情報は提供の内容等について記録を残すこと |
| 居住支援連携体制加算 | 住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会との連携により利用者の住宅の確保及び居住の支援を図る体制を確保している旨を都道府県へ届け出るとともに，当該旨を事業所に掲示するとともに公表した場合に算定 | 別紙 69 居住支援法人又は居住支 援協議会との連携の計画 等が分かる書類 | 事業所が住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会と，毎月，利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報の共有をしなければならぬ |
| 地域居住支援体制強化推進加算 | ・利用者の同意を得て，当該利用者に対して，住宅確保要配慮者居住支援法人と共同して，在宅での療養又は地域において生活する上で必要となる説明及び指導等の必要な支援を行った上で，協議会又は保健、医療及び福祉関係者による協議の場に対し，当該説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題を報告した場合に，実施した月について算定 | - | 支援内容を記録すること |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから，届出や請求を行ってください。

◎共同生活援助

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙2

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|--------------------------------|---|---|---------------------------|
| 基本報酬 (共同生活援助サービス費) | 世話人の配置数等により決まる所定の単位数を算定する (I) 世話人を4：1以上配置 (II) 世話人を5：1以上配置 (III) 世話人を6：1以上配置 (IV) 体験利用 | (I)～(III)の場合 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | |
| 基本報酬 (日中サービス支援型共同生活援助サービス費) | 世話人の配置数等により決まる所定の単位数を算定する (I) 世話人を3：1以上配置 (II) 世話人を4：1以上配置 (III) (I)及び(II)以外の事業所 (IV) 体験利用 | (I)～(III)の場合 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | |
| 基本報酬 (外部サービス利用型共同生活援助サービス費) | 世話人の配置数等により決まる所定の単位数を算定する (I) 世話人を4：1以上配置 (II) 世話人を5：1以上配置 (III) 世話人を6：1以上配置 (IV) 世話人を10：1以上配置 (V) 体験利用 | (I)～(IV)の場合 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | |
| 福祉専門職員配置等加算 | (I) 有資格者 35%以上 (II) 有資格者 25%以上 (III) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士，介護福祉士，精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 (I) (II)：資格証の写し (III)：別紙7 | |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用者が30%以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員が一定数配置されている | 別紙8 該当者の手帳の写し 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | |
| 看護職員配置加算 | 基準上必要な員数の従業者に加え、看護職員を常勤換算方法で1以上配置する | 別紙58 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 | |
| 夜間支援等体制加算 | (I) 夜勤職員を配置し、夜間・深夜における支援提供体制の確保 (II) 宿直職員を配置し、夜間・深夜における支援提供体制の確保 (III) 緊急事態が生じた時に、利用者の呼び出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制又は防災体制を確保 (IV) 夜間支援等体制加算(I)を算定している利用者に対し、さらに夜間従事者を加配 (V) 夜間支援等体制加算(I)を算定している利用者に対し、さらに夜間従事者を加配 (VI) 夜間支援等体制加算(I)を算定している利用者に対し、さらに宿直職員を加配 | 別紙27 別紙29-1 (I) 夜勤であることを証明するもの (II) 宿直であることを証明するもの (III) 警備会社等との契約書、連絡網 (IV) 夜間帯に配置されていることを証明するもの、連絡体制が取れることを証明するもの (V) 夜間帯に配置されていることを証明するもの、連絡体制が取れることを証明するもの (VI) 宿直であることを証明するもの | |
| 夜勤職員加配加算 | (日中サービス支援型共同生活援助のみ) 基準上必要な員数の夜間支援従事者に加え、共同生活住居ごとに、夜勤を行う夜間支援従事者を1以上配置する | 別紙59 別記様式第5号：勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2)：算出表 | 日中サービス支援型共同生活援助のみ |
| 重度障害者支援加算 | (I) 以下の要件を全て満たす事業所が、該当利用者にサービス提供を行う ①生活支援員が加配されている ②サービス管理責任者又は生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は第二号研修の修了者が支援計画シートを作成する ③生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)又は第三号研修修了者の割合が20%以上であること (II) 以下の要件を全て満たす事業所が、該当利用者にサービス提供を行う ①生活支援員が加配されている ②サービス管理責任者又は生活支援員のうち1人以上が、強度行動障害支援者養成研修(実践研修)修了者、行動援護従業者養成研修修了者であり、支援計画シートを作成する ③生活支援員のうち強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)又は第三号研修修了者の割合が20%以上であること | 別紙37-1 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し) 別記様式第5号 ：勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2)：算出表 利用者が当該加算の対象者に該当していることが分かる書類 | 共同生活援助及び日中サービス支援型共同生活援助のみ |
| 日中支援加算 | (I) 高齢又は重度の障害があり、日中をGH外で過ごすことが困難である利用者について、日中に支援を行う (II) 生活介護等の利用者が、心身の状況等により日中サービスを利用できないときに、日中に支援を行う | - | |

