

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算に関する届出書  
(視覚障害者又は聴覚言語障害者の状況)

令和 3 年 4 月 15 日 提出

事業所の名称	丸八作業所		
サービスの種類	生活介護	多機能型の実施 ※	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
異動区分 (該当の番号に○)	<input checked="" type="radio"/> 1 新規	<input type="radio"/> 2 継続	<input type="radio"/> 3 変更
適用年月日	前月15日までの届け出により翌月から算定可能(4月適用のみ期限に例外あり)	令和 2 年 4 月 1 日	多機能型の場合は事業所名称とサービス種類について各欄に併記すること
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)		19.3 人	平均利用者数算定シート(別紙33)の数値と一致していること
うち30% (B) = (A) × 0.3		5.8 人	
加算要件に該当する利用者の数 (C) = (E) / (D)		6.8 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 ○○ ×男	聴覚障害	2	244
2 △△ ☆子	聴覚障害・知的障害	2	502
3 ◇◇ ▽夫	聴覚障害	2	247
4 ◎◎ ◆美	言語機能障害	3	249
5 ▽▽ ○之	視覚障害	1	238
6 △○ □幸	視覚障害	2	251
7			
8			
9			
10			
前年度の開所日数 (D)	253 日	合計 (E)	1731
2 加配される従業者の状況			
利用者数 (A) ÷ 50 = (F)		0.386 人	
加配される従業者の数 (G)		0.4 人	(G) ≥ (F)
加配される従業者の氏名	資格・研修名等		
1 健福 次郎	名古屋市手話通訳者養成講習会		
2			
3			
添付書類	従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(別紙2-2)及び組織体制図(参考様式15)		

注1 本表は、次に該当する利用者を記載してください。

- 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
- 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
- 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
- ①~③又は知的障害のうち(重度以外を含む)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。

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。

- 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
- 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

※ 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。

※ 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には、「異動区分」欄において「2 継続」に○を付すこと。