

平成 年 月 日

(あて先) 名古屋市長

届出者 所在地
(法人) 事業者名
代表者名

印

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。

事業所名		事業所番号(10桁)	
事業所所在地		指定の種別 □児発 □放デイ	主たる障害児 □定め無し □重心児

平成31年4月に

児発未就学児区分Ⅱ かつ 放デイ障害児状態区分2を算定する場合で、その他の加算体制に変更が無い場合→	①へ
児発未就学児区分Ⅰ または 放デイ障害児状態区分1を算定する場合 → → → → →	②へ

↓ 平成31年4月に算定する障害児(通所)給付費体制等について、空欄に○をつけること
※平成31年度福祉・介護職員処遇改善加算以外^①の給付費体制について回答のこと。(処遇改善は別途要申請:前々月末)

給付費の体制(加算等の内容)に変更はない。(児発未就学児区分Ⅰ、放デイ障害児状態区分1算定している場合は②へ)	
①-1	平成31年3月時点からの加算変更なし。(かつ児発未就学児区分Ⅱかつ放デイⅡ障害児状態区分2で)【その他人員等の変更もない。】
①-2	平成31年3月時点からの加算変更なし。(かつ児発未就学児区分Ⅱかつ放デイ障害児状態区分2で)【その他児発管の変更等の変更がある。】
給付費体制(加算等の内容)に変更あり。 (引き続き、児発未就学児区分Ⅰ、放デイ障害児状態区分1を算定する場合を含む。) (例)新たな加算算定、加算終了、減算発生、加算区分の変更等がある。	
②-1	平成31年3月時点からの加算変更あり。(児発未就学児区分Ⅰまたは放デイ障害児状態区分1を算定する場合(ただしH30.5.1指定以降の場合で報酬区分変更時期で無い場合を除く。))を含む。【その他人員等の変更はない。】
②-2	平成31年3月時点からの加算変更あり。(児発未就学児区分Ⅰまたは放デイ障害児状態区分1を算定する場合を含む。) ^② 【その他児発管の変更等の変更もある。】

↓ 上記○をつけた番号に応じて提出書類を確認し、下記空欄に○をつけること

提出書類 (下記の順番に揃え①~⑧のインデックスを貼付して提出してください)	①-1	①-2	②-1	②-2
① 障害児(通所)給付費体制等変更確認書(当確認書)				
② 人員チェックシート				
③ 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表(平成31年4月のもの)				
④ 平成30年度勤務実績一覧表				
⑤ 障害児(通所)給付費算定に係る体制等に関する届出書	/	/		
⑥ 障害児(通所)給付費の算定に係る体制等状況一覧表	/	/		
⑦ 各種加算にかかる加算届出書、添付書類等(資格者証等)	/	/		
⑧ 指定障害児通所支援事業者変更届出書(第15号様式の3)添付書類(資格者証等(⑦で提出の場合は不要))	/	/	/	

※平成31年5月1日の加算届も平成31年4月15日(月)が締切(消印有効)になっております。提出期限を過ぎますと、6月以降の算定になりますのでご注意ください。

※加算届出書や添付書類等についての詳細は、ウェルネットなごやをご覧ください。

※様式が改正された書類もありますので、必ず最新の様式をウェルネットなごやからダウンロードしてください。

※資格者証等の原本の写しを提出される場合は、原本証明をお忘れなくお願いします。

※引き続き児発で未就学児区分Ⅰ(小学校入学前の児童7割以上)、放デイで障害児状態等区分1(区分1対象児5割以上)を算定する場合は、区分に変更が無い場合でも②を選択し、⑤⑥⑦を提出してください。提出がない場合は低い区分での算定となります。

担当者氏名		電話		FAX	
-------	--	----	--	-----	--

児童指導員等人員基準チェックシート
 ※平成31年4月1現在の状況を記入してください

平成31年4月1日現在

事業所名 (事業所番号)	()	所在区	区
電話番号			
担当者氏名			
種類	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問		
定員	人	主たる対象児	<input type="checkbox"/> 定め無 <input type="checkbox"/> 重心児