| | | | |
|-----------------|---|---|--|
| 自立生活支援加算 | (入居中) 利用期間が1月を超えると見込まれる利用者の退居に先立ち、退居後の生活について相談援助を行い、かつ、退居後生活する居宅を訪問して、利用者及び家族に相談援助等を行う(入居中2回まで算定可) (退居後) 退居後30日以内に居宅を訪問して、相談援助等を行う(退居後1回まで算定可) | - | |
| 入院時支援特別加算 | 家族から入院に係る支援を受けることが困難な利用者が入院した場合に、訪問し、連絡調整及び被服等の準備その他の日常生活上の支援を行う | - | 訪問時の記録を残すこと |
| 長期入院時支援特別加算 | 家族からの支援を受けられない利用者が入院した際に、連絡調整等を行う ※初日及び最終日は含まない | - | ・訪問支援を行うこと(1回/週) ・連絡調整等の記録を残すこと |
| 帰宅時支援加算 | 利用者が家族等の居宅等に外泊した | - | 外泊時の記録を残すこと |
| 長期帰宅時支援加算 | 利用者が自立訓練計画に基づき家族等の居宅へ外泊する日数が2日を超える | - | 外泊時の記録を残すこと |
| 地域生活移行個別支援特別加算 | 以下のいずれにも当てはまる ①社会福祉士又は精神保健福祉士の有資格者を配置していること。 ②支援に関係する研修を年1回以上行っていること。 ③保護観察所、更生保護施設、指定医療機関、精神保健福祉センターとの協力体制が整っていること。 | 別紙15 資格証の写し 研修等の復命書 | |
| 精神障害者地域移行特別加算 | 以下のいずれにも当てはまる ・主たる対象者に精神障害者を含む(運営規程に規定) ・社会福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士等を1人以上配置 ・精神科病院・入院1年以内の利用者(1年以上入院)に対して、有資格者が所定の支援を行う | 別紙55 別記様式第5号 :勤務形態一覧表 別記様式第5号 (別紙1-2):算出表 運営規程 資格証の写し | |
| 強度行動障害者地域移行特別加算 | 以下の要件を満たし、入所施設等を退所して1年以内の強度行動障害者が、地域で生活するために必要な支援を行った場合 ・強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了し、修了証の交付を受けたサービス管理責任者又は生活支援員を1以上配置 ・生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了し、修了証の交付を受けた者の割合が20%以上 | 別紙56 | |
| 強度行動障害者体験利用加算 | 以下の要件を満たした上で、該当利用者が体験利用をする際に算定 ・強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了し、修了証の交付を受けたサービス管理責任者又は生活支援員を1以上配置 ・生活支援員のうち、強度行動障害支援者養成研修(基礎研修)を修了し、修了証の交付を受けた者の割合が20%以上 | 別紙71 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し) 別記様式第5号:勤務形態一覧表 別記様式第5号(別紙1-2):算出表 | |
| 医療連携体制加算 | (I)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間未満である場合 (II)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合 (III)看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が2時間以上である場合 (IV)看護職員を訪問させ、医療的ケアに該当する利用者に対し看護を行う(4時間未満:人数によって単位変動) (V)看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (VI)認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う (VII)事業所に看護師を配置し、利用者に対する日常的な健康管理、医療ニーズへの適切な対応がとれる等の体制を整備する | (VII)を算定する場合のみ 別紙35 看護師免許又は契約書等の写し 重度化した場合の対応に関する指針 | ・予め医療機関等と委託契約を締結すること ・原則、利用者の主治医から指示を受け、内容を書面で残すこと ・指示の内容は個別支援計画等に記載し、当該利用者の主治医に定期的に報告すること |
| 通勤者生活支援加算 | 以下の要件を全て満たすこと ①50%以上の利用者が通常の事業所に雇用されている ②職場での対人関係及び金銭の管理について、就労定着するために必要な日常生活上の支援を行う | 別紙19 | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎地域移行支援

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|-----------------|--|--|---|
| 基本報酬 | (I) 以下の要件を満たしている事業者 (ア) 社会福祉士，精神保健福祉士又はこれに準ずる者の配置 (イ) 前年度に利用者が1人以上地域移行していること (ウ) 精神科病院等と緊密な連携体制を確保していること (II) (I)のA及びBの要件を満たす事業所であって，かつ，指定地域移行支援を利用した地域相談支援給付決定障害者のうち，前年度に，対象施設を退院，退所等し，地域生活に移行した者が1人以上である事業所において算定 (III) (I) (II) 以外の事業者 | (I) を算定する場合) 別紙60 | |
| 特別地域加算 | 中山間地域等に居住している利用者に障害福祉サービスを行う | - | |
| ピアサポート体制加算 | 障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5以上配置する事業所であって，当該者によりその他の従業者に対して障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われている場合に算定 (ア) 障害者又は障害者であったと都道府県が認める者 (イ) 指定地域移行支援従事者として従事する者 | 別紙70 別記様式第5号：勤務形態一覧表 障害者であること等が分かる書類 受講した研修の実施要綱，カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類 | |
| 初回加算 | 利用開始月について，1月につき算定 | - | |
| 集中支援加算 | 利用者との対面による支援を1月に6日以上実施する | - | |
| 退院・退所月加算 | 利用者が精神科病院等から退院，退所等をする日が属する月に支援を行う | - | |
| 障害福祉サービスの体験利用加算 | 障害福祉サービスの体験的な利用支援を提供する (I) 1～5日目 (II) 6～15日目 (地域生活支援拠点の場合，さらに加算) | (地域生活支援拠点として届け出る場合) 運営規程 | |
| 体験宿泊加算 | (I) 体験的な宿泊支援を提供する (II) 体験的な宿泊支援に加え，利用者に対して夜間及び深夜の時間帯を通じて必要な見守り等の支援を行う | - | |
| 居住支援連携体制加算 | 住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会との連携により利用者の住宅の確保及び居住の支援を図る体制を確保している旨を都道府県へ届け出るとともに，当該旨を事業所に掲示するとともに公表した場合に算定 | 別紙69 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等が分かる書類 | 事業所が住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会と，毎月，利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報の共有をしなければならない |
| 地域居住支援体制強化推進加算 | ・利用者の同意を得て，当該利用者に対して，住宅確保要配慮者居住支援法人と共同して，在宅での療養又は地域において生活する上で必要となる説明及び指導等の必要な支援を行った上で，協議会又は保健，医療及び福祉関係者による協議の場に対し，当該説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題を報告した場合に，実施した月について算定 | - | 支援内容を記録すること |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから，届出や請求を行ってください。

