

# 令和5年度指定障害福祉サービス事業者等集団指導

## 在宅系サービス 参考資料

在宅系サービス：居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者包括支援

長野県健康福祉部障がい者支援課

指定申請書類チェック一覧及び書類審査留意事項（居宅介護等事業者用）

審査担当者	保福受付	1次審査		2次審査	審査結果	指定 ・ 条件付指定	
受付番号		受付年月日	年	月	条件付指定の条件		
事業所名							
申請担当者名							
連絡先	電話番号		FAX番号				
	電子メールアドレス						

	提出書類	様式	留意事項	保福チェック	審査欄	チェック
1	(指定) 指定申請書 (更新) 指定更新申請書	様式1 様式1 (別紙) 又は 様式1-3	(1) 必要項目が満たされているか。 (2) 代表者の住所は、自宅の住所か。 (3) 事業等の種類、事業開始予定年月日が記載されているか。 (4) 別紙に他法による事業所番号が記載されているか。 (5) 事業所名は整合性が図られているか。(付表1等)			
2	居宅介護・重度訪問介護・同行援護・ 行動援護事業所等の指定に係る記載事項	付表1 付表1-2	(1) 管理者欄に記載があるか。 (2) 定款、条例の番号が記載されているか。 (3) すべてのサービス提供責任者について記載があるか。 (4) 営業日、営業時間について記載があるか。 (5) 付表記載のサービス内容の種類及び主たる対象者を○で囲む等 選定してあるか。 (6) 従業者の種類・員数の欄の計がそれぞれあっているか。			
※ 3	法人登記簿謄本	/	(1) 申請に係る事業を実施する旨の記載があるもの。 (2) 市町村が申請する場合にあっては、条例（公報の写し）。			
4	障害者総合支援法第36条第3項各号の 規定に該当しない旨の誓約書	参考様式8	(1) 代表者印が押印されているか。			
5	従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表	別紙2-4	(1) 従業者の種類・人数が付表1の同欄の人数と合致しているか。 (2) 管理者は常勤であるか。 (3) サービス提供責任者は常勤・専従1名以上であるか。			
6	組織体制図	/	(1) 付表1で兼務職員となっている者の、兼務職名等が記載されているか。			
7	管理者の経歴書	参考様式3	(1) 資格等が記載されているか			
8	サービス提供責任者経歴書	参考様式3	(1) 資格等が記載されているか			
9	従業者の資格を証明するもの (資格証、研修終了証の写し)	/	(1) 資格を証明する写しが添付されているか。			
10	実務経験証明書	参考様式4	(提出が必要な場合) (1) 必要な要件を満たす内容であるか。 (2) 「従業者等の勤務体制及び勤務形態一覧表」の従業者と一致しているか。			
※ 11	平面図	参考様式1	(1) 事業に使用される箇所（事務室、相談室等）が明確となっているか。			
※ 12	設備・備品等一覧表	参考様式2	(1) 必要な設備及び備品等が記載されているか。 (2) 手指を洗浄するための設備等、感染症予防に必要な設備があるか。			
※ 13	事業所の不動産登記簿謄本、 賃貸借契約書の写し等	/	(1) 自己所有の場合は登記簿謄本が添付されているか。 (2) 賃貸の場合は賃貸借契約書の写しが添付されているか。			
14	運営規程	運営規程 (例)	(1) 記載項目が規定されているか。 (運営規定例参照)			
15	主たる対象者を特定する理由等	参考様式7	(障害を特定する場合のみ添付) (1) 付表1の記載内容と一致しているか。			
16	利用者又はその家族からの苦情を解決する ために講ずる措置の概要	参考様式6	(1) 利用者等からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口連絡先、担当者が 記載されているか。 (2) 苦情を解決するための処理体制・手順が記載されているか。			
※ 17	協力医療機関との契約の内容	/	(協力医療機関がある場合のみ、契約書の写し等の添付で可)			

	18	事業計画書		(1) 事業開始後、初年度の計画 (法人の全体計画とは区別) (更新の場合は更新年度の計画)			
	19	収支予算書		(1) 事業開始後、初年度の予算 (法人の全体計画とは区別) (更新の場合は更新年度の予算)			
※	20	損害賠償発生時の対応方法を明示する書類		(1) 損害保険に加入している場合は、損害保険証書の写し。 (2) 損害保険に加入予定の場合は、保険契約の予約を証する書類又は加入する旨を記載した確約書。 (3) 上記以外の方法をとる場合は、その方法を明示する書類。			
	21	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書	様式5	(1) 実施事業に該当する項目が記載されているか。			
	22	介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧	様式5 別紙1	(1) 実施事業の該当する各項目を○で囲んであるか。 (2) 算定する加算について、加算別紙等が添付されているか。 (提出が必要な場合)			

(注) 左に※のある書類は、更新の際、新規指定時に提出された申請書類、又は直近の変更届の内容から変更が無い場合は、提出不要です。

変更届出書(様式第2号)に添付する書類例について

- サービスの種類ごとに必要となる書類を□で表示しています。
- 14「介護給付費等(障害児(通所・入所)給付費)の請求に関する事項」において、加算の新規取得などの報酬単価増となる変更届出は、毎月15日(15日が閉庁日の場合は、直前の開庁日)までに保健福祉事務所に届出があった場合は翌月1日から、毎月16日以降に届出があった場合は翌々月1日からの算定となります。
- 14以外の変更届については、変更の日から10日以内に保健福祉事務所に届けてください。
- 必要に応じ、下記以外の書類の提出を求める場合があります。