【個別従業者の資格】

従業者の資格		チェック欄			
保育士	氏名	保育士登録証(写)を提出しました。			
		今回	当事業所で過去提出済	提出年月	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__年__月	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__年__月	
児童指導員	氏名	要件番号 (※)	挙証資料を添付しました。		
			今回	当事業所で過去提出済	提出年月
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__年__月
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__年__月	
障害福祉サービス経験者	氏名	挙証資料(障害福祉サービス事業に2年以上従事したことが分かる実務経験証明書及び高等学校を卒業したことが分かる書類)(写)を添付しました。			
		今回	当事業所で過去提出済	提出年月	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__年__月	
その他有資格者 (看護師、PT,OT等)	氏名(資格の正式名称)	資格証(写)を提出しました。			
		今回	当事業所で過去提出済	提出年月	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__年__月	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	__年__月	

※ 児童指導員欄の要件番号欄には、別紙「児童指導員の要件一覧」左端欄の該当する番号を記入してください。

保育士登録証(写)資格証(写)挙証資料(写)には代表者名(代表者印押印)での原本証明をお願いします。

【人員基準】(該当・非該当欄に○を付けてください。(1①,2,3)、(1②,2,3)の組合せの中で非該当となる場合は人員欠如となります。(重心対象事業所は○不要です。))

1	① 【定員10人】	サービス提供時間を通じて、上記保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者を2人以上配置している。(職員の休憩時間は代わりの保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者を配置)	該当	非該当
	② 【定員10人超】	サービス提供時間を通じて、上記保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者を2人に加えて、障害児の数が10を超えて5又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置している。(職員の休憩時間は代わりの保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者を配置)	該当	非該当
2		上記保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者のうち1人以上は常勤となっている。	該当	非該当
3		サービス提供時間を通じて、保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者の半数以上(定員10人の場合は1人以上、定員11~20人の場合は2人以上)が児童指導員又は保育士となっている。 (例:10人定員の場合、基準上必要な人員2名のうち1名が児童指導員、もう1名が障害福祉サービス経験者は可。1名が児童指導員、もう1名が無資格者は人員欠如。障害福祉サービス経験者のみとなる時間がある場合も人員欠如。)	該当	非該当

上記事業所の従業者の資格及び人員基準を満たすことについて確認しました。

法人名

代表者職氏名

印

* 個別従業者の資格欄について行が不足する場合は適宜追加・削除してください。

※ 児童指導員の要件一覧

番号	概要	内容(児童福祉施設の設備及び運営に関する基準第43条)	挙証資料(代表者名(代表者印押印)での原本証明必要)
1	養成施設卒業	都道府県知事の指定する児童福祉施設の職員を養成する学校その他の養成施設を卒業した者	該当施設を卒業したことを証する書類(写)
2	社会福祉士	社会福祉士の資格を有する者	資格証(写)(合格証は不可)
3	精神保健福祉士	精神保健福祉士の資格を有する者	資格証(写)(合格証は不可)
4	大学該当学科卒	学校教育法の規定による大学の学部で、社会福祉学、心理学、教育学若しくは社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者	大学を卒業したことを証する書類(写)及び成績証明書(写:履修科目が分かるもの)
5	大学該当科目履修後大学院	学校教育法の規定による大学の学部で、社会福祉学、心理学、教育学又は社会学に関する科目の単位を優秀な成績で修得したことにより、同法第二条第二項の規定により大学院への入学を認められた者	大学院への入学を認められたことを証する書類(写)及び大学の成績証明書(写:履修科目が分かるもの)
6	大学院該当専攻卒	学校教育法の規定による大学院において、社会福祉学、心理学、教育学若しくは社会学を専攻する研究科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者	大学院を卒業したことを証する書類(写)大学院の成績証明書(写:履修科目が分かるもの)
7	外国大学該当学科卒	外国の大学において、社会福祉学、心理学、教育学若しくは社会学を専修する学科又はこれらに相当する課程を修めて卒業した者	外国の大学を卒業したことを証する書類(写)及び成績証明書(写:履修科目が分かるもの)及びそれらを日本語訳したもの
8	児童福祉事業高卒2年以上	学校教育法の規定による高等学校若しくは中等教育学校を卒業した者、同法第九十条第二項の規定により大学への入学を認められた者若しくは通常の課程による十二年の学校教育を修了した者(通常の課程以外の課程によりこれに相当する学校教育を修了した者を含む。)又は文部科学大臣がこれと同等以上の資格を有すると認定した者であつて、二年以上児童福祉事業に従事したものの	実務経験証明書(児童福祉事業2年以上)及び高等学校を卒業したことが分かる書類(写)
9	小中高校教員免許	教育職員免許法に規定する幼稚園、小学校、中学校、義務教育学校、高等学校又は中等教育学校の教諭となる資格を有する者であつて、都道府県知事が適当と認めたもの(H31.4.1～幼稚園教諭も可)	教員免許(写)
10	児童福祉事業3年以上	三年以上児童福祉事業に従事した者であつて、都道府県知事が適当と認めたもの	実務経験証明書(児童福祉事業3年以上)