◎地域定着支援

必須書類：別記様式第4号，別記様式第4号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|----------------|--|--|---|
| 基本報酬 | ・体制確保費 ・緊急時支援費 ※体制確保費については、市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを都道府県知事に届け出た指定地域定着支援事業所の場合、イに定める単位数に、さらに50単位を加算するものとする。 | - | |
| 特別地域加算 | 中山間地域等に居住している利用者に障害福祉サービスを行う | - | |
| ピアサポート体制加算 | 障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修を修了した次の者をそれぞれ常勤換算方法で0.5以上配置する事業所であって、当該者によりその他の従業者に対して障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上行われている場合に算定 (ア) 障害者又は障害者であったと都道府県が認める者 (イ) 指定地域移行支援従事者として従事する者 | 別紙70 別記様式第5号：勤務形態一覧表 障害者であること等が分かる書類 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類 | |
| 日常生活支援情報提供加算 | あらかじめ利用者の同意を得て、利用者の通院する精神科病院等の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者の自立した日常生活の維持に必要な情報を提供した場合に、実施した月について算定 | - | 情報提供の内容等について記録を残すこと |
| 居住支援連携体制加算 | 住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会との連携により利用者の住宅の確保及び居住の支援を図る体制を確保している旨を都道府県へ届け出るとともに、当該旨を事業所に掲示するとともに公表した場合に算定 | 別紙69 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等が分かる書類 | 事業所が住宅確保要配慮者居住支援法人又は住宅確保要配慮者居住支援協議会と、毎月、利用者の住宅の確保及び居住の支援に必要な情報の共有をしなければならない |
| 地域居住支援体制強化推進加算 | ・利用者の同意を得て、当該利用者に対して、住宅確保要配慮者居住支援法人と共同して、在宅での療養又は地域において生活する上で必要となる説明及び指導等の必要な支援を行った上で、協議会又は保健、医療及び福祉関係者による協議の場に対し、当該説明及び指導の内容並びに住宅の確保及び居住の支援に係る課題を報告した場合に、実施した月について算定 | - | 支援内容を記録すること |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎児童発達支援

必須書類：別記様式第5号，別記様式第5号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|---------------|---|--|---|
| 基本報酬 | | 別紙61-1 別紙61-3（医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定する場合） | |
| 人工内耳装用支援加算 | 主として難聴児を通わせる事業所において、人工内耳を装用している障害児に対して支援を行う | - | |
| 児童指導員等加配加算 | 以下の従業者を加配している (1) 理学療法士等を配置する場合 (2) 児童指導員等を配置する場合 (3) その他の従業者を配置する場合 | 別紙63 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | 異なる算定区分の職員で要件を満たす場合には、より区分の低い方で算定する |
| 専門的支援加算 | 児童指導員加配加算の要件となる職員に加え、さらに以下の従業者を加配している (1) 理学療法士等（保育士にあつては、5年以上児童福祉事業に従事した者に限る） (2) 5年以上児童福祉事業に従事した児童指導員 | 別紙63 別記様式第6号：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | 保育士及び児童指導員は、それぞれの資格を取得してから5年の実務経験が必要 |
| 看護職員加配加算 | 重心対象事業所において、以下の人員配置を満たし、医療的ケアを要する障害児を規定の数以上受け入れている (I) 看護職員を常勤換算方法で1名以上加配 (II) 看護職員を常勤換算方法で2名以上加配 | 別紙62 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | 医療的ケアを要する障害児に対して支援を提供することが可能な旨を公表すること |
| 共生型サービス体制強化加算 | (共生型のみ) イ 児童発達支援管理責任者及び保育士又は児童指導員をそれぞれ1以上配置した場合 ロ 児童発達支援管理責任者を配置した場合 ハ 保育士又は児童指導員を配置した場合 | 別紙68 別記様式第6号：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | 共生型のみ |
| 家庭連携加算 | 個別支援計画に基づき、保護者の同意を得て、居宅訪問を行い相談援助等を行う（月に2回を限度とする） | - | 訪問した際の記録を残すこと（日時、訪問者、相談援助の内容等） |
| 事業所内相談支援加算 | 個別支援計画に基づき、保護者の同意を得て、事業所内で相談援助等を行う（月に1回を限度とする）。なお、家庭連携加算を算定している場合は、算定不可 (I) 1世帯のみへ相談援助を行った場合 (II) 2人から8人までを1組として同時に相談援助を行った場合 | - | ・記録を残すこと（日時、対応者、相談援助の内容等） ・障害児を同席させることが望ましくない場合等であれば、保護者のみに相談援助を行うことで算定可能 ・児童発達支援を利用していない日に相談を行った場合にも算定可能であるが、児童発達支援を提供していない月では算定不可 |
| 訪問支援特別加算 | 5日以上連続して利用がなかった場合に、利用者の同意を得た上で、居宅を訪問し、連絡調整又は事業所の継続使用の働きかけ、個別支援計画の見直し等の支援を行う（月に2回を限度とする） | - | ・訪問した際の記録を残すこと（日時、訪問者、相談援助の内容等） ・所要時間は、個別支援計画に基づいて行われるべき支援に要する時間 |
| 食事提供加算 | (原則) 施設内の設備で調理した食事を提供する (例外) 衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託している | - | |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 福祉専門職員配置等加算 | (I) 有資格者 35%以上 (II) 有資格者 25%以上 (III) 常勤職員が 75%以上又は、勤続 3年以上が 30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 (I) (II)：資格証の写し (III)：別紙7 | 多機能型は、全サービスの合計で算定する |
| 栄養士配置加算 | (I) 常勤の管理栄養士又は栄養士を配置している (II) 非常勤の管理栄養士又は栄養士を配置している | 別紙14 資格証の写し | 調理委託している場合は算定不可 |

