

(様式第5号)

介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

(宛先)

川 越 市 長

届出者 所在地
法人名
代表者名

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

GH	事業所番号								
自立生活 援助	事業所番号								
短期	事業所番号								

届出者	フリガナ 名称								
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 -)						
	連絡先	電話番号				FAX番号			
	代表者の職・氏名	職名				氏名			
	代表者の住所		(郵便番号 -)						
	事業所の状況	フリガナ 名称							
主たる事業所の所在地		(郵便番号 -)							
連絡先		電話番号				FAX番号			
電子メールアドレス									
管理者の氏名		職名				氏名			
管理者の住所		(郵便番号 -)							
事業所の種類 届出を行う	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)		
	給付 訓練等	共同生活援助			1 新規 2 変更 3 終了				
		自立生活援助			1 新規 2 変更 3 終了				
	給付 介護	短期入所			2 新規 2 変更 3 終了				
特記事項	変更前				変更後				
関係書類			別紙のとおり						

注1 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

注2 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。

注3 「異動項目」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注4 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

届出事務担当者	
電話番号	
(日中連絡先)	

介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	定員数	定員規模	多機能型等 定員区分(※1)	人員配置区分 (※2)	その他該当する体制等		適用開始日
					地域区分	六級地	
各サービス共通					施設区分	選択してください	
短期入所					定員超過	選択してください	
					職員欠如	選択してください	
					大規模減算	選択してください	
					身体拘束廃止未実施	選択してください	
					虐待防止措置未実施	選択してください	
					業務継続計画未策定	選択してください	
					情報公表未報告	選択してください	
					常勤看護職員等配置	選択してください	
					重度障害者支援加算(強度行動障害)	選択してください	
					単独型加算	選択してください	
					医療連携体制加算(Ⅸ)	選択してください	
					栄養士配置	選択してください	
					食事提供体制	選択してください	
					送迎体制	選択してください	
					日中活動支援体制	選択してください	
					福祉・介護職員等処遇改善加算対象	選択してください	
					指定管理者制度適用区分	選択してください	
					共生型サービス対象区分	選択してください	
					福祉専門職員配置等(※5)	選択してください	
					自立生活援助		
中核の人材配置体制	選択してください						
サービス管理責任者欠如	選択してください						
標準期間超過	選択してください						
虐待防止措置未実施	選択してください						
業務継続計画未策定	選択してください						
情報公表未報告	選択してください						
福祉専門職員配置等	選択してください						
居住支援連携体制	選択してください						
福祉・介護職員等処遇改善加算対象	選択してください						
共同生活援助					ピアサポート体制	選択してください	
					地域生活支援拠点等	選択してください	
					地域生活支援拠点等機能強化体制	選択してください	
					施設区分	選択してください	
					大規模住居(※7)	選択してください	
					職員欠如	選択してください	
					サービス管理責任者欠如	選択してください	
					身体拘束廃止未実施	選択してください	
					虐待防止措置未実施	選択してください	
					業務継続計画未策定	選択してください	
					情報公表未報告	選択してください	
					福祉専門職員配置等	選択してください	
					視覚・聴覚等支援体制	選択してください	
					看護職員配置体制	選択してください	
					夜間支援等体制	選択してください	
					夜間支援等体制加算Ⅰ加配職員体制	選択してください	
					夜勤職員加配体制	選択してください	
					重度障害者支援職員配置(※8)	選択してください	
					地域生活移行個別支援	選択してください	
					精神障害者地域移行体制	選択してください	
強度行動障害者地域移行体制	選択してください						
強度行動障害者体験利用加算職員配置	選択してください						
医療連携体制加算(Ⅶ)	選択してください						
通勤者生活支援	選択してください						
医療的ケア対応支援体制	選択してください						
居住支援連携体制	選択してください						
移行支援住居体制(自立生活支援加算(Ⅲ))	選択してください						
人員配置体制	選択してください						
福祉・介護職員等処遇改善加算対象	選択してください						
指定管理者制度適用区分	選択してください						
ピアサポート実施加算	選択してください						
地域生活支援拠点等	選択してください						
障害者支援施設等感染対策向上体制	選択してください						
中核の人材配置体制	選択してください						
高次脳機能障害者支援体制	選択してください						

※5 「共生型サービス対象区分」欄が「2. 該当」の場合に設定する。

※7 「大規模住居」欄の「2. 定員8人以上」は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「外部サービス利用型」の場合に限る。また、「4. 定員21人以上(一体的な運営が行われている場合)」は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「日中サービス支援型」の場合に限る。

※8 「重度障害者支援職員配置」欄は、施設区分が「介護サービス包括型」及び「日中サービス支援型」の場合に設定する。

令和 年度 共同生活援助利用者の状況

色が付いたセルにのみ記入してください。

法人名	
事業所名	
住居数	利用定員 人

1 利用者延べ人数

- 注1 指定共同生活援助を利用した者(体験利用含む)の延べ人数を記入すること。
- 2 「年度計」欄は、各月ごとの延べ人数の合計を記入すること。(自動計算されます。)
- 3 途中で利用者の入退去があった場合、入居した日を含み、退去した日は含まないものとする。
(例:ある月において2人の利用者がホームを30日利用し、他の2人が28日利用した場合、延べ人数は2×30+2×28=116人となる。)