挙証資料には代表者名(代表者印押印)での原本証明をお願いします。

児童指導員等人員基準チェックシート
 ※平成31年4月1現在の状況を記入してください

平成31年4月1日現在

事業所名 (事業所番号)	〇〇障害児〇〇デイサービス (1234567890)	所在区	中 区
電話番号	052-972-〇〇		
担当者氏名	△△ 〇〇		
種類	<input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援 <input checked="" type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問		
定員	10人	主たる対象児	<input checked="" type="checkbox"/> 定め無 <input type="checkbox"/> 重心児

【個別従業者の資格欄】

指定を受けた事業全てにチェックをしてください。
 例: 児発、放デイの多機能型の場合

	氏名	チェック欄		
		今回	当事業所で過去提出済	
保育士	AAAA	<input checked="" type="checkbox"/>	保育士登録証(写)を提出しました。	提出年月
			提出済	提出年月
児童指導員	同一事業所で過去に当該従業者の資格証等を提出済みの場合は、その年月を記載してください。 BBBBBB CCCCCC	(※) 今回 8 9	<input type="checkbox"/> 提出済 挙証資料を添付しました。	提出年月
			<input checked="" type="checkbox"/> 提出済 平成31年4月	提出年月
			<input type="checkbox"/> 提出済	提出年月
障害福祉サービス経験者	氏名 DDDDDD	<input checked="" type="checkbox"/>	挙証資料(障害福祉サービス事業に2年以上従事したことが分かる実務経験証明書及び高等学校を卒業したことが分かる書類)(写)を添付しました。	提出年月
			提出済	提出年月
その他有資格者 (看護師、PT,OT等)	氏名(資格の正式名称)	今回 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	資格証(写)を提出しました。	提出年月
			<input type="checkbox"/> 提出済	提出年月
			<input type="checkbox"/> 提出済	提出年月

※ 児童指導員欄の要件番号欄には、別紙「児童指導員の要件一覧」左端欄の該当する番号を記入してください。

保育士登録証(写) 資格証(写) 挙証資料(写)には代表者名(代表者印押印)での原本証明をお願いします。

【人員基準】(該当・非該当欄に○を付けてください。1①23、1②23の組合せの中で非該当となる場合は人員欠如となります。(重心対象事業所は○不要です。))

1	① 【定員10人】	サービス提供時間を通じて、上記保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者を2人以上配置している。(職員の休憩時間は代わりの保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者を配置)	該当	非該当
	② 【定員10人超】	サービス提供時間を通じて、上記保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者を2人に加えて、障害児の数が10を超えて5又はその端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置している。(職員の休憩時間は代わりの保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者を配置)	該当	非該当
2		上記保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者のうち1人以上は常勤となっている。	該当	非該当
3		サービス提供時間を通じて、保育士、児童指導員、障害福祉サービス経験者の半数以上(定員10人の場合は1人以上、定員11~20人の場合は2人以上)が児童指導員又は保育士となっている。 (例:10人定員の場合、基準上必要な人員2名のうち1名が児童指導員、もう1名が障害福祉サービス経験者は可。1名が児童指導員、もう1名が無資格者は人員欠如。障害福祉サービス経験者のみとなる時間がある場合も人員欠如。)	該当	非該当

上記事業所の従業者の資格及び人員基準を満たすことについて確認しました。

法人名 社会福祉法人〇〇会 代表者職氏名 理事長 〇〇



* 個別従業者の資格欄について行が不足する場合は適宜追加・削除してください。

(参考様式7)