| | | | |
|--------------|--|-------------------------------------|---|
| 欠席時対応加算 | 急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日、又は当日に中止の連絡があり、相談援助を行った場合、月4回を限度として加算 例外：重症心身障害児に対して支援を行う事業所で、利用率が80%に満たない場合は、月8回を限度として加算 | - | ・連絡があった内容について記録する（日時、相手方、欠席する日付、欠席理由、相談援助の内容） ・キャンセル料の徴収は行わない（食材料費に対するキャンセル料を除く） |
| 特別支援加算 | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は心理指導担当職員を配置して、特別支援計画を作成し、計画的に機能訓練又は心理指導を行う | 別紙33 特別支援計画書 | ・記録を整備すること ・専門的支援加算により理学療法士等（5年以上児童福祉事業に従事した保育士を除く）を配置している場合には算定不可 |
| 個別サポート加算 | 以下の要件に該当する障害児を支援した場合 (I) 乳幼児等サポート調査表の項目に該当する児童 (II) 要保護児童又は要支援児童 | - | 記録を整備すること |
| 強度行動障害児支援加算 | 行動障害の内容に関する点数が合計20点以上の児童に対し、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）を修了し、研修修了証の交付を受けた者が、サービスを提供する | 別紙66 別記様式第6号：勤務形態一覧表 研修修了証の写し | |
| 医療連携体制加算 | (I) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間未満である場合 (II) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合 (III) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が2時間以上である場合 (IV) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって、看護の提供時間が4時間未満である場合（人数によって単位変動） (V) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって、看護の提供時間が4時間以上である場合（人数によって単位変動） (VI) 看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀痰吸引等に係る指導を行う (VII) 認定特定行為業務従事者が、喀痰吸引等を行う | - | ・原則、当該児童の主治医から指示を受け、指示の内容を書面で残すこと ・具体的な看護内容等を個別支援計画等に記載し、当該障害児の主治医に対し、定期的に看護の提供状況を報告すること |
| 送迎加算 | 居宅等と事業所間の送迎を行う (イ) 障害児（重症児以外）の場合 (ロ) 障害児（医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定している児童）の場合 | 別紙12-2 | ・送迎の記録を整備する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定 |
| 延長支援加算 | 営業時間が8時間以上の事業所が、時間外にサービス提供を行う | 別紙11 個別支援計画書の写し 障害児支援利用計画書の写し | 個別支援計画書及び障害児支援利用計画書に、延長支援及びそのやむを得ない理由についての記載があるか |
| 関係機関連携加算 | (I) 保育所等と連携を図るため個別支援計画に関する会議を開催し、保育所等との連絡調整及び相談援助を行う (II) 就学予定の小学校等又は、就職予定の企業等との連絡調整及び相談援助を行う | - | ・記録を残すこと（日時、対応者、相談援助の内容等） ・算定は1回を限度とする |
| 保育・教育等移行支援加算 | 地域において保育、教育等を受けられるよう支援を行ったことにより、事業所を退所して保育所等に通うことになった障害児に対し、退所後30日以内に居宅等を訪問して相談援助を行う（1回を限度に算定可） | - | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎医療型児童発達支援