(1) 前年度4月以前に開所した住居の、前年度4月から3月までの年度実績 (単位:人)

	住居名	新規開設日	定員	年												年度計	夜間支援対象者数	
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
1																	0	
2																	0	
3																	0	
	計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(2) 前年度5月以降に開所して1年以上経過した住居の、直近1年間の実績 (単位:人)

	住居名	新規開設日	定員	年												計	夜間支援対象者数	
1																	0	
2																	0	
3																	0	
	計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(3) 開所から6ヶ月以上1年未満の住居の、直近6ヶ月間の実績 (単位:人)

	住居名	新規開設日	定員	年												計	夜間支援対象者数	
1																	0	
2																	0	
3																	0	
	計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(4) 新規開所から6ヶ月以内の住居 (単位:人)

	住居名	新規開設日	定員	年												計	夜間支援対象者数	
1																	0	
2																	0	
3																	0	
	計		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

2 開所日数

1	(1)前年度の4月~3月の開所日数		日	※通常、365日もしくは366日
2	(2)直近1年間の開所日数		日	※通常、365日もしくは366日
3	(3)直近半年間の開所日数		日	※通常、183日前後

3 前年度の平均利用者数

1	(1)前年度4月以前に開所した住居	
2	(2)前年度5月以降に開所し、1年以上経過した住居	
3	(3)開所から6ヶ月以上1年未満の住居	
4	(4)新規開所から6ヶ月以内の住居	
	合計	0

4 世話人配置基準

・介護サービス包括型	
・外部サービス利用型	
6:1	0.0
・日中サービス支援型	
5:1	0.0

共同生活援助に係る体制

事業所の名称						
事業所の所在地						
連絡先	電話番号			担当者名		
	FAX番号					
共同生活住居の状況	共同生活住居の名称	住所	定員	現在の利用者数	大規模住居減算の該当の有無	
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
合計						
対象者の状況	居住する共同生活住居の名称	夜間支援体制の内容	対象者の氏名	区分	利用者数	重度障害者等包括支援対象者の有無
			1			
			2			
			3			
			4			
			5			
			6			
			7			
			8			
			9			
			10			
			11			
			12			
			13			
			14			
			15			
合計						

注 「夜間支援体制の内容」欄は、夜間の支援の内容、夜間支援従業者の配置状況等具体的に記載してください。

福祉専門職員配置等加算に関する届出書

(療養介護・生活介護・自立訓練(機能訓練・生活訓練)・就労選択支援・就労移行支援・就労継続支援・自立生活援助・共同生活援助・児童発達支援・放課後等デイサービス・福祉型障害児入所施設・医療型障害児入所施設)

Table with 4 rows: 1 事業所・施設の名称, 2 異動区分 (1 新規, 2 変更, 3 終了), 3 サービスの種類, 4 届出項目 (1 福祉専門職員配置等加算(I) ※有資格者35%以上, 2 福祉専門職員配置等加算(II) ※有資格者25%以上, 3 福祉専門職員配置等加算(III) ※常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上)

※生活介護のみ福祉専門職員配置等加算(I)又は(II)の算定とともに(III)も算定可能である。

Main data table with 3 main rows: 5 社会福祉士等の状況, 6 常勤職員の状況, 7 勤続年数の状況. Each row contains sub-tables for counts and percentages, and a '有・無' status column.

注1 常勤とは、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準について」(平成18年12月6日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)第二の2の(3)に定義する「常勤」をいう。

注2 生活支援員等とは、

- 療養介護にあつては、生活支援員
○生活介護にあつては、生活支援員又は共生型生活介護従業者
○自立訓練(機能訓練)にあつては、生活支援員又は共生型自立訓練(機能訓練)従業者
○自立訓練(生活訓練)にあつては、生活支援員、地域移行支援員又は共生型自立訓練(生活訓練)従業者
○就労選択支援にあつては、就労選択支援員
○就労移行支援にあつては、職業指導員、生活支援員又は就労支援員
○就労継続支援A型・B型にあつては、職業指導員又は生活支援員
○自立生活援助にあつては、地域生活支援員
○共同生活援助にあつては、世話人又は生活支援員(外部サービス利用型にあつては、世話人)
○児童発達支援にあつては、加算(I)(II)においては、児童指導員、障害福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従業者、加算(III)においては、児童指導員、保育士若しくは障害福祉サービス経験者又は共生型児童発達支援従業者
○放課後等デイサービスにあつては、加算(I)(II)においては、児童指導員、障害福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従業者、加算(III)においては、児童指導員、保育士若しくは障害福祉サービス経験者又は共生型放課後等デイサービス従業者
○福祉型障害児入所施設にあつては、加算(I)(II)においては、児童指導員、加算(III)においては、児童指導員又は保育士
○医療型障害児入所施設にあつては、加算(I)(II)においては、児童指導員又は指定発達医療機関の職員、加算(III)においては、児童指導員若しくは保育士又は指定発達医療機関の職員のことをいう。