実務経験証明書

様 年 月 日
番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印
電話番号

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。

氏名	生年月日
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別)
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業務内容	職名 ()

- (注)
- 施設又は事業所名欄の施設・事業所の種別欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。また、法令上の施設・事業所種別の名称を記入すること。
 - 業務期間欄は、証明を受ける者が勤務し当該業務を行っていた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)
業務期間は実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
高齢者の事業所と障害者の事業所のように複数の事業所での業務期間を記載する場合は、事業所毎の業務期間及び日数を記入してください。
 - 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。
 - 1年あたり180日以上に従事日数が必要です。
ただし、一月あたり10日以上のもは実務経験(月数・日数)に合算することができます。(同一月に同種の別事業所で勤務している場合は、日数を合算して10日以上であれば算入できます)

(参考様式5)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表（平成31年4月分）

記載例

職種	提出資格証年月等	勤務形態	氏名	サービス提供時間																												4週合計	第5週		週平均の勤務時間						
				平日														土・日・祝・学校休業日															30	31							
				12:00 ~ 18:00														10:00 ~ 17:00																							
支援の種類（児童発達支援・放課後等デイサービス） 事業所名（○○○○）				サービス提供時間				平日				12:00 ~ 18:00				土・日・祝・学校休業日				10:00 ~ 17:00																					
				定員【10人】				運営規定と同一であるか																																	
				第1週							第2週							第3週							第4週																
				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										
				土	日	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										
管理者兼児童発達支援管理責任者	H30.4	B	名古屋 一郎	②	②	⑦	⑦	②	②	①	①	②	⑦	⑦	①	①	①	①	②	⑦	⑦	①	①	①	①	②	⑦	⑦	①	①	①	160	⑦	⑦	40						
保育士	H30.4	A	名古屋 二郎	⑦	②	⑦	②	②	②	①	⑦	②	⑦	①	①	①	①	⑦	②	⑦	①	①	①	①	⑦	②	⑦	①	①	①	①	160	⑦	①	40						
児童指導員	H30.4	A	名古屋 三郎	⑦	⑦	⑦	②	②	②	①	⑦	②	⑦	①	①	①	①	⑦	②	⑦	①	①	①	①	⑦	②	⑦	①	①	①	①	160	⑦	①	40						
児童指導員	H30.6	C	名古屋	この事業所において、常勤・非常勤の別、職種を記入してあるか確認														⑦	③	③	⑦	⑦	③	⑤	⑦	③	③	⑦	⑦	③	⑤	⑦	③	③	⑦	⑦	80	⑦	③	20	
障害福祉経験者	H31.4	C	名古屋	この事業所において、常勤・非常勤の別、職種を記入してあるか確認														⑦	⑦	⑦	④	④	④	④	⑥	⑦	⑦	⑦	④	④	④	⑥	⑦	⑦	⑦	④	④	80	⑦	⑦	20
機能訓練担当職員(理学療法士)	H31.4	B	名古屋六郎	①	⑦					⑦	①	⑦					⑦	①	⑦					⑦	①	⑦					⑦	8			32						
機能訓練をしない日(理学療法士)	H31.4	B	名古屋六郎		⑦	①	①	①	①	⑦		⑦	①	①	①	⑦		⑦	①	①	①	⑦		⑦	①	①	①	⑦		⑦	①	①	①	⑦	128	①	①	32			
指導員		C	名古屋 七郎	⑦	⑦	⑦	⑥	⑥	⑤	③	⑦	⑦	⑦	④	④	③	③	⑦	⑦	⑦	④	④	③	③	⑦	⑦	⑦	④	④	③	③	80	⑦	④	20						
名古屋市子ども福祉課に資格証・実務経験証明書を出した日を記載してください				就業規則等を確認																												①サービス提供時間を通じて児童指導員、保育士、障害福祉サービス経験者(児童発達支援管理責任者を除く)が2人以上配置されているか確認する。(10名定員の場合) ②営業時間内に誰も配置されていない、休日と平日の配置は正しいか等確認。				・休憩時間を除いた実働時間を記載(労働基準法確認) ・最上値が常勤換算の基準時間数					
常勤職員の勤務すべき時間数				1日： 8時間00分							1週： 40時間00分							変形労働時間制 無・有 (1か月単位・1年単位 対象職種： 労基届出日：)																							
勤務時間				① 10:00 ~ 19:00							② 9:00 ~ 18:00							③ 10:00 ~ 15:00																							
				④ 14:00 ~ 19:00							⑤ 9:00 ~ 14:00							⑥ 13:00 ~ 18:00							⑦ 休日																