\*1 施設系・日中系サービス等:療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、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、グループホーム、自立生活援助  
 \*2 居宅系サービス等:居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援

	変更事項	サービスの種類					添付書類例
		*1 施設系・日中系サービス	*2 等居宅系サービス	短期入所	地域相談支援	障害児通所支援	
1	事業所(施設)の名称	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 運営規程
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所) 注)電話・FAX番号が変わった場合は必ず電話・FAX番号も記載してください	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 運営規程 事業所の平面図(参考様式1) 賃貸借契約書(写)、土地・建物登記事項証明書等 (事業所の住居表示と異なる場合は住居表示証明書を添付) 設備、備品等一覧(参考様式2) 建築検査済証 消防設備検査済証 用途変更要否確認書類(200㎡以上、任意様式) 土砂災害特別警戒区域該当の有無確認書類 (任意様式。該当の場合は防災マニュアルを添付)
3	申請者(設置者)の名称	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	運営規程 法人登記事項証明書(登記に時間を要する場合は理事会議事録)
4	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	法人登記事項証明書(登記に時間を要する場合は理事会議事録)
5	代表者の氏名及び住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	法人登記事項証明書(登記に時間を要する場合は理事会議事録) 誓約書(参考様式8)
6	※定款等若しくはその登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	定款(就労継続支援A型事業所のみ) 法人登記事項証明書
7	事業所(施設)の平面図及び設備の概要	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 運営規程(変更がある場合) 事業所の平面図(参考様式1) 賃貸借契約書(写)、土地・建物登記事項証明書等 事業所(施設)の位置図 設備、備品等一覧(参考様式2) 建築検査済証 消防設備検査済証 用途変更要否確認書類(200㎡以上、任意様式) 土砂災害特別警戒区域該当の有無確認書類 (任意様式。該当の場合は防災マニュアルを添付)
8	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 管理者経歴書(参考様式3) 実務経験証明書(参考様式4) 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表 資格証(写)(資格要件等の場合)
9	事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所 行動援護及び同行援護の従業員の変更	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 運営規程(変更がある場合) サービス提供責任者・従業員経歴書(参考様式3) (サービス提供責任者の変更の場合) 資格証(写)、研修修了証 実務経験証明書(参考様式4)※業務内容を具体的に記載 従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

## 変更届出書(様式第2号)に添付する書類例について

- \*1 施設系・日中系サービス等:療養介護、生活介護、施設入所支援、自立訓練、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、グループホーム、自立生活援助  
 \*2 居宅系サービス等:居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援

変更事項	サービスの種類					添付書類例
	*1 施設系・日中系サービス等	*2 居宅系サービス等	短期入所	地域相談支援	障害児通所支援	
10 事業所のサービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)の氏名及び住所	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 運営規程(変更がある場合) サービス管理責任者(児発管)経歴書(参考様式3) 実務経験証明書(参考様式4)※業務内容を具体的に記載 研修修了証(相談講義部分、サビ管分野別) 確約書(やむを得ない事由適用の場合) 組織体制図 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
11 指定地域移行支援、指定地域定着支援の提供に当たる者の氏名及び住所				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 運営規程(変更がある場合) 他の事業所又は施設の従事者と兼務する地域移行支援・地域定着支援に従事する者について(変更がある場合) 経歴書(参考様式3) 資格証(写)、研修修了証 実務経験証明書(参考様式4)※業務内容を具体的に記載 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
12 主たる対象者	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 運営規程 主たる対象者を特定する理由(参考様式7)(特定する場合)
13 運営規程	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表)(変更がある場合) 運営規程
14 介護給付費等(障害児(入所・通所)給付費)の請求に関する事項	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書(様式第5号)その1及びその2 介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表(様式第5号)別紙1 新規加算別紙(申請する加算に必要な提出様式及び添付資料) 注)具体的な様式は「各種報酬(加算)の算定に必要な届出書類一覧」を参照
15 事業所の種別(併設型・空床型・単独型の別)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			指定に係る記載事項(付表) 運営規程 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 事業所の平面図(参考様式1)
16 利用定員、併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			指定に係る記載事項(付表) 運営規程 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 事業所の平面図(参考様式1)
17 協力医療機関の名称及び診療科目並びに当該協力医療機関との契約内容	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	指定に係る記載事項(付表) 協力医療機関との契約書(写) 運営規程
18 他の障害福祉サービス事業者等との連携体制又は支援体制の概要	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					指定に係る記載事項(付表) 協力機関との契約書(写) 運営規程
19 当該申請に係る事業の開始予定年月日	<input type="checkbox"/>					開始予定年月日の変更に係る理由書(任意様式)
20 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要			<input type="checkbox"/>			併設施設の概要が分かる書類(パンフレット等)
21 同一敷地内にある入所施設及び病院の概要			<input type="checkbox"/>			同一敷地内にある入所施設及び病院の概要が分かる書類(パンフレット等)
22 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					<input type="checkbox"/>	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

(様式第2号)

変 更 届 出 書

年 月 日

知事 殿

法人情報

住 所 長野県長野市大字南長野字幅下692-2
事業者(所在地) (社福)〇×福祉会
(施設の設置者)氏 名 長野 太郎 印
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

事業所情報

Table with columns for '変更があった事項' and '変更の内容'. Includes fields for business number (2010000000), name (〇〇事業所), address (長野県長野市〇〇〇▲▲▲1-2-3), and service types (居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護). A callout box points to item 11: '指定地域移行支援、指定地域定着支援の提供に当たる者の氏名及び住所'.