福祉専門職員の配置に係る加算に関する届出書（共生型短期入所）

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 届出項目	1 加算(I) ※有資格者35%以上 2 加算(II) ※有資格者25%以上

4 社会福祉士等の状況	① 従業者の総数	人	→ ①に占める②の割合が25%又は35%以上	有・無
	② ①のうち社会福祉士等の総数	人		
5 地域に貢献する活動の内容				有・無

注1 ここていう従業者とは、共生型短期入所の指定を受ける介護保険制度における指定短期入所事業所、指定介護予防入所生活介護事業所、指定小規模多機能型居宅介護事業所等の従業者をいう。

注2 地域に貢献する活動は、「地域の交流の場（開放スペースや交流会等）の提供」、「認知症カフェ・食堂等の設置」、「地域住民が参加できるイベントやお祭り等の開催」、「地域のボランティアの受入れや活動（保育所等における清掃活動等）の実施」、「協議会等を設けて地域住民が事業所の運営への参加」、「地域住民への健康相談教室・研修会」などをいう。

常勤看護職員等配置加算・看護職員配置加算に関する届出書

事業所・施設の名称				
異動区分	1 新規	2 継続	3 変更	4 終了
サービスの種類 算定する加算の区分	1 生活介護	常勤看護職員等配置加算		
	2 短期入所	常勤看護職員等配置加算		
	3 生活訓練	看護職員配置加算（Ⅰ）		
	4 宿泊型自立訓練	看護職員配置加算（Ⅱ）		
	5 共同生活援助	看護職員配置加算		

看護職員の配置状況 (常勤換算)	保健師	人	加算区分 1 } 2 } ⇒ 合計1人以上 3 } 4 }	該当 ・ 非該当
	看護師	人		
	准看護師	人		

看護職員の必要数 (共同生活援助のみ)	前年度の平均利用者数	人	加算区分 ↓ 5 ⇒ 合計1人以上かつ左の必要数以上	該当 ・ 非該当
	利用者数を20で除した数(必要数)	人		

添付書類	1. 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 2. 看護職員の資格を証する書類の写し
------	--

注1 生活介護に係る加算を算定する事業所において、複数のサービス単位を設定している場合、加算を算定するサービス単位ごとに本書を作成すること。なお、加算の算定にあたっては、サービス単位の利用定員に応じて算定するものとする。

注2 共同生活援助における届出に係る看護職員は、指定障害福祉サービス基準に規定されている常勤換算方法により配置が定められた員数の従業者に加えて配置されている者に限る。

注3 前年度に当該加算を算定しており、新年度も引き続き算定するものとしてこの届出書を提出する場合（共同生活援助の場合は必須）には、「異動区分」欄において「2 継続」に○を付すこと。

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（I）に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施※1	有 ・ 無
異動区分※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)			人
うち50% (B) = (A) × 0.5			0.0 人
加算要件に該当する利用者数 (C) = (E) / (D)			#DIV/0! 人 (C) >= (B)
該当利用者の氏名	手帳の種類	手帳の等級	前年度利用日数
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	日	合計 (E)	0

2 加配される従業者の状況			
利用者数 (A) ÷ 40 = (F)			0.0 人
加配される従業者の数 (G)			人 (G) >= (F)
加配される従業者の氏名	資格・研修名等		
1			
2			
3			

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業者の勤務体制一覧表、組織体制図
------	------------------------------

- 注1 本表は、次に該当する利用者を記載してください。
- ① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者
 - ② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者
 - ③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者
 - ④ 重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち2以上の障害を有する利用者については、ダブルカウントするため、当該利用者の利用日数を2倍にして算定すること。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

- 注2 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523号）第5の4に規定する加配される「視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者として専ら視覚障害者等の生活支援に従事する者」とは、次のいずれかに該当する者であること。
- ① 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
 - ② 聴覚障害又は言語機能障害者 手話通訳等を行うことができる者

※1：多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。

※2：「異動区分」欄において「3 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業者の状況の記載は不要とする。

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅱ）に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施※1	有・無
異動区分※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)		人	
うち30%	(B) = (A) × 0.3	0.0 人	
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0! 人	(C) >= (B)
該当利用者の氏名	手帳の種類	手帳の等級	前年度利用日数
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	日	合計 (E)	0

2 加配される従業者の状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.0 人	
加配される従業者の数 (G)		人	(G) >= (F)
加配される従業者の氏名		資格・研修名等	
1			
2			
3			

添付書類	身体障害者手帳の写し、従業者の勤務体制一覧表、組織体制図
------	------------------------------

注1 本表は、次に該当する利用者に記載してください。

- ① 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者
- ② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者
- ③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者
- ④ 重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち2以上の障害を有する利用者については、ダブルカウントするため、当該利用者の利用日数を2倍にして算定すること。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

注2 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年9月29日厚生労働省告示第523号）第5の4に規定する加配される「視覚障害者等との意思疎通に関し専門性を有する者として専ら視覚障害者等の生活支援に従事する者」とは、次のいずれかに該当する者であること。