- 注1 *欄には、当該月の曜日を記載してください。
- 2 申請する事業に係る従業員全員（管理者を含む。）について、4週間分の勤務すべき時間数を記載してください。勤務時間ごとに区分して番号を付し、その番号を記載してください。（記載例－勤務時間 ①8：30～17：00、②16：30～1：00、③0：30～9：00、④休日）
- 3 職種ごとに下記の勤務形態の区分の順にまとめて記載し、「週平均の勤務時間」については、職種ごとのAの小計と、B～Dまでを加えた数の小計の行を挿入してください。
勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務（事業所内で兼務（B:D）の場合は当該兼務者について職種ごとに行を分けて記載してください。）
- 4 上記以外の時間帯に他事業所の従業員として勤務する場合は、事業所・施設に係る組織体制図を添付してください。
- 5 施設において使用している勤務割表等により、職種、勤務形態、氏名及び当該業務の勤務時間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。
- 6 「常勤職員の勤務すべき時間数」欄は、当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数を記載し、変形労働制を採用している場合はその内容を記載してください。

(参考様式)

平成30年度 勤務実績一覧表 (平成30年4月～平成31年3月)

支援の種類 (児童発達支援・放課後等デイサービス)

事業所名 (〇〇〇〇)

主たる対象 (定め無し : 重症心身障害児)

サービス提供時間	平日	12:00～18:00
	土・日・祝・学校休業日	10:00～17:00
定員【 10 人】		

【単位：時間】

職 種	勤務形態	氏名	法人役員	事項	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
				勤務日数													0
				勤務時間計													0
常勤職員の勤務すべき時間数					1日： 時間 分	1週： 時間 分	変形労働時間制 無 ・ 有 (1か月単位 ・ 1年単位 対象職種： 労基届出日：)										

- ※ 勤務形態の区分 A：常勤で専従 B：常勤で兼務 C：常勤以外で専従 D：常勤以外で兼務
- ※ 研修出張、有給休暇は勤務時間数に含める（ただし、役員及び非常勤職員を除く）。
- ※ 「常勤職員の勤務すべき時間数」欄は、当該事業所・施設における常勤職員の勤務すべき時間数を記載し、変形労働制を採用している場合はその内容を記載してください。
- ※ 行が不足する場合は適宜、行を追加してください。

障害児（通所・入所・相談支援）給付費算定に係る体制等に関する届出書

平成 年 月 日

名古屋市 長 殿

届出者 所在地
 法人名
 代表者職
 代表者氏名

印

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。

届出者	主たる事務所の所在地	(郵便番号 _____) _____ 県 _____ 郡市		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	法人の種別			法人所轄庁
	代表者の職・氏名	職名		氏名
	代表者の住所	(郵便番号 _____) _____ 県 _____ 郡市		
施設の状況	主たる事業所の所在地	(郵便番号 _____) _____ 県 _____ 郡市		
	事業所名称 (事業所番号)	(_____)		
	連絡先	電話番号		FAX番号
	管理者の氏名	職名/氏名	/	届出担当者氏名
	管理者の住所	(郵便番号 _____) _____ 県 _____ 郡市		

(裏面有り)

(裏面)

支援の種類 (通所・入所・相談支援)	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)
		1 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 「法人の種別欄」は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。

注2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

注3 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。

注4 「異動項目」欄は、(別紙1)「障害児(通所・入所)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。(異動のあった項目すべて記入してください。)