備考1 該当項目番号に〇を付してください。
2 変更内容がわかる書類を添付してください。
3 変更の日から10日以内に届け出てください。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護事業所等の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称					
	所在地	(郵便番号 - )				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名					
	居宅介護従業者等との兼務の有無			有 ・ 無		
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)	事業所等の名称	兼務の場合には必ず記載			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施について定めてある条例等 第 条 第 項 第 号						
サービス 提供責任者	フリガナ					
	氏名					
従業者の職種・員数		居宅介護事業従業者		その他		
		専従	兼務	専従		
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)						
サービス提供責任者が複数人の場合は、行を追加する、別紙を作成する等、必ず全員について記載						
主な揭示事項						
営業日						
営業時間						
サービス内容		居宅介護【(身体介護・通院介助)・家事援助(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護				
主たる対象者	居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者				
	重度訪問介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者・加算対象者以外				
	同行援護	特定無し・身体障害者・障害児・難病等対象者				
	行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者・難病等対象者				
利用料						
その他の費用						
通常の事業の実施地域						
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない				
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者		
	その他					
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表)				

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定とあわせて重度訪問介護の指定を受けようとする場合は重度訪問介護も記載してください。
- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。
- 共生型居宅介護又は共生型重度訪問介護の申請の場合、以下の書類の提出を省略することができます。
  - 登記事項証明書又は条例等
  - 事業所平面図
  - 管理者及びサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
  - 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

複数の居宅系サービスは全て合算。ただし重複利用者は1人で算定

通院等乗降介助のみの利用者は0.1人として算定

サービス種類ごとに作成すること  
(特に行動援護は別業のこと)

前3か月の利用者数			
	7月	8月	9月
居宅介護	22	18	20
通院等乗降介助のみ	0.2	0.2	0.1
合計	22.2	18.2	20.1

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

20.2

サービス種類		居宅介護	事業所・施設名	長野ホームヘルプサービス																																
定員		前3か月の平均実利用者数	20.2人	基準上の必要職員数										2.5																						
職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28						
			月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日						
管理者	①	長野 太郎	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80.00	20.00	0.5			
																														0.00	0.00	0.0				
サービス提供責任者	①	松本 花子	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160.00	40.00	1.0			
従業者	①	長野 太郎	4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			4	4	4	4	4			80.00	20.00	0.5			
従業者	②	飯田 恵子			6	6	6	6					6	6	6	6					6	6	6	6			6	6	6	6	6			96.00	24.00	0.6
従業者	③	上田 優子			6	6	6	6					6	6	6	6					6	6	6	6			6	6	6	6	6			96.00	24.00	0.6
																														0.00	0.00	0.0				
合計			16	16	16	28	28	12	12	16	16	16	28	28	12	12	16	16	16	28	28	12	12	16	16	16	28	28	12	12	432.00	108.00	2.7			
1週間に当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数																		40.00																		
サービス提供時間			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			160					

注1 本表はサービスの種類ごとに作成してください。

常勤換算の方法  
サービス提供者「全員」の合計勤務時間数÷サービス提供時間(所定労働時間)

サービス提供責任者と従業者の勤務時間、常勤換算のみを集計

注2 \* 欄は、当該月の曜日を記入してください。

注3 「職種」欄は、直接サービス提供職員に係る職種を記載し、「勤務形態」欄は、①常勤・専従、②常勤・兼務、③非常勤・専従、④非常勤・兼務のいずれかを記載するとともに、加算等に係る職員の加配を区分した上、それぞれ1日あたりの勤務時間を記載してください。