- ① 視覚障害 点字の指導、点訳、歩行支援等を行うことができる者
- ② 聴覚障害又は言語機能障害者 手話通訳等を行うことができる者

※1：多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。

※2：「異動区分」欄において「3終了」の場合は、1利用者の状況、2加配される従業者の状況の記載は不要とする。

高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書

事業所の名称			
サービスの種類		多機能型の実施 ※1	有・無
異動区分 ※2	1 新規	2 変更	3 終了

1 利用者の状況			
当該事業所の前年度の平均実利用者数 (A)		人	
うち30% (B) = (A) × 0.3		0.0 人	
加算要件に該当する利用者数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0! 人	(C) >= (B)
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計 (E)			
前年度の当該サービスの開所日数 の合計 (D)			

2 加配される従業員の配置状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.0 人	
加配される従業員の数 (G)		人	(G) >= (F)

3 加配される従業員の要件			
加配される従業員の氏名	加配される従業員の研修の受講状況		
	高次脳機能障害者支援養成研修 (実践研修) 又は 上記に準ずるものとして、同研修における研修内容と同等のものとして都道府県知事が認める研修	受講年度	研修の実施主体
1		年	
2		年	
3		年	
4		年	
直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助事業所又は指定外部サービス利用型共同生活援助事業所の従業員に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認

添付書類	従業員の勤務体制一覧表、研修を修了したことを証明する書類等
------	-------------------------------

- (※1) 多機能型事業所等については、当該多機能型事業所全体で、加算要件の利用者数や配置割合の計算を行うこと。
- (※2) 「異動区分」欄において「4 終了」の場合は、1 利用者の状況、2 加配される従業員の状況の記載は不要とする。

重度障害者支援加算に関する届出書（短期入所）

1 事業所・施設の名称	
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
3 配置状況 (基礎研修修了者名)	
4 配置状況 (実践研修修了者名)	
5 配置状況 (中核的人材研修修了者名)	

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 基礎研修修了者・実践研修修了者・中核的人材研修修了者については、修了証の写しを別途添付すること。

3 強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）については、重度訪問介護従事者養成研修行動障害支援課程、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）については、行動援護従事者養成研修でも可。

食事提供体制加算に関する届出書

1 事業所の名称							
2 サービスの種類							
3 異動区分		1 新規		2 変更		3 終了	
食 事 の 提 供 体 制	食事提供に係る 人員配置	管理栄養士		常勤	名	非常勤	名
		栄養士		常勤	名	非常勤	名
	保健所等との連携により、 管理栄養士等が関与している場合	連携先名					
	業務委託により 食事提供を行う場合	業務委託先					
委託業務内容							
適切な食事提供の確保方策							

注1 事業所内で調理を行う場合、食事提供にかかわる職員（管理栄養士・栄養士）の状況を記載してください。事業所内での調理業務は生活支援員の業務とは区別してください。

（※）付表・勤務形態一覧表・組織体制図・運営規程による確認が必要です。

注2 調理業務を第三者に委託している場合、事業所内で調理員の配置は求められておりませんが、業務委託契約書（写し）の提出が必要です。

注3 業務委託により食事提供を行う場合の「適切な食事提供の確保方策」欄は、献立に関する事業所・施設の関与、委託先から事業所・施設への食事の運搬方法、適時適温への配慮など、自己調理する場合に通常確保される提供体制に相当するものへの対応の概略を記載してください。その際、委託先の管理栄養士又は栄養士の有無は必ず記載してください。

精神障害者地域移行特別加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称	
2 サービスの種類	
3 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
4 運営規程に定める障害者の種類	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 難病患者等
5 有資格者の配置	① 社会福祉士 . . . 人 ② 精神保健福祉士 . . . 人 ③ 公認心理師等 . . . 人

注1 指定障害福祉サービス基準第135条、第171条において準用する第89条、第211条の3（第213条の11において準用する場合を含む。）又は第213条の19に規定する運営規程を別途添付してください。

注2 公認心理師等には、「心理に関する支援を要する者に対する相談、助言、指導等の援助を行う能力を有する者」を含む。

注3 従業者が有する資格について、当該資格を証する書類の写しを添付してください。

強度行動障害者地域移行特別加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称				
2 サービスの種類				
3 異動区分		1 新規	2 変更	3 終了
職員配置		研修の受講状況		
職種	氏名	強度行動障害支援者養成研修 (実践研修)	強度行動障害支援者養成研修 (基礎研修)	

実践研修の終了者の数 (※1)	生活支援員の数	基礎研修の終了者の数及び割合 (※2)

(※1) サービス管理責任者又は生活支援員のうち1名以上が、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者であること。

(※2) 生活支援員のうち20%以上が、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者であること。

- 注1 「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。
- 注2 「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください（地域移行支援員や世話人等は含まれません。）。
- 注3 サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。
- 注4 「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講していない場合は「無」を記載してください。