注5 「特記事項」欄は、異動のあった項目それぞれの状況について項目名およびその内容について具体的に記載してください。

障害児 (通所・入所・相談支援) 給付費算定に係る体制等に関する届出書

平成31年4月1日

記入例

名古屋市 長 殿

届出者 所在地 名古屋市〇区〇丁目〇番地

法人名 株式会社〇〇

代表者職

代表取締役

代表者氏名

〇〇 〇〇



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。

届出者	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	法人の種別	法人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名	氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市		
施設の状況	主たる事業所の所在地	(郵便番号 ー) 県 郡市		
	事業所名称 (事業所番号)	()		
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	管理者の氏名	職名/氏名	届出担当者氏名	
	管理者の住所	(郵便番号 ー) 県 郡市		

適切に記載してください

(裏面有り)

(裏面)

支援の種類 (通所・入所・相談支援)	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)
児童発達支援・放課後等デイサービス	平成27年4月1日	1 新規 2 変更 3 終了	平成31年4月1日	児発報酬区分・放デイ報酬区分・児発児童指導員等加配加算Ⅱ 福祉専門職員配置加算 自己評価結果未公表減算
特記事項	変更前		変更後	
	児童発達支援報酬区分Ⅰ 児童発達支援 児童指導員等加配加算Ⅱ なし 放課後等デイサービス報酬区分 2の1 福祉専門職員配置等加算Ⅲ		児童発達支援報酬区分Ⅰ 児童発達支援 児童指導員等加配加算Ⅱ (その他従業者) 放課後等デイサービス報酬区分 1の1 福祉専門職員配置等加算Ⅱ 自己評価結果等未公表減算 なし (公表日:平成〇年〇月〇日方法:すてっぷサポートに掲載申請)	
関係書類		別紙のとおり		

- 注1 「法人の種別欄」は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 注2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 注3 「異動等の区分」欄は、公表日は、ウェブサイトすてっぷサポートに掲載申請した日を記載してください。
- 注4 「異動項目」欄は、()で記載してください。(異動の) 費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を
- 注5 「特記事項」欄は、異動のあった項目それぞれの状況について項目名およびその内容について具体的に記載してください。

報酬区分について、児発未就学児区分Ⅰまたは放デイ指標対象児区分1を算定する場合は変更

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等	適用開始日
各サービス共通					地域区分 11. 一級地 12. 二級地 13. 三級地 14. 四級地 15. 五級地 16. 六級地 17. 七級地 23. その他	
障害児通所給付費 児童発達支援			1. 児童発達支援センター 2. 児童発達支援センター以外	1. 重症心身障害以外 2. 重症心身障害	未就学児等支援区分	1. 非該当 2. I 3. II
					児童指導員等配置	1. なし 2. あり
					定員超過	1. なし 2. あり
					職員欠如	1. なし 2. あり
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり
					開所時間減算	1. なし 2. あり
					開所時間減算区分(※3)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満
					自己評価結果等未公表減算	1. なし 2. あり
					児童指導員等加配体制(I)	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等 4. その他従業者
					児童指導員等加配体制(II)	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等 4. その他従業者
					看護職員加配体制	1. なし 2. I 3. II 4. III
					看護職員加配体制(重度)	1. なし 2. I 3. II
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I
					栄養士配置体制(※4)	1. なし 2. その他栄養士 3. 常勤栄養士 4. 常勤管理栄養士
					特別支援体制	1. なし 2. あり
					強度行動障害加算体制	1. なし 2. あり
					送迎体制	1. なし 2. あり
					送迎体制(重度)	1. なし 2. あり
					延長支援体制	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり
					キャリアパス区分(※5)	1. III(キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V(キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV(キャリアパス要件を満たさない) 4. IV(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(I及びII及びIII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当
共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当					
共生型サービス体制強化(※6)	1. 非該当 2. I 3. II 4. III					
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当					