必須書類：別記様式第5号，別記様式第5号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|--------------|--|--|---|
| 家庭連携加算 | 個別支援計画に基づき、保護者の同意を得て、居宅訪問を行い相談援助等を行う（月に2回を限度とする） | - | 訪問した際の記録を残すこと （日時、訪問者、相談援助の内容等） |
| 事業所内相談支援加算 | 個別支援計画に基づき、保護者の同意を得て、事業所内で相談援助等を行う（月に1回を限度とする）。なお、家庭連携加算を算定している場合は、算定不可 （Ⅰ）1世帯のみへ相談援助を行った場合 （Ⅱ）2人から8人までを1組として同時に相談援助を行った場合 | - | ・記録を残すこと（日時、対応者、相談援助の内容等） ・障害児を同席させることが望ましくない場合等であれば、保護者のみに相談援助を行うことで算定可能 ・児童発達支援を利用していない日に相談を行った場合にも算定可能であるが、児童発達支援を提供していない月では算定不可 |
| 訪問支援特別加算 | 5日以上連続して利用がなかった場合に、利用者の同意を得た上で、居宅を訪問し、連絡調整又は事業所の継続使用の働きかけ、個別支援計画の見直し等の支援を行う（月に2回を限度とする） | - | ・訪問した際の記録を残すこと （日時、訪問者、相談援助の内容等） ・所要時間は、個別支援計画に基づいて行われるべき支援に要する時間 |
| 食事提供加算 | （原則）施設内の設備で調理した食事を提供する （例外）衛生管理を適切に行い、調理業務を第三者に委託している | - | |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 福祉専門職員配置等加算 | （Ⅰ）有資格者 35%以上 （Ⅱ）有資格者 25%以上 （Ⅲ）常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 （Ⅰ）（Ⅱ）：資格証の写し （Ⅲ）：別紙7 | 多機能型は、全サービスの合計で算定する |
| 欠席時対応加算 | 急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日、又は当日に中止の連絡があり、相談援助を行った場合、月4回を限度として加算 例外：重症心身障害児に対して支援を行う事業所で、利用率が80%に満たない場合は、月8回を限度として加算 | - | ・連絡があった内容について記録する （日時、相手方、欠席する日付、欠席理由、相談援助の内容） ・キャンセル料の徴収は行わない（食料料費に対するキャンセル料を除く） |
| 特別支援加算 | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は心理指導担当職員を配置して、特別支援計画を作成し、計画的に機能訓練又は心理指導を行う | 別紙33 特別支援計画書の写し | 記録を整備すること |
| 送迎加算 | 居宅等と事業所間の送迎を行う （イ）障害児（重症児以外）の場合 （ロ）障害児（重症児）の場合 | 別紙12-2 障害児支援利用計画書の写し | |
| 保育職員加配加算 | 児童指導員又は保育士を1人以上加配している （定員21人以上の事業所の場合、22単位加算） | - | |
| 個別サポート加算 | 以下の要件に該当する障害児を支援した場合 （Ⅰ）乳幼児等サポート調査表の項目に該当する児童 （Ⅱ）要保護児童又は要支援児童 | - | 記録を整備すること |
| 延長支援加算 | 営業時間が8時間以上の事業所が、時間外にサービス提供を行う | 別紙11 個別支援計画書の写し 障害児支援利用計画書の写し | 個別支援計画書及び障害児支援利用計画書に、延長支援及びそのやむを得ない理由についての記載があるか |
| 関係機関連携加算 | （Ⅰ）保育所等と連携を図るため個別支援計画に関する会議を開催し、保育所等との連絡調整及び相談援助を行う （Ⅱ）就学予定の小学校等又は、就職予定の企業等との連絡調整及び相談援助を行う | - | ・記録を残すこと（日時、対応者、相談援助の内容等） ・算定は1回を限度とする |
| 保育・教育等移行支援加算 | 地域において保育、教育等を受けられるよう支援を行ったことにより、事業所を退所して保育所等に通うことになった障害児に対し、退所後30日以内に居宅等を訪問して相談援助を行う（1回を限度に算定可） | - | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎放課後等デイサービス