医療連携体制加算（Ⅶ）に関する届出書（共同生活援助）
医療連携体制加算（Ⅸ）に関する届出書（短期入所）

1 事業所の名称	
2 サービスの種類	
3 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

共同生活援助の支援対象者（※1） （共同生活援助の場合のみ記入）		人
1 看護師の配置状況（事業所の職員として看護師を確保している場合） （注）准看護師は不可	(1) 配置する看護師の数（人）（※1）	人
	(2) 他事業所との併任	有 ・ 無
2 訪問看護ステーション等との提携状況（訪問看護ステーション等との連携により看護師を確保している場合）	(1) 訪問看護ステーション等の名称	
	(2) 訪問看護ステーション等の所在地	
	(3) 確保する看護師の数（人）（※1）	人
3 看護師の勤務状況（※2）		
4 その他の体制の整備状況	(1) 看護師に24時間常時連絡できる体制を整備している。	有 ・ 無
	(2) 重度化した場合の対応に係る指針を定め、入居（利用）の際に、入居者（利用者）又はその家族等に対して、当該指針の内容を説明し、同意を得る体制を整備している。	有 ・ 無

添付書類	上記1に該当の場合	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 組織体制図 看護師の資格を証する書類の写し
	上記2に該当の場合	病院・診療所・訪問看護ステーション等との契約書等の写し（准看護師ではなく「看護師」を派遣すること、上記3に記載する派遣の頻度・時間及び24時間オンコールの体制をとることを明記すること。）
	共通	重度化した場合における対応に関する指針（※3）

※1 共同生活援助については、看護師1人につき、算定可能な利用者数は20人を上限とする。

※2 「看護師の勤務状況」欄は、本届出を行う事業所における看護師の勤務状況又は訪問の状況を記載してください。

（例1：毎週金曜日、10:00～12:00 例2：月3回、1回当たり1時間）

なお、利用者に対する日常的な健康管理や通常時及び特に利用者の状態悪化時における医療機関（主治医）との連絡・調整等の業務を行うために必要な勤務時間を確保すること。

※3 「重度化した場合における対応に関する指針」に盛り込むべき項目としては、例えば①急性期における医師や医療機関との連携体制、②入院期間中におけるグループホーム等における家賃や食材料費の取扱いなどが考えられる。

栄養士配置加算・栄養マネジメント加算に関する届出書

1 事業所・施設の名称			
2 サービスの種類			
3 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
4 栄養士配置の状況		常勤	非常勤
	管理栄養士	人	人
	栄養士	人	人
5 栄養マネジメントの状況	常勤の管理栄養士 人		
	栄養マネジメントに関わる者		
	職種	氏名	
	医師		
	管理栄養士		
	看護師		

注 「栄養マネジメントに関わる者」欄には、共同で栄養ケア計画を作成している者の職種及び氏名を記入してください。

ピアサポート実施加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所名					
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了				
3 算定要件	自立生活支援加算（Ⅲ）の加算届出をし、受理されている。				確認
4 障害者ピアサポート研修修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
	＜その他の職員＞				
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体
				年	
				年	
				年	
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。				確認欄

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。（※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり）

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注4 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等を添付してください。

退居後ピアサポート実施加算に関する届出書

1 事業所名				
2 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了			
3 障害者ピアサポート研修 修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞			
	氏名	修了した研修の名称	受講 年度	研修の 実施主体
			年	
			年	
			年	
	＜その他の職員＞			
	氏名	修了した研修の名称	受講 年度	研修の 実施主体
			年	
		年		
		年		
4 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助等の従業者 に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。		確認欄	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 ピアサポート研修の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者を、指定共同生活援助事業所等の従業者として2名以上（当該2名以上のうち少なくとも1名は障害者等とする。）配置している。（※別添組織体制図、勤務形態一覧表のとおり）

注3 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注4 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等を添付してください。

ピアサポート体制加算に関する届出書

1 事業所名						
2 サービスの種類						
3 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了					
4 障害者ピアサポート研修修了職員	＜雇用されている障害者又は障害者であった者＞					
	職種	氏名	修了した研修の名称		受講年度 研修の実施主体	
					年	
					年	
					年	
			常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)	(0.5以上であること)
	実人員					
	常勤換算数					
	＜その他の職員＞					
	職種	氏名	修了した研修の名称		受講年度 研修の実施主体	
				年		
				年		
				年		
		常勤(人)	非常勤(人)	合計(人)	(0.5以上であること)	
実人員						
常勤換算数						
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認欄		

注1 研修を修了した職員は、＜障害者又は障害者であった者＞及び＜その他の職員＞それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。

注2 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注3 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等を添付してください。

