就労選択支援サービス費の算定に係る特定事業所集中減算チェックシート（提出用 兼 保存用）

作成日　　年　　月　　日

川越市長　　様

法　人　名										
法人住所 ・ 電話番号										
代　表　者　の 職名・氏名										
事 業 所 番 号	0	8	1	0	1					
事　業　所　名										
事業所住所										
電話番号										
事 業 所 管 理 者 名										

判定期間　　年度	前期	1月	2月	3月	4月	5月	6月	計	
	後期	7月	8月	9月	10月	11月	12月		
①判定期間において就労選択支援の利用が終了した利用者の総数								0	
指定就労移行支援 ②指定就労移行支援につながった利用者数								0	A
指定就労移行支援 ③移行率最高法人につながった利用者数								0	B
指定就労移行支援 移行率最高法人の名称									
指定就労移行支援 住所									
指定就労移行支援 代表者名									
指定就労移行支援 事業所名１								事業所番号	
指定就労移行支援 事業所名２								事業所番号	
指定就労移行支援 ④割合（B÷A×100） 単位：%								0	
指定就労移行支援 ⑤80%を超えている場合の理由及び正当な理由の番号（(1)から(6)までのいずれかを記載）								番号	
指定就労移行支援 ⑥(4)のうち地域ケア会議等で助言を受けており除外できる件数								件数	
指定就労移行支援 除外後の割合：%									
指定就労継続支援A型 ②指定就労継続支援Ａ型につながった利用者数								0	C
指定就労継続支援A型 ③移行率最高法人につながった利用者数								0	D
指定就労継続支援A型 移行率最高法人の名称									
指定就労継続支援A型 住所									
指定就労継続支援A型 代表者名									
指定就労継続支援A型 事業所名１								事業所番号	
指定就労継続支援A型 事業所名２								事業所番号	
指定就労継続支援A型 ④割合（D÷C×100） 単位：%								0	
指定就労継続支援A型 ⑤80%を超えている場合の理由及び正当な理由の番号（(1)から(6)までのいずれかを記載）								番号	
指定就労継続支援A型 ⑥(4)のうち地域ケア会議等で助言を受けており除外できる件数								件数	
指定就労継続支援A型 除外後の割合：%									
指定就労継続支援B型 ②指定就労継続支援Ｂ型につながった利用者数								0	E
指定就労継続支援B型 ③移行率最高法人につながった利用者数								0	F
指定就労継続支援B型 移行率最高法人の名称									
指定就労継続支援B型 住所									
指定就労継続支援B型 代表者名									
指定就労継続支援B型 事業所名１								事業所番号	
指定就労継続支援B型 事業所名２								事業所番号	
指定就労継続支援B型 ④割合（F÷E×100） 単位：%								0	
指定就労継続支援B型 ⑤80%を超えている場合の理由及び正当な理由の番号（(1)から(6)までのいずれかを記載）								番号	
指定就労継続支援B型 ⑥(4)のうち地域ケア会議等で助言を受けており除外できる件数								件数	
指定就労継続支援B型 除外後の割合：%									

基準該当就労継続支援Ｂ型	②基準該当就労継続支援Ｂ型につながった利用者数							0	G
	③移行率最高法人につながった利用者数							0	H
	移行率最高法人の名称								
	住所								
	代表者名								
	事業所名１				事業所番号				
	事業所名２				事業所番号				
	④割合（H÷G×100）						単位：％	0	
	⑤80%を超えている場合の理由及び正当な理由の番号((1)から(6)までのいずれかを記載)								
							番号		
	⑥(4)のうち地域ケア会議等で助言を受けており除外できる件数						件数		
						除外後の割合：％			

※１　水色のセルは自動計算式が入力されています。
※２　前期とは、１月１日から６月末日までです。
※３　後期とは、７月１日から12月末日までです。
※４　いずれかのサービスの割合が８０％を超えているときは、必ずこの書類を川越市に提出してください。
※５　提出期限（前期は９月15日、後期は３月15日）までに提出してください。
※６　この書類はすべての就労選択支援事業所が作成し、５年間保存する必要があります。
※７　欄内に書き切れないときは、別の紙を利用して書き足してください。
※８　本チェックシートは事業所ごとに作成してください。法人所単位ではありません。
※９　⑤に記載された理由が正当な理由に該当するかどうかは、川越市において適正に判断します。
※10　書類作成時において，判定期間に就労選択支援の利用は終了したものの移行先が決まっていない利用者については，当該判定期間の算定対象には含めず，移行先が決まった時点の判定期間の算定対象としてください。

特定事業所集中減算を適用されない就労選択支援事業所に係る正当な理由に該当するもの及び必要書類

<table>
<tr><td>（１）</td><td colspan="2">就労選択支援事業所の通常の事業の実施地域に，指定就労移行支援，指定就労継続支援A型，指定就労継続支援B型，基準該当就労継続支援B型（以下「就労移行支援等」とする。）がサービスごとで見た場合に５事業所未満である場合など，サービス事業所が少数である場合</td></tr>
<tr><td></td><td>必要書類</td><td>・ 就労選択支援事業所の通常の事業の実施地域における，すべての就労移行支援等の事業所の名称及び所在地，並びに当該事業所を開設している事業者の名称を記載した書類</td></tr>
<tr><td>（２）</td><td colspan="2">視覚・聴覚言語障害者支援体制加算，高次脳機能障害者支援体制加算を受けている場合</td></tr>
<tr><td>（３）</td><td colspan="2">判定期間において就労選択支援の利用を終了した利用者のうち，就労移行支援等につながった件数が5件未満であるなど，サービスの利用が少数である場合</td></tr>
<tr><td>（４）</td><td colspan="2">サービスの質が高いことによる利用者の希望を勘案した場合などにより特定の事業者に集中していると認められる場合</td></tr>
<tr><td></td><td>必要書類</td><td>・ 利用者からの質が高いことを理由に当該事業所を利用したい旨の理由書
・ 支給決定権者から受けた意見・助言等の経過が分かる書類</td></tr>
<tr><td>（５）</td><td colspan="2">判定期間中に新規指定を受けた場合</td></tr>
<tr><td>（６）</td><td colspan="2">判定期間中に休止をした場合</td></tr>
</table>