必須書類：別記様式第5号，別記様式第5号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|---------------|---|--|--|
| 基本報酬 | | 別紙61-2 別紙61-3 (医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定する場合) | |
| 児童指導員等加配加算 | 以下の従業者を加配している (1) 理学療法士等を配置する場合 (2) 児童指導員等を配置する場合 (3) その他の従業者を配置する場合 | 別紙63 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | ・障害福祉サービス経験者を配置する事業所においては、従業者の員数と加配職員の員数の総数のうち、児童指導員又は保育士を2名以上(常勤換算)していることが必要 ・異なる算定区分の職員で要件を満たす場合には、より区分の低い方で算定する |
| 専門的支援加算 | 児童指導員加配加算の要件となる職員に加え、さらに理学療法士等(保育士を除く)を加配している。 | 別紙63 別記様式第6号：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | 保育士を配置した場合は算定対象とならない |
| 看護職員加配加算 | 重心対象事業所において、以下の人員配置を満たし、医療的ケアを要する障害児を規定の数以上受け入れている (Ⅰ) 看護職員を常勤換算方法で1名以上加配 (Ⅱ) 看護職員を常勤換算方法で2名以上加配 | 別紙62 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | 医療的ケアを要する障害児に対して支援を提供することが可能な旨を公表すること |
| 共生型サービス体制強化加算 | (共生型の場合に限る) イ 児童発達支援管理責任者及び保育士又は児童指導員をそれぞれ1以上配置した場合 ロ 児童発達支援管理責任者を配置した場合 ハ 保育士又は児童指導員を配置した場合 | 別紙68 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | |
| 家庭連携加算 | 個別支援計画に基づき、保護者の同意を得て、居宅訪問を行い相談援助等を行う(月に2回を限度とする) | - | 訪問した際の記録を残す(日時、訪問者、相談援助の内容等) |
| 事業所内相談支援加算 | 個別支援計画に基づき、保護者の同意を得て、事業所内で相談援助等を行う(月に1回を限度とする)。なお、家庭連携加算を算定している場合は、算定不可 (Ⅰ) 1世帯のみへ相談援助を行った場合 (Ⅱ) 2人から8人までを1組として同時に相談援助を行った場合 | - | ・記録を残すこと(日時、対応者、相談援助の内容等) ・障害児を同席させることが望ましくない場合等であれば、保護者のみに相談援助を行うことで算定可能 ・児童発達支援を利用していない日に相談を行った場合にも算定可能であるが、児童発達支援を提供していない月では算定不可 |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |
| 福祉専門職員配置等加算 | (Ⅰ) 有資格者35%以上 (Ⅱ) 有資格者25%以上 (Ⅲ) 常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士，介護福祉士，精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7 | 多機能型は、全サービスの合計で算定する |
| 欠席時対応加算 | 以下の要件を満たした際に算定 (Ⅰ) 急病等によりその利用を中止した日の前々日、前日、又は当日に中止の連絡があり、相談援助を行った場合、月4回を限度として加算 (Ⅱ) 就学児の当日の急病等、利用日の前日まで指定放課後等デイサービス事業所が把握できなかった事情により、利用を開始したものの、その利用を中止した場合(支援終了まで30分以下) 例外：重症心身障害児に対して支援を行う事業所で、利用率が80%に満たない場合は、月8回を限度として加算 | - | ・連絡があった内容について記録する(日時、相手方、欠席する日付、欠席理由、相談援助の内容) ・キャンセル料の徴収を行わない(食料費に対するキャンセル料を除く) ・(Ⅱ)における30分以下とは、支援開始から従業者による支援(急遽体調不良になった就学児が休憩しているときの見守り等を含む。)の終了時間までが30分以下であるものであり、送迎中の時間は含まない |
| 特別支援加算 | 理学療法士，作業療法士，言語聴覚士又は心理指導担当職員を配置し、特別支援計画を作成し、計画的に機能訓練又は心理指導を行う | 別紙33 特別支援計画書 | ・記録を整備すること |
| 個別サポート加算 | 以下の要件に該当する障害児を支援した場合 (Ⅰ) 乳幼児等サポート調査表の項目に該当する児童 (Ⅱ) 要保護児童又は要支援児童 | - | 記録を整備すること |
| 強度行動障害児支援加算 | | 別紙66 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 研修修了証の写し | |

| | | | |
|--------------|--|--------------------------------------|---|
| 医療連携体制加算 | (I) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間未満である場合 (II) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が1時間以上2時間未満である場合 (III) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要としない利用者に対する看護であって、看護の提供時間が2時間以上である場合 (IV) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって、看護の提供時間が4時間未満である場合(人数によって単位変動) (V) 看護職員を訪問させ、医療的ケアを必要とする利用者に対する看護であって、看護の提供時間が4時間以上である場合(人数によって単位変動) (VI) 看護職員を訪問させ、認定特定行為業務従事者に喀吸引等に係る指導を行う (VII) 認定特定行為業務従事者が、喀吸引等を行う | - | <ul style="list-style-type: none"> ・原則、当該児童の主治医から指示を受け、指示の内容を画面で残すこと ・具体的な看護内容等を個別支援計画等に記載し、当該障害児の主治医に対し、定期的に看護の提供状況を報告すること |
| 送迎加算 | 居宅等と事業所間の送迎を行う (イ) 障害児(重症児以外)の場合 (ロ) 障害児(医療的ケア区分に応じた基本報酬を算定している児童)の場合 | 別紙 12-2 | <ul style="list-style-type: none"> ・送迎の記録を整備する ・同一敷地内の他事業所との間の送迎は、単位数の70%を算定 ・基本報酬が算定できない場合、欠席時対応加算(II)を算定している場合には算定不可 |
| 延長支援加算 | 営業時間が8時間以上の事業所が、時間外にサービス提供を行う | 別紙 11 個別支援計画書の写し 障害児支援利用計画書の写し | 個別支援計画書及び障害児支援利用計画書に、延長支援及びそのやむを得ない理由についての記載があるか |
| 関係機関連携加算 | (I) 保育所等と連携を図るため個別支援計画に関する会議を開催し、保育所等との連絡調整及び相談援助を行う (II) 就学予定の小学校等又は、就職予定の企業等との連絡調整及び相談援助を行う | - | <ul style="list-style-type: none"> ・記録を残す(日時、対応者、相談援助の内容等) ・算定は1回限度とする |
| 保育・教育等移行支援加算 | 地域において保育、教育等を受けられるよう支援を行ったことにより、事業所を退所して保育所等に通うことになった障害児に対し、退所後30日以内に居宅等を訪問して相談援助を行う(1回を限度に算定可) | - | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎**居宅訪問型児童発達支援**