夜間支援等体制加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所名										
2 異動区分		1 新規		2 変更		3 終了				
夜間支援等体制加算 (I)・(II)	1	夜間支援体制の確保が必要な理由								
	2	夜間支援の対象者数及び夜間支援従事者の配置状況	共同生活住居名	夜間支援の対象者数(人)	1人の夜間支援従事者が支援を行う利用者の数(人)					当該住居で認定される夜間支援体制(夜勤・宿直)
					夜間支援従事者①	夜間支援従事者②	夜間支援従事者③	夜間支援従事者④	夜間支援従事者⑤	
			合計							
	3	夜間支援従事者を配置している場所	夜間支援従事者①							
			夜間支援従事者②							
			夜間支援従事者③							
			夜間支援従事者④							
			夜間支援従事者⑤							
	4	配置場所から最も離れた共同生活住居までの移動時間(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①							
			夜間支援従事者②							
			夜間支援従事者③							
			夜間支援従事者④							
			夜間支援従事者⑤							
	5	配置場所とグループホームとの間の連絡体制(非常通報装置・携帯電話等)(複数の共同生活住居の夜間支援を行っている場合)	夜間支援従事者①							
			夜間支援従事者②							
			夜間支援従事者③							
			夜間支援従事者④							
			夜間支援従事者⑤							
6	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯									
7	備考									
夜間支援等体制加算 (III)	1	住居名								
	2	夜間における防災体制の内容(契約内容等)								
	3	利用者の緊急事態等に対応するための連絡体制・支援体制の確保の具体的方法								
	4	備考								
夜間支援等体制加算 (IV)・(V)・(VI)	1	夜間支援の住居及び夜間支援従事者の配置状況	夜間支援従事者⑥	住居名	滞在時間	住居名	滞在時間	夜間支援等体制加算の種類		
			夜間支援従事者⑦							
	2	夜間支援従事者が待機している場所	夜間支援従事者⑥							
			夜間支援従事者⑦							
	3	夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯	夜間支援従事者⑥							
			夜間支援従事者⑦							

注1 記入欄が不足する場合は、通直欄を設けるなどして記載してください。

注2 日によって異なる夜間支援体制をとる場合(例えば「平日は夜勤、土日祝日は宿直」など)には、複数枚に書き分けるなど、それぞれの夜間支援体制について記載してください。

注3 夜間支援等体制加算(I)・(II)の2の「夜間支援の対象者数(人)」欄には、当該共同生活住居における前年度の平均利用者数(新設の場合は推定数)を記入して下さい。また、前年度の平均利用者数の算定に当たって小数点以下の端数が生じる場合は、小数点第1位を四捨五入してください。

注4 夜間支援等体制加算(I)・(II)の3の「夜間支援従事者を配置している場所」欄について、1人の夜間支援従事者が複数の住居で支援を行う場合は、当該従事者の主たる配置場所を記入してください。

注5 夜間支援等体制加算(I)・(II)の6の「夜間支援体制を確保している夜間及び深夜の時間帯」欄について、共同生活住居ごとに時間帯が異なる場合は、共同生活住居ごとに記載して下さい。

注6 夜間支援等体制加算(III)については、2、3のいずれか、又は両方を記載してください。

注7 夜間支援等体制加算(III)の2については、事業所の人員体制や利用者との連絡体制を含め、具体的に記入して下さい。

注8 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の1については、当該従事者が支援体制を確保する住居名と滞在時間、夜間支援等体制加算の種類を記載してください。

注9 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の2については、当該従事者が巡回等をしていない時間帯の主たる滞在場所を記載してください。

注10 夜間支援等体制加算(IV)・(V)・(VI)の3については、当該従事者の事業所への配置時間帯を記載してください。

地域生活支援拠点等機能強化加算に関する届出書

法人・事業所名			
異動等区分	1 新規	2 変更	3 終了

① 当該申請を行う自事業所が、地域生活支援拠点等として位置付けられていることを証明できる運営規定の提出

いずれかを選択 有 無

② 市町村及び拠点関係機関の相互の有機的な連携及び調整等の業務に従事する者（拠点コーディネーター）の配置状況

常勤で専ら当該地域生活支援拠点等におけるコーディネート業務に従事する者

(1) 法人・事業所名：
氏名：

(2) 法人・事業所名：
氏名：

地域生活支援拠点等に属する常勤の拠点等コーディネーターの人数 = (I) 名

拠点コーディネーター数に応じた地域生活支援拠点等機能強化加算の月内算定上限 = (II) 0 回
((I) × 100 = (II))

③ 拠点機能強化サービスの構成

(1) 拠点機能強化サービスの構成形態

いずれかを選択 同一の事業所において一体的運営 相互に連携して運営

算定回数（目安）の配分

(2) 地域生活支援拠点等機能強化加算の算定件数上限の配分（目安）

該当する欄にチェック	法人・事業所名	該当する障害福祉サービス等	算定回数（目安）
		計画相談支援及び障害児相談支援 (機能強化型基本報酬(I)又は(II))	回
		自立生活援助	
		地域移行支援	
		地域定着支援	
		合計（月内算定上限）	
目安の合計が、月内算定上限内であるかの確認		((II) = (III)) = (IV)	たしかめ
月内算定上限内を超えている場合は「上限超過と表示されます。」			OK

※ 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること（別紙可）

※ 配分件数（目安）に変更が生じる場合は、当様式を再提出すること。

上記①～③を満たしており、拠点機能強化事業所として要件を満たしている。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------------------------------------	---