注4 常勤換算の算出に当たっては、小数点以下第2位を切り捨ててください。

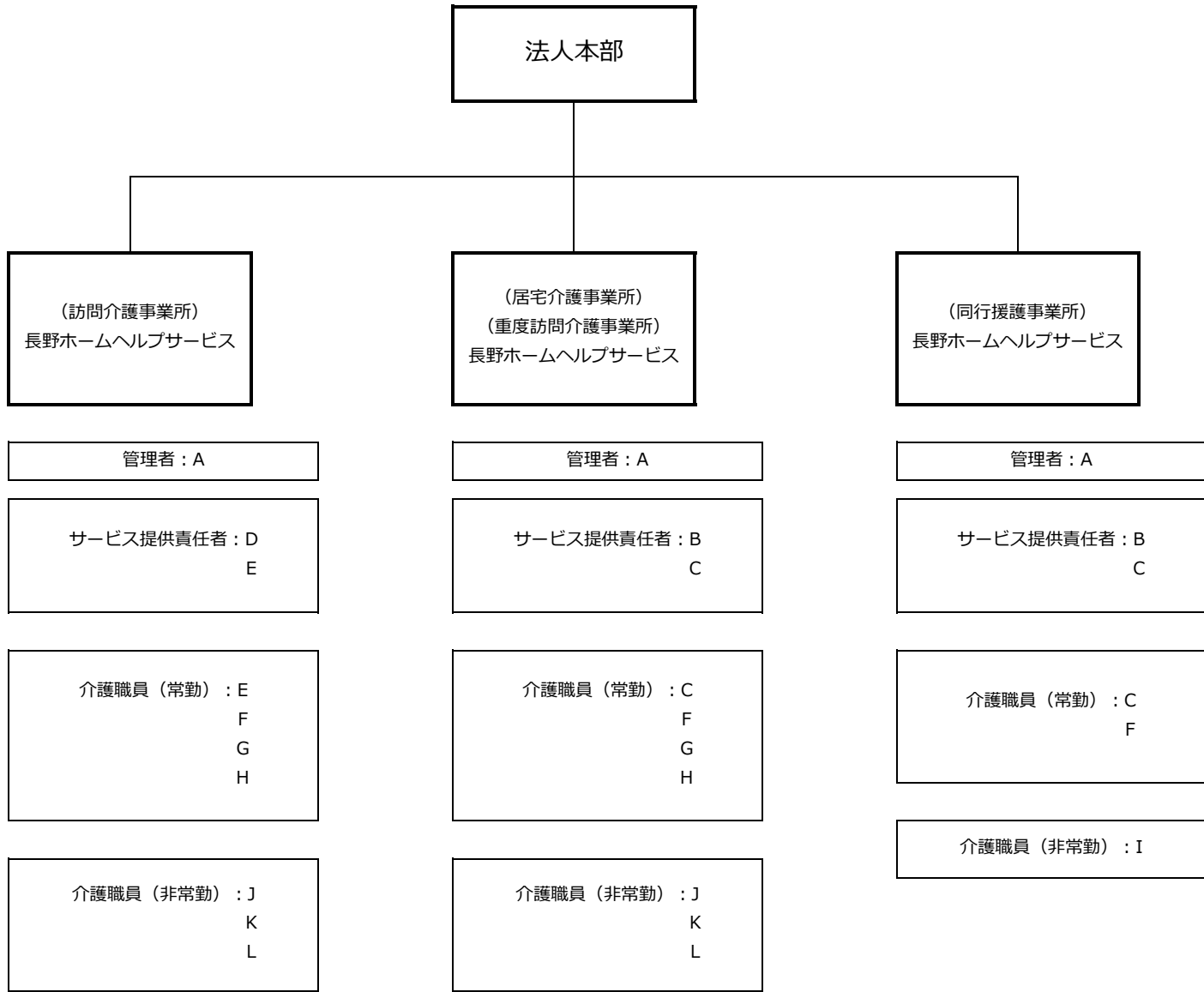
介護保険事業(訪問介護)と併せて行う場合は、利用者数、サービス提供時間数は、合計した数値を記載

注5 当該事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。

注6 各事業所・施設において私用している勤務割表等(変更の届出の場合は変更後の予定勤務割表等)により、届出の対象となる従業者の職種、勤務形態、氏名、当該業務の勤務時間及び看護職員と介護職員の配置状況(関係する場合)が確認できる場合はその書類をもって添付書類として差し支えありません。



組織体制図（例）



(参考様式4)

# 実務経験証明書

長野県知事 阿部守一 様

令和 年 月 日

## 施設又は事業所所在地及び名称

長野市大字南長野字幅下692-2  
社会福祉法人しあわせ信州福祉会

代表者氏名 理事長 信州 太郎

電話番号 026-232-0111

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

原本であること

氏名	福祉 長男 (生年月日 昭和〇年〇月〇日)
現住所	長野市中御所岡田98-1
施設又は事業所名	長野福祉ホームヘルプステーション 施設・事業所の種別 ( 居宅介護・移動支援 )
業務期間	平成28年1月1日～平成31年3月31日 (3年3月間)
うち業務に従事した日数	585日
業務内容	職名 ( 居宅介護従業者 ) 知的障がい者及び精神障がい者に対する移動支援及び居宅介護 (家事援助)

「介護等業務の範囲 通知」(S63.2.12 社庶第29号)別添2-2 業務従事期間の計算方法 参照  
(例)実務経験3年以上といえるには、3年(365日×3年=1,095日)以上〇〇の職にあり、かつ540日(180日×3年)以上当該業務に従事したことが必要。

直接支援した対象者及び業務の内容について具体的に記載。

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
  - 業務期間欄は、要介護者に対する直接的な援助を行うと見込まれる期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
  - 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、本来業務について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。行動援護に係るものについては、知的障害者、障害児(知的障害に限る。)又は精神障害者の直接支援業務に携わったことが分かるよう記載すること。また、同行援護については、視覚障害者の直接支援業務に携わったことが分かるよう記載すること。
  - 療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
  - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

## 居宅介護特定事業所加算要件一覧表

区分	項目	加算種別及び要件(●で表示)				
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(Ⅳ)	
		+20%	+10%	+10%	+5%	
体制要件	①-ア	全ての従業者(登録を含む。以下同じ。)に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定している。	●	●	●	
	①-イ	全てのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定している。				●
	②	利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該事業所における従業者の技術指導を目的とした会議を定期的開催している。	●	●	●	●
	③	サービスの提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する従業者に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する従業者から適宜報告を受けている。	●	●	●	●
	④	事業所のすべての従業者に対し、健康診断等を定期的実施している。	●	●	●	●
	⑤	運営規程に定める緊急時等における対応方法が利用者に明示されている。	●	●	●	●
	⑥	新規に採用したすべての従業者に対し、熟練した従業者の同行による研修を実施している。	●	●	●	●
人材要件	①	次のいずれかの要件を満たしている。 ・従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上 ・従業者のうち介護福祉士、社会福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上 ・前年度若しくは算定日が属する月の前三月間におけるサービス提供時間のうち、常勤の従業者によるサービス提供時間の占める割合が100分の40以上	●	① 又は ② 及び ③ - アの いずれ かに 該当		
	②	すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者若しくは1級課程修了者である。	●			
	③-ア	1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所にあつては、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置している。	●			
	③-イ	配置することとされている常勤のサービス提供責任者が2人以下である事業所であつて、基準により配置することとされるサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置している。				●
重度障害者対応要件	①	前年度又は算定日が属する月の前三月間における利用者(障がい児を除く)の総数のうち障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の30以上である。	●		●	
	②	前年度又は算定日が属する月の前三月間における利用者(障がい児を除く)の総数のうち障害支援区分4以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の50以上である。				●