必須書類：別記様式第5号，別記様式第5号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|--------------|--|---------------------------------------|----|
| 訪問支援員特別加算 | 下記のいずれかの要件を満たす専門職員を配置している (一) 理学療法士等として障害児通所支援事業所等に配置され、障害児に対する直接支援・相談支援・準ずる業務に5年以上従事 (二) 障害児に対する直接支援・相談支援・準ずる業務に10年以上従事 | 別紙67 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 資格証の写し | |
| 特別地域加算 | 過疎地等の離島・山間地域への訪問支援を行う | - | |
| 通所施設移行支援加算 | 利用者に対し、児童発達支援センター等に通うための相談援助及び連絡調整を行う（1回を限度として算定可） | - | |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎**保育所等訪問支援**

必須書類：別記様式第5号，別記様式第5号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|-----------------------------|---|--|----|
| 訪問支援員特別加算 (専門職員が支援を行う場合) | 以下のいずれにも当てはまる ①実務経験年数（5年以上又は10年以上）を満たしている ②心理指導担当職員は、大学で、心理学を専修する学科等を卒業した者であって、個人及び集団心理療法の技術を有する者 | 別紙39 別記様式第21号 ：実務経験証明書 資格証の写し | |
| 特別地域加算 | 過疎地等の離島・山間地域への訪問支援を行う | - | |
| 初回加算 | 新規利用者に対して、訪問支援員が初めて又は初回のサービス提供を行った日の属する月に児童発達支援管理責任者が同行してサービス提供した場合、1月につき算定 | - | |
| 家庭連携加算 | 個別支援計画に基づき、保護者の同意を得て、居宅訪問を行い相談援助等を行う（月に2回を限度とする） | - | |
| 利用者負担上限額管理加算 | 利用者負担額合計額の管理を行う | - | |

※ 必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎福祉型障害児入所施設

必須書類：別記様式第5号，別記様式第5号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|---------------|---|--|---|
| 職業指導員加算 | 職業指導員を専任で1名以上配置している | 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 | |
| 重度障害児支援加算 | 重度の障害児が、一定の基準を満たす施設を利用した場合 (追加①) 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の修了者を1以上配置し、支援計画シートを作成する | 別紙40 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 研修修了証の写し | |
| 重度重複障害児加算 | 重度障害児支援加算の算定要件に該当する障害児であって、視覚障害、聴覚若しくは平衡機能の障害、音声機能、言語機能若しくはそしゃく機能の障害、肢体不自由、内部障害、知的障害又は精神障害のうち3つ以上の障害を有する障害児が利用した場合 | - | |
| 強度行動障害児特別支援加算 | 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の修了者を1以上配置し、支援計画シートを作成すること | 別紙41 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 研修修了証の写し (受講予定者は、受講計画の写し) | |
| 乳幼児加算 | 乳幼児である障害児が利用する場合に算定 | - | |
| 心理担当職員配置加算 | 以下のいずれにも当てはまる ①心理担当職員を専任で1名以上配置している ②心理指導に必要な部屋や設備を有している ③対象となる児童が5人以上いる ※公認心理師を配置している場合は、さらに加算 | 別紙32 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 (公認心理師配置の場合) 資格証の写し | 強度行動障害児特別支援加算を算定している場合は、算定不可 |
| 看護職員配置加算 | 看護職員を専任で1名以上加配している | 別紙65 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 看護師免許等又は契約書等の写し | |
| 児童指導員等加配加算 | 以下の従業者を加配している (イ) 理学療法士等を配置する場合 (ロ) 児童指導員等を配置する場合 | 別紙63 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 要件を満たすことを確認できる書類 (資格証の写し等) | |
| ソーシャルワーカー配置加算 | 以下に掲げるソーシャルワーカーを1名以上配置した場合に算定 ・社会福祉士 ・障害福祉サービス事業、相談支援、障害児通所支援、障害児入所支援又は障害児相談支援に5年以上従事した経験を有する者 | 別紙74 別記様式第6号：勤務形態一覧表 要件に該当していることを証明する書類 | |
| 入院・外泊時加算 | 利用者の入院及び居宅への外泊の際に、連絡調整等を行う ※初日及び最終日は含まない (Ⅰ)～8日 (Ⅱ)9日～82日 | - | ・訪問支援を行うこと (1回/週) ・連絡調整等の記録を残す ・空床型短期入所として使用すると、算定できない |
| 自活訓練加算 | 訓練により自活が可能になると見込まれる障害児に対して、一定期間(180日)集中して個別指導を行う (Ⅰ)同一敷地内に自活訓練用の居室がある (Ⅱ)同一敷地内に自活訓練用の居室の確保が困難である | 別紙43 居室生活移行計画 | 同一の指定福祉型障害児入所施設に入所している期間中に、合計で360日まで算定可能 |
| 入院時特別支援加算 | 家族から入院に係る支援を受けることが困難な利用者が入院した場合に、訪問し、連絡調整及び被服等の準備その他の日常生活上の支援を行う | - | 長期入院等支援特別加算が算定される間は加算しない 訪問時の記録を残すこと |
| 福祉専門職員配置等加算 | (Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は、勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証の写し (Ⅲ)：別紙7 | |
| 地域移行加算 | (1回目)利用期間が1月を越えると見込まれる利用者が退所後生活する居宅を訪問して、相談援助等を行う (2回目)退所後30日以内に居宅を訪問して、相談援助等を行うと1回を限度に加算を算定する | - | ・訪問した際の記録を残すこと(日時、訪問者、相談援助の内容等) ・立ち話程度の相談援助では算定不可 |
| 栄養士配置加算 | (Ⅰ)常勤の管理栄養士又は栄養士を配置している (Ⅱ)非常勤の管理栄養士又は栄養士を配置している | 別紙14 資格証の写し 別記様式第6号：勤務形態一覧表 | 調理委託している場合は算定不可 |
| 栄養マネジメント加算 | 以下のいずれにも当てはまる ①常勤の管理栄養士を1名以上配置している ②入所者ごとの栄養ケア計画を作成している ③入所者の栄養状態を定期的に記録していること ④栄養ケア計画の進捗状況評価し当該計画を見直している | 別紙14 資格証の写し 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 | H27より栄養士の配置では、加算要件を満たさない |
| 小規模グループケア加算 | ・小規模グループ(4人～8人)による、できる限り家庭的な環境の中で職員との個別的な関係を重視したきめ細やかなケアを行っている ・本体施設から分離した場所で小規模な生活単位を設けて支援を行う(サテライト型)場合に、サテライト型小規模グループケアとして更に評価 | 別紙34 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 別記様式第15号 ：平面図 | |