人員配置体制加算に関する届出書（共同生活援助）

1 法人・事業所の名称							
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了				
3 サービス種別	1 介護サービス包括型	2 外部サービス利用型	3 日中サービス支援型				
4 申請する加算区分	人員配置体制加算（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・Ⅶ・Ⅷ・Ⅸ・Ⅹ・Ⅺ・Ⅻ・Ⅼ・Ⅽ・Ⅾ・ⅰ・ⅱ）						
5 利用者数	前年度の利用者数の 平均値		<input type="text"/>	人			
※ 新設の場合は推定値							
6 人員体制	特定従業者数換算で（ 12：1 ・ 30：1 ・ 7.5：1 ・ 20：1 ）以上加配						
7 人員配置の状況	(一) 6の人員体制において満たすべき算定要件の算出						
	○指定障害福祉サービス基準の規定により置くべき世話人等						
		世話人		生活支援員		合計（(a)=①+②）	
	常勤換算数	人		人			人
	勤務延べ時間数	①	時間	②	時間	(a)	時間
	○6の人員体制を満たすために加配すべき世話人等						
		加配する 世話人等		調整数			
	勤務延べ時間数	(b)	時間		(c)	時間	
	○6の人員体制を満たすために必要な特定従業者数（(a)+(b)+(c)=(d)、(d)の値から(e)を算出）						
				世話人等			
	特定従業者数		(e)	人			
	勤務延べ時間数		(d)	時間			
(二) 現時点で配置している世話人等の特定従業者数							
			世話人等				
	特定従業者数		(f)	人			
	勤務延べ時間数			時間			
(三) 人員配置体制加算 算定の可否							
	可	(e) < (f) = 必要な特定従業者数を満たしているため可					
	否	(e) > (f) = 必要な特定従業者数を満たしていないため否					

注1 「申請する加算区分」には、該当する番号（Ⅰ～ⅱ）に○を付してください。

注2 「人員体制」には、該当する箇所に○を付してください。

注3 ここでいう特定従業者数とは、厚生労働大臣が定める施設基準並びに子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める施設基準（平成18年厚生労働省告示第551号）第16号ロに規定する特定従業者数換算方法により算定した従業者数をさします。

注4 調整数とは、常勤換算方法による基準上おくべき従業者数において、当該事業所の常勤換算における所定労働時間が40時間未満であった場合に、特定従業者数換算方法により算出された場合の値との差分をいいます。

夜勤職員加配加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所・施設の名称			
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
3 夜勤職員の加配状況	共同生活住居の名称	利用者の数	夜勤者の加配
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無
			有 ・ 無

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）に定める員数の夜間支援従事者に加え、夜勤を行う夜間支援従事者を配置する場合、共同生活住居ごとに配置の有無を記載してください。

医療的ケア対応支援加算に関する届出書（共同生活援助）

1 事業所・施設の名称															
2 異動区分	1 新規	2 変更	3 終了												
3 看護職員の配置状況	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>常勤</th> <th>非常勤</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>実人員</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>0人</td> </tr> <tr> <td>常勤換算方法 による員数</td> <td>人</td> <td>人</td> <td>0人</td> </tr> </tbody> </table>				常勤	非常勤	合計	実人員	人	人	0人	常勤換算方法 による員数	人	人	0人
	常勤	非常勤	合計												
実人員	人	人	0人												
常勤換算方法 による員数	人	人	0人												
4 利用者の数	前年度の利用者の平均		<input type="text"/> 人												

注 届出に係る看護職員は、指定障害福祉サービス基準に規定されている常勤換算方法により配置が定められた員数の従業者に加えて配置されている者に限る。

自立生活支援加算（Ⅲ）に関する届出書（移行支援住居の届出）

事業所の名称	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了

1. 人員配置体制の確認

指定障害福祉サービス基準第208条第1項第3号の規定により指定共同生活援助事業所に置くべきサービス管理責任者に加え、専ら移行支援住居に入居する利用者（以下「移行支援入居者」という。）に対する支援に従事するサービス管理責任者であって、かつ、社会福祉士又は精神保健福祉士の資格を有するものを一以上（当該指定共同生活援助事業所における移行支援入居者の数の合計が八以上の場合にあっては、一に、移行支援入居者の数が七を超えて七又はその端数を増すごとに一を加えて得た数以上）配置していること。

(1)	移行支援住居に加配する専従のサービス管理責任者 (複数名記載可、欄が不足する場合は別紙用紙にて提出すること)	一人目	氏名	
			社会福祉士又は精神保健福祉士の資格要件の確認	有 ・ 無
		二人目	氏名	
			社会福祉士又は精神保健福祉士の資格要件の確認	有 ・ 無
			当該事業所内の世話人又は生活支援員との兼務の有無	有 (世話人・生活支援員) ・ 無
(2)	配置割合 (別添にて確認)	配置割合の基準を満たす確認の可否		可 ・ 不可

2. 移行支援住居として登録する共同生活住居

		指定申請書 付表6の共同生活住居又はサテライト型住居の番号及び名称	定員	入居者数
住居①	住居			
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計			0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居②	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計			0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居③	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計			0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