※ 厚生労働大臣が定める基準(平成18厚労告543・第1号)

## 重度訪問介護特定事業所加算要件一覧表

区分	項目	加算種別及び要件(●で表示)			
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	
		+20%	+10%	+10%	
体制要件	①	全ての従業者(登録を含む。以下同じ。)に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定している。	●	●	●
	②	利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該事業所における従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に行っている。	●	●	●
	③	サービスの提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する従業者に対し、毎月定期的に当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達するとともに、当該利用者に関する留意事項に変更があった場合も同様に伝達を行っている。	●	●	●
	④	事業所のすべての従業者に対し、健康診断等を定期的に行っている。	●	●	●
	⑤	運営規程に定める緊急時等における対応方法が利用者に明示されている。	●	●	●
	⑥	新規に採用したすべての従業者に対し、熟練した従業者の同行による研修を実施している。	●	●	●
	⑦	サービス提供に当たり、常時、従業者の派遣が可能となっており、現に深夜帯も含めてサービス提供している。	●	●	●
人材要件	①	次のいずれかの要件を満たしている。 ・従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上 ・従業者のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上 ・前年度若しくは算定日が属する月の前三月間におけるサービス提供時間のうち常勤の従業者によるサービス提供時間の占める割合が100分の40以上	●	① ② ③ の い ず れ か に 該 当	
	②	すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者若しくは1級課程修了者又は重度訪問介護従業者として6,000時間以上の指定重度訪問介護の実務経験を有する者である。	●		
	③	1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所にあつては、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置している。	●		
対応要件	①	前年度又は算定日が属する月の前三月間における利用者の総数のうち障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の50以上である。	●		●

※ 厚生労働大臣が定める基準(平成18厚労告543・第1号)

## 同行援護特定事業所加算要件一覧表

区分	項 目	加算種別及び要件(●で表示)				
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(Ⅳ)	
		+20%	+10%	+10%	+5%	
体制要件	①-ア	全ての従業者(登録を含む。以下同じ。)に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定している。	●	●	●	
	①-イ	全てのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定している。				●
	②	利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該事業所における従業者の技術指導を目的とした会議を定期的に開催している。	●	●	●	●
	③	サービスの提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する従業者に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する従業者から適宜報告を受けている。	●	●	●	●
	④	事業所のすべての従業者に対し、健康診断等を定期的実施している。	●	●	●	●
	⑤	運営規程に定める緊急時等における対応方法が利用者に明示されている。	●	●	●	●
	⑥	新規に採用したすべての従業者に対し、熟練した従業者の同行による研修を実施している。	●	●	●	●
人材要件	①	次のいずれかの要件を満たしている。 ・従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上 ・従業者のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上 ・前年度若しくは算定日が属する月の前三月間におけるサービス提供時間のうち常勤の従業者によるサービス提供時間の占める割合が100分の40以上 ・同行援護従業者養成研修課程修了者若しくは、国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等の総数が100分の30以上	●	① 又は ② 及び ③ - アの い ず れ か に 該 当		
	②	すべてのサービス提供責任者が3年以上の介護等の実務経験を有する介護福祉士、国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者等又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者若しくは1級課程修了者である。	●			
	③-ア	1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所にあつては、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置している。	●			
	③-イ	配置することとされている常勤のサービス提供責任者が2人以下である事業所であつて、基準により配置することとされるサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置している。				●
重度障害者対応要件	①	前年度又は算定日が属する月の前三月間における利用者(障がい児を除く)の総数のうち障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の30以上である。	●		●	
	②	前年度又は算定日が属する月の前三月間における利用者(障がい児を除く)の総数のうち障害支援区分4以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の50以上である。				●

※ 厚生労働大臣が定める基準(平成18厚労告543・第1号)

## 行動援護特定事業所加算要件一覧表

区分	項 目	加算種別及び要件(●で表示)				
		(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	(Ⅳ)	
		+20%	+10%	+10%	+5%	
体制要件	①-ア	全ての従業者(登録を含む。以下同じ。)に対し、従業者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定している。	●	●	●	
	①-イ	全てのサービス提供責任者に対し、サービス提供責任者ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修(外部における研修を含む。)を実施又は実施を予定している。				●
	②	利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該事業所における従業者の技術指導を目的とした会議を定期的開催している。	●	●	●	●
	③	サービスの提供に当たっては、サービス提供責任者が、当該利用者を担当する従業者に対し、当該利用者に関する情報やサービス提供に当たっての留意事項を文書等の確実な方法により伝達してから開始するとともに、サービス提供終了後、担当する従業者から適宜報告を受けている。	●	●	●	●
	④	事業所のすべての従業者に対し、健康診断等を定期的実施している。	●	●	●	●
	⑤	運営規程に定める緊急時等における対応方法が利用者に明示されている。	●	●	●	●
	⑥	新規に採用したすべての従業者に対し、熟練した従業者の同行による研修を実施している。	●	●	●	●
人材要件	①	次のいずれかの要件を満たしている。 ・従業者の総数のうち介護福祉士の占める割合が100分の30以上 ・従業者のうち介護福祉士、実務者研修修了者、介護職員基礎研修課程修了者及び1級課程修了者の占める割合が100分の50以上 ・前年度若しくは算定日が属する月の前3月間におけるサービス提供時間のうち常勤の従業者によるサービス提供時間の占める割合が100分の40以上	●	①又は②及び③-アのいずれかに該当		
	②	すべてのサービス提供責任者が3年以上の実務経験を有する介護福祉士又は5年以上の実務経験を有する実務者研修修了者、介護職員基礎研修修了者若しくは1級過程修了者である。	●			
	③-ア	1人を超えるサービス提供責任者を配置することとされている事業所において、常勤のサービス提供責任者を2名以上配置している。	●			
	③-イ	配置することとされている常勤のサービス提供責任者が2人以下である事業所において、基準により配置することとされるサービス提供責任者を常勤により配置し、かつ基準を上回る数の常勤のサービス提供責任者を1人以上配置している。				●
重度障害者対応要件	①	前年度又は算定日が属する月の前3月間における利用者(障がい児を除く)の総数のうち障害支援区分5以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の30以上である。	●		●	
	②	前年度又は算定日が属する月の前3月間における利用者(障がい児を除く)の総数のうち障害支援区分4以上である者及び喀痰吸引等を必要とする者の占める割合が100分の50以上である。				●