※必ず報酬告示等の要件を確認してから、届出や請求を行ってください。

◎医療型障害児入所施設

必須書類：別記様式第5号，別記様式第5号別紙1

| 加算項目 | 要件概要 | 提出書類 | 備考 |
|-------------------|--|---|--|
| 基本報酬： 有期有目的加算 | 一定期間に指定入所支援を行うことで，一定期間経過後に退所が可能である障害児が利用した場合 | - | |
| 重度障害児支援 加算 | 重度の障害児が，一定の基準を満たす施設を利用した場合 (追加①) 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の修了者を1以上配置し，支援計画シートを作成する | 別紙40 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 研修修了証の写し | |
| 重度重複障害児 加算 | 重度障害児支援加算の算定要件に該当する障害児であって，視覚障害，聴覚若しくは平衡機能の障害，音声機能，言語機能若しくはそしゃく機能の障害，肢体不自由，内部障害，知的障害又は精神障害のうち3つ以上の障害を有する障害児が利用した場合 | - | |
| 乳幼児加算 | 乳幼児である肢体不自由児(重症心身障害児を除く)が利用する | - | |
| 強度行動障害児 特別支援加算 | 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)の修了者を1以上配置し，支援計画シートを作成すること | 別紙41 別記様式第6号：勤務 形態一覧表 研修修了証の写し (受講予定者は，受講計 画の写し) | |
| 乳幼児加算 | 乳幼児である障害児が利用する場合に算定 | - | |
| 心理担当職員配 置加算 | 以下のいずれにも当てはまる ①心理担当職員を専任で1名以上配置している ②心理指導に必要な部屋や設備を有している ③対象となる児童が5人以上いる ※公認心理師を配置している場合は，さらに加算 | 別紙32 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 (公認心理師配置の場 合)資格証の写し | |
| ソーシャルワー カー配置加算 | 以下に掲げるソーシャルワーカーを1名以上配置した場合に算定 ・社会福祉士 ・障害福祉サービス事業，相談支援，障害児通所支援，障害児入所支援又は障害児相談支援に5年以上従事した経歴を有する者 | 別紙74 別記様式第6号：勤務 形態一覧表 要件に該当していること を証明する書類 | |
| 自活訓練加算 | 訓練により自活が可能になると見込まれる障害児に対して，一定期間集中して個別指導を行う (Ⅰ)同一敷地内に自活訓練用の居室がある (Ⅱ)同一敷地内に自活訓練用の居室の確保が困難である | 別紙43 居宅生活移行計画 | 同一の指定福祉型障害児入所施設に入所している期間中に，合計で360日まで算定可能 |
| 福祉専門職員配 置等加算 | (Ⅰ)有資格者35%以上 (Ⅱ)有資格者25%以上 (Ⅲ)常勤職員が75%以上又は，勤続3年以上が30% ※有資格者： 社会福祉士，介護福祉士，精神保健福祉士又は公認心理師 | 別紙6 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 (Ⅰ)(Ⅱ)：資格証 の写し (Ⅲ)：別紙7 | |
| 保育職員加配加 算 | 児童指導員又は保育士を1以上配置している | 別紙64 別記様式第6号：勤務 形態一覧表 | |
| 地域移行加算 | (1回目)利用期間が1月を越えると見込まれる利用者が退所後生活する居宅を訪問して，相談援助等を行う (2回目)退所後30日以内に居宅を訪問して，相談援助等を行うと1回を限度に加算を算定する | - | ・訪問した際の記録を残すこと(日時，訪問者，相談援助の内容等) ・立ち話程度の相談援助では算定不可 |
| 小規模グループ ケア加算 | 小規模グループ(4人～8人)による，できる限り家庭的な環境の中で職員との個別関係性を重視したきめ細やかなケアを行っている | 別紙34 別記様式第6号 ：勤務形態一覧表 別記様式第15号 ：平面図 | |

※必ず報酬告示等の要件を確認してから，届出や請求を行ってください。

指定障害福祉サービス等事業者
各種届出に関する手引き
令和3年4月発行
発行者 宮城県保健福祉部障害福祉課