住居④	住居			1
	サテライト①			
	サテライト②			
	合計			0

↑住居の定員が規定の定員数を満たしていません。

※添付書類：社会福祉士又は精神保健福祉士の資格証

地域生活支援拠点等に関連する加算の届出

地域生活支援拠点等に関連する加算の要件を満たす事業所として、以下のとおり届け出ます。

1 届出区分	1 新規	2 変更	3 終了
2 事業所の名称			
3 地域生活支援拠点等としての位置付け	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられたことを証明する運営規程の有無	有 ・ 無	
	市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられた日付	年 月 日	
4 市町村及び地域生活支援拠点等との連携及び調整に従事する者の氏名	※該当者が複数名いる場合は、各々の氏名を記載すること。		
5 当該届出により算定する加算	《緊急時対応加算 地域生活支援拠点等の場合》	対象：訪問系サービス※、 重度障害者等包括支援（訪問系サービスのみ対象）	
	《緊急時支援加算 地域生活支援拠点等の場合》	対象：自立生活援助、地域定着支援、 重度障害者等包括支援（自立生活援助のみ対象）	
	《地域生活支援拠点等として短期入所を行った場合の加算》	対象：短期入所、重度障害者等包括支援	
	《緊急時受入加算》	対象：日中系サービス※	
	《障害福祉サービスの体験支援加算》	対象：日中系サービス※	
	《障害福祉サービスの体験利用加算・体験宿泊加算》	対象：地域移行支援	
	《地域移行促進加算（Ⅰ）・（Ⅱ）》	対象：施設入所支援	
	《地域生活支援拠点等相談強化加算》	対象：計画相談支援、障害児相談支援	

添付書類：運営規定

運営規程は、当該事業所等が地域生活支援拠点等の機能を担う事業所であることが規定されているもの（規定の変更の申請中であるものを含む。）に限る。なお、事業所の運営規程が変更の申請中のものである場合は、当該変更の申請の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

注1 地域生活支援拠点等機能強化加算については別に定める様式にて届出を行うこと。

注2 訪問系サービスとは、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護をいう。

注3 日中系サービスとは、生活介護、自立訓練（機能訓練）、自立訓練（生活訓練）、就労移行支援（養成含む）、就労継続支援A型、就労継続支援B型をいう。

送迎加算に関する届出書

事業所・施設の名称	
サービスの種類	
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了
2 送迎の状況① (全サービス)	1 当該事業所において行われる通所サービス等の利用につき、利用者の送迎を行っていること。
3 送迎の状況② (短期入所、重度障害者等 包括支援以外) ※1・2いずれにも該当する場合は送迎加算Ⅰ、いずれか一方に該当する場合は送迎加算Ⅱの算定が可能。	1 1回の送迎につき、平均10人以上(ただし、利用定員が20人未満の事業所にあつては、1回の送迎につき、平均的に定員の100分の50以上)が利用している。
	2 週3回以上の送迎を実施している。
4 送迎の状況③ (生活介護の上乗せ加算)	1 送迎を利用する者のうち、区分5若しくは区分6に該当する者又はこれに準ずる者が100分の60以上。
	2 1には該当しない。

※ 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

※ 「送迎の状況②」欄については、両方に該当する場合は両方に○を付けること。

※ 「これに準ずる者」とは、区分4以下であつて、行動関連項目合計点数が10点以上である者又は喀痰吸引等を必要とする者とする。

日中活動支援加算に関する届出書

事業所・施設の名称			
報酬区分	1 医療型短期入所	2 医療型特定短期入所	
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了

(1)	指定短期入所の利用開始時に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等で、医療型短期入所において日中活動の提供が必要とされた利用者がある(セルフプランは算定不可)	1 該当	2 非該当
(2)	保育士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・その他の職種の者(「保育士等」という)が共同して、利用者ごとの日中活動実施計画を作成している	1 該当	2 非該当
(3)	利用者ごとの日中活動実施計画に従い、保育士等が指定短期入所を行っているとともに、利用者の状態を定期的に記録している	1 該当	2 非該当
(4)	利用者ごとの日中活動実施計画の実施状況を定期的に評価し、必要に応じて当該計画を見直している	1 該当	2 非該当

居住支援連携体制加算に関する届出書

事業所の名称			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
居住支援法人又は居住支援協議会との連携状況	1	居住支援法人又は居住支援協議会の名称	
	2	居住支援法人又は居住支援協議会の所在地	

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

注2 居住支援法人又は居住支援協議会との連携の計画等を示す文書を添付してください。

通勤者生活支援加算に係る体制

事業所の名称			
異動区分	1 新規	2 変更	3 終了
前年度の平均利用者数(A)		30	人
前年度の平均利用者数の50%(人)		15	人
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)		#DIV/0!	人
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計(E)			人
前年度の当該サービスの開所日数の合計 (D)			人
通勤者生活支援に係る体制	氏名		雇用されている事業所名
	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		
	29		
30			

注1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付して下さい。
 注2 新設の場合には、「前年度の平均利用者数」欄には推定数を記入して下さい。
 注3 「通勤者生活支援に係る体制」欄には、通常の事業所に雇用されている者を記入して下さい。