※ 厚生労働大臣が定める基準(平成18厚労告543・第1号)

令和 年4月分 居宅介護サービス提供実績記録票

受給者証	支給決定障害者等氏名	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
------	------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

旧様式からの変更点

- ・[サービス提供者印]欄を削除
- ・[利用者確認印]欄を[利用者確認欄]欄に変更

1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る欄の算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)

事業所

日付	曜日	サービス内容	居宅介護計画		サービス提供時間		算定時間数	乗降	初回加算	緊急時対応加算	福祉専門職員等連携加算	利用者確認欄	備考
			開始時間	終了時間	開始時間	終了時間							
1	日	身体	10:00	11:30	10:00	11:30	1.5		1	1			初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
2	月	通院(伴う)	10:00	11:00	10:00	11:00	1						
5	木	家事	15:00	16:15			1.25						当初の計画と実績においてヘルパーの資格が変更(例:初任者等 基礎等)した場合、2行に分けて記載する。 報酬の算定は基礎等の単価により算定する。(例:計画時基礎等 実績時初任者等に変更の場合も報酬の算定は基礎等の単価により算定する。)
5	木	家事(基礎等)			15:00	16:15	1.25						
13	金	乗降	18:00	18:30		18:00	18:30	1					乗降の場合は回数を記載する。
15	日	身体	13:00	16:00	13:00	16:00	3						
15	日	身体	14:00	15:00	14:00	15:00	1						
16	月	身体	13:00	15:00	13:00	15:00	2						
16	月	身体(基礎等)	14:00	16:00	14:00	16:00	2						
30	月	身体(重訪)	22:00	23:00	22:00	23:00	1						二人派遣で時間がずれた場合、2行に分けて記載する。 一行目は全体の通算時間を記載する。 二行目はヘルパーが重複している時間帯を記載する。派遣人数は行ごとに1と記載する。
3	火	通院(伴う)	10:00	11:30	10:00	11:30	1						減算対象となる従業者によりサービス提供した場合は、当該従業者の資格(基礎等)(重訪)を併記する。 二人派遣の時間帯がある場合で、1人目と2人目の従業者要件(基礎研修課程修了者や重度訪問研修修了者)が異なる場合は、それぞれ行を分けて記載する。 運転中10:15~10:45を除く
10	火	身体	8:00	11:00	8:00	11:00	1.5						事例は、通院等乗降介助を行い、かつ、通院等乗降介助の前後に連続して20~30分程度以上の身体介護を行うことにより通院介助(身体介護を伴う)を算定する場合の記載例。全体の通算時間は10:00~11:30であるが、10:15~10:45はヘルパーが運転中の例。算定時間数については、ヘルパーの運転時間0.5時間を除いた時間数を記載する。 空き時間8:45から10:00 / 10:45から11:00
17					12:00	13:00	1						(注)3日、10日の利用分については、本資料作成都合上、暦の順序から分けて記載しています。 2時間以上サービス間隔があかなかった場合、1行にサービス時間全体を通しての開始時間及び終了時間を記載し、備考欄に空き時間を記載する。 算定時間数は、通算時間の3時間 - 空き時間の1.5時間 = 1.5時間 緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。
19					8:00	10:00	2						当該サービス提供月において、居宅介護計画に記載したサービス提供予定日、その曜日を記載する。 また、ヘルパーを2人派遣する場合2行に分けて記載する場合はヘルパーごとに番号(丸囲み)を記載する。(様式2及び様式3-1についても同様。) 算定時間数の内訳を集計する。 ヘルパーの資格により適用される単価ごとに算定時間を記載する。 福祉専門職員等連携加算を算定する場合、「1」を記載する。 同一建物減算
合計													事業所と同一敷地の建物又は利用者が20人以上居住する建物の利用者に提供した場合、「同一建物減算」を記載する。 事業所と同一敷地の建物であって利用者が50人以上居住する建物の利用者に提供した場合、「同一建物減算(大規模)」を記載する。

令和 年4月分

重度訪問介護サービス提供実績記録票

受給者証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	支給決定障害者氏名	厚生 太郎			事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
契約支給量	重度訪問		入院又は入所中にサービス提供を行った場合、「入院」と記載する。連続して90日を超える入院又は入所中にサービス提供を行った場合、「入院(長期)」と記載する。										熟練ヘルパーが新任ヘルパーに同行してサービス提供を行った場合、「1」を記載する。												

日付	曜日	サービス提供の状況	重度訪問介護計画				サービス提供時間		算定時間数		派遣人数	同行支援	初回加算	緊急時対応加算	行動障害支援連携加算	移動介護緊急時支援加算	利用者確認欄	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数 時間 移動	開始時間	終了時間	時間	移動									
2								00	3		1							
								30	2.5	2.5	1							初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
								00	3		1							3時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る欄の算定時間数は一人分の3時間とし、下の合計欄においては6時間を記載する。(3時間×2人=6時間)
5	木	入院	0:00	9:00	3	3	0:00	9:00	3	3	2	1						
		入院	11:00	14:00	3		11:00	14:00	3		2							
		入院	20:00	23:00	3		20:00	23:00	3		1							
7	土	入院(長期)	0:00	23:00	23	4	0:00	23:00	23	4	1							
		入院(長期)	13:00	16:00	3		13:00	16:00	3		1							緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。
10	火						6:00	9:00	3		1		1					
13	金		9:00	12:00	3		9:00	12:00	3		1			1				移動介護緊急時支援加算を算定する場合、「1」を記載する。
16	月		9:00	12:00				12:00			1				1			行動障害支援連携加算を算定する場合、「1」を記載する。
移動介護分					9.5					12.5								
合計					49.5					58.5				1回	1回	1回		

旧様式からの変更点

- ・[移動介護緊急時支援加算]欄を追加
- ・[サービス提供者印]欄を削除
- ・[利用者確認印]欄を[利用者確認欄]欄に変更

二人派遣で時間がずれた場合、2行に分けて記載する。  
 一行目は全体の通算時間を記載する。  
 二行目はヘルパーが重複している時間帯を記載する。派遣人数は行ごとに1と記載する。

移動介護加算を算定する時間数を記載する。  
 「所要時間3時間以上の場合」の単価を適用する場合は「4」を記載する。(例:実際の移動介護時間数が5時間の場合「4」を記入。)



受給者証	支給決定障害者等氏名	厚生 太郎 (生 花子)	事業所番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;">                     旧様式からの変更点                      ・【サービス提供者印】欄を削除                      ・【利用者確認印】欄を【利用者確認欄】欄に変更                 </div>			事業者及びその事業所	事業所									

日付	曜日	開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間	算定時間	派遣人数	初回加算	緊急時対応加算	行動障害支援指導連携加算	利用者確認欄	備考
2	月	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1	1				初回加算を算定する場合、「1」を記載する。
5	木	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1					行動援護を算定する時間数を記載する。
7	土	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3						
9	月	9:00	18:00	8	9:00	18:00	8	1					「所要時間7時間30分以上の場合」の単価を適用する場合は「8」を記載する。(例:実際の提供時間数が9時間の場合「8」を記入。)
12	木				9:00	12:00	3	1		1			緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。
18	水	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1			1		行動障害支援指導連携加算を算定する場合、「1」を記載する。

合計				計画時間数計				算定時間数計	1回	1回	1回		
				20				23					

令和 年4月分

同行援護サービス提供実績記録票

受給者証番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	厚生 太郎 (厚生 花子)	事業所番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
契約支給量	同行援護 30時間/月			事業者及びその事業所	事業所

日付	曜日	サービス内容	同行援護計画			サービス提供時間		算定時間	派遣人数	初回加算	緊急時対応加算	利用者確認欄	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間						
3	月	同行(初任者等)	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1	1			
5	水	同行(基礎等)	9:00	11:00	2	9:00	10:00	1	2				
7	金	同行(初任者等)				9:00	10:00	1	1		1		
10	月	同行(通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1				
12	水	同行(初任者等)	9:00	12:00	3	9:00	12:00	3	1				
14	金	同行(初任・通訳)	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2	1				
17	月	同行(基礎・通訳)	9:00	11:00	2		11:00	2	1				
<p>当該従業者の資格(初任者等)(基礎等)(初任・通訳)(基礎・通訳)(通訳)を併記する。</p> <p>同行援護を算定する時間数を記載する。</p> <p>1時間を二人派遣で提供した場合、各利用日に係る欄の算定時間数は1時間とし、下の合計欄においては2時間を記載する。(1時間×2人=2時間)</p> <p>初回加算を算定する場合、「1」を記載する。</p> <p>緊急時対応加算を算定する場合、「1」を記載する。</p>													
<p>旧様式からの変更点</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・【サービス提供者印】欄を削除</li> <li>・【利用者確認印】欄を【利用者確認欄】欄に変更</li> </ul>													
<p>算定時間数の内訳を集計する。</p> <p>ヘルパーの資格により適用される単価ごとに算定時間を記載する。</p>													
合計			計画時間数計	16	内訳(通用単価別)	100%	90%	算定時間数計	15	1回	1回		

受給者証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	支給決定障害者等氏名(児童氏名)	訪問 太郎	事業所番号										事業者及びその事業所	社会福祉法人重度包括振興会 重度障害者等包括支援事業所	サービス担当者会議開催日 4月4日	
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------	-------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	--------------------------------	----------------------	--

日付	曜日	サービス種別	サービス利用実績			実績単位数						低所得者 利用加算	緊急時対応加算 (地域生活 支援拠点等 の場合)	緊急時支援加算 ( ) (地域生活 支援拠点等 の場合)	初回 加算	医療連携 体制加算	送迎加算		備考	
			開始 時間	終了 時間	実績 時間数	適用 単価	基本 単位数	加算	加算後 単位数	派遣 人数	単位数						1日計	往		復
1日		生活介護	11:00	12:00	1	203	203				203									
1日		生活介護	12:00	17:00	5	100	1,000				1,000									
2月		重度訪問介護	7:00	8:00	1	203	203	早朝		254	1	254								
2月		重度訪問介護	8:00	10:00	2	100	400			400	1	400								
2月		生活介護	10:00	16:00	6	100	1,200			1,200		1,200								
2月		重度訪問介護	16:00	18:00	2	100	400			400	1	400								
2月		重度訪問介護	18:00	19:00	1	100	200	夜間		250	1	250								
2月		重度訪問介護	19:00	20:00	1	98	196	夜間		245	1	245								
3火		共同生活援助			1		1,003			1,003		1,003								
4水		短期入所			1		953			953		953								
5木		重度訪問介護	7:00	8:00	1	203	203	早朝		254	1	254								
5						400	400			400	1	400								
5						1,200	1,200			1,200		1,200								
5						400	400			400	1	400								
5						200	200	夜間		250	1	250								
5						196	196	夜間		245	1	245	2,749							
6						953	953			953		953	1				1	1		
7土						953	953			953		953	1				1	1		
9月		自立生活援助	8:00	9:00	1	203	203			203		203			1					
合計		共同生活援助			1					1,003			3回	1回	1回	1回	1回		4回	
		短期入所			3					2,859										
		その他サービス			33					6,904										

初回加算を算定する場合、「1」を記載する。

医療連携体制加算( )が算定される支援を行った場合、「1」を記載する。  
 医療連携体制加算( )が算定される支援を行った場合、「2」を記載する。  
 医療連携体制加算( )が算定される支援を行った場合、「3」を記載する。  
 医療連携体制加算( )が算定される支援を行った場合、「4」を記載する。  
 医療連携体制加算( )が算定される支援を行った場合、「5」を記載する。  
 医療連携体制加算( )が算定される支援を行った場合、「6」を記載する。  
 医療連携体制加算( )が算定される支援を行った場合、「8」を記載する。

地域生活支援拠点等である当該指定重度障害者等包括支援事業所において、緊急時対応加算相当の支援を行った場合、「1」を記載する。  
 居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護のみ対象

低所得の利用者に対し支援を行った場合、「1」を記載する。

片道単位で回数を記載する。

旧様式からの変更点  
 ・【緊急時対応加算(地域生活支援拠点等の場合)】欄及び【緊急時支援加算( ) (地域生活支援拠点等の場合)】欄を追加  
 ・【医療連携体制加算】欄の吹き出しを変更

地域生活支援拠点等である当該指定重度障害者等包括支援事業所において、緊急時支援加算( )相当の支援を行った場合、「1」を記載する。  
 自立生活援助のみ対象

# 事故等報告書 (第一報)

(ケガ等、死亡、行方不明用)

年 月 日

長野県健康福祉部障がい者支援課長  
保健福祉事務所福祉課長  
児童相談所長  
市町村障がい福祉担当課長  
様

当事業所・施設において、下記のとおり事故等が発生しましたので報告します。

事業所等	法人名							
	事業所名							
	事業所所在地							
	管理者氏名							
	電話番号		FAX番号					
	報告者職・氏名							
利用者	氏名		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	障害の種類	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	障害支援区分	<input type="checkbox"/> 区分6 <input type="checkbox"/> 区分5 <input type="checkbox"/> 区分4 <input type="checkbox"/> 区分3 <input type="checkbox"/> 区分2 <input type="checkbox"/> 区分1 <input type="checkbox"/> 非該当						
	利用サービス種類		支給決定市町村					
事故等の概要	事故等発生日時	平成	年	月	日 ( )	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時	分頃
	事故等発生場所	<input type="checkbox"/> 事業所内 ( ) <input type="checkbox"/> 送迎 <input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	事故等の種類	<input type="checkbox"/> ケガ等 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 行方不明 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	事故等の内容	(事故等発生時の具体的状況、ケガ等の程度について記入してください。)						
	事故等の対応	(事故等発生時の緊急対応状況等の概要について記入してください。)						

自立支援給付の受領通知（例）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

〇〇 〇〇 様

社会福祉法人〇〇福祉会  
理事長 〇〇 〇〇 印

自立支援給付受領のお知らせ

あなたに提供した下記のサービスに要した費用について、市町村から下記のとおり支払いを受けましたので、お知らせします。

記

1 サービス提供年月	令和〇〇年〇〇月	
2 受領した自立支援給付名	居 宅 介 護	
3 受 領 日	令和 年 月 日	
4 受領金額	金 円	
5 内 訳	サービスに 要した費用 の全体の額 (A)	金 円 (別紙明細書のとおり)
	利用者負担額 (B)	金 円
	報 酬 額 (A) - (B)	金 円

※問合せ先

△△〇〇ホームヘルプセンター  
〇〇 〇〇  
電話番号  
F A X

## 居宅介護等契約における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

社会福祉法人〇〇福祉会が、障害者総合支援法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、居宅介護等サービスを円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合

#### 2 使用にあたっての条件

(1) 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2) 社会福祉法人〇〇福祉会は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

#### 3 個人情報の内容

(1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、社会福祉法人〇〇福祉会が居宅介護等を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報

#### (2) その他の情報

※ 「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

#### 4 使用する期間

居宅介護等契約書の契約期間とします。

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人〇〇福祉会 様

利用者（住所）

（氏名） 印

代理人等（住所）

（氏名） 印

家族代表（住所）

（氏名） 印