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
医療型 児童発達支援	/		1. 医療型児童発達支援センター 2. 指定発達支援医療機関		定員超過	1. なし 2. あり	
					開所時間減算	1. なし 2. あり	
					開所時間減算区分(※3)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					特別支援体制	1. なし 2. あり	
					送迎体制(重度)	1. なし 2. あり	
					保育職員加配	1. なし 3. I 4. II	
					延長支援体制	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(※5)	1. III(キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V(キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV(キャリアパス要件を満たさない) 4. IV(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(I及びII及びIII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
放課後等デイサービス				1. 重症心身障害以外 2. 重症心身障害	障害児状態等区分	1. 非該当 2. 区分1の1 3. 区分1の2 4. 区分2の1 5. 区分2の2	
					児童指導員等配置	1. なし 2. あり	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					開所時間減算	1. なし 2. あり	
					開所時間減算区分(※3)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満	
					職員欠如	1. なし 2. あり	
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり	
					自己評価結果等未公表減算	1. なし 2. あり	
					児童指導員等加配体制(I)	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等 4. その他従業者	
					児童指導員等加配体制(II)	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等 4. その他従業者	
					看護職員加配体制	1. なし 2. I 3. II 4. III	
					看護職員加配体制(重度)	1. なし 2. I 3. II	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					特別支援体制	1. なし 2. あり	
					強度行動障害加算体制	1. なし 2. あり	
					送迎体制(重度)	1. なし 2. あり	
					延長支援体制	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(※5)	1. III(キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V(キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV(キャリアパス要件を満たさない) 4. IV(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(I及びII及びIII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当						
共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当						
共生型サービス体制強化(※6)	1. 非該当 2. I 3. II 4. III						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無 (※1)	定員規模 (※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
保育所等訪問支援					訪問支援員特別体制	1. なし 2. あり	
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分 (※5)	1. III (キャリアパス要件 (I又はII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV (キャリアパス要件を満たさない) 4. IV (職場環境等要件を満たさない) 5. II (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I (キャリアパス要件 (I及びII及びIII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	
居宅訪問型 児童発達支援					訪問支援員特別体制	1. なし 2. あり	
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分 (※5)	1. III (キャリアパス要件 (I又はII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV (キャリアパス要件を満たさない) 4. IV (職場環境等要件を満たさない) 5. II (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I (キャリアパス要件 (I及びII及びIII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
福祉型障害児入所施設	1. なし 2. あり		1. 当該施設が単独施設 2. 当該施設に併設する施設が主たる施設 3. 当該施設が主たる施設	1. 知的障害児 2. 自閉症児 3. 盲児 4. ろうあ児 5. 肢体不自由児	重度知的障害児収容棟設置(※7)	1. なし 2. あり	
					肢体不自由児施設重度病棟設置(※7)	1. なし 2. あり	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					職業指導員体制	1. なし 2. あり	
					重度障害児支援(強度行動障害)	1. なし 2. あり	
					強度行動障害加算体制	1. なし 2. あり	
					心理担当職員配置体制(※8)	1. なし 2. I 3. II	
					看護職員配置体制	1. なし 2. I 3. II	
					児童指導員等加配体制	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等	
					自活訓練体制(I)	1. なし 2. あり	
					自活訓練体制(II)	1. なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					栄養士配置体制(※4)	1. なし 2. その他栄養士 3. 常勤栄養士 4. 常勤管理栄養士	
					小規模グループケア体制	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(※5)	1. III(キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V(キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV(キャリアパス要件を満たさない) 4. IV(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(I及びII及びIII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						
障害児入所給付費							

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
医療型障害児入所施設			1. 医療型障害児入所施設 2. 指定発達支援医療機関		重度知的障害児収容棟設置(※7)	1. なし 2. あり	
					肢体不自由児施設重度病棟設置(※7)	1. なし 2. あり	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					重度障害児支援	1. なし 2. あり	
					心理担当職員配置体制(※8)	1. なし 2. I 3. II	
					自活訓練体制(I)	1. なし 2. あり	
					自活訓練体制(II)	1. なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					保育職員加配	1. なし 2. あり	
					小規模グループケア体制	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(※5)	1. III(キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V(キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV(キャリアパス要件を満たさない) 4. IV(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(I及びII及びIII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
					相談支援特定事業所		
相談支援 障害児相談支援					相談支援特定事業所	1. なし 2. III 3. I 4. II 5. IV	
					行動障害支援体制	1. なし 2. あり	
					要医療児者支援体制	1. なし 2. あり	
					精神障害者支援体制	1. なし 2. あり	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	

※1 18歳以上の障害児施設入所者への対応として、児童福祉法に基づく指定基準を満たすことをもって、障害者総合支援法に基づく指定基準を満たしているものとみなす特例措置の有無を設定する。

※2 「定員規模」欄には、定員数を記入すること。

※3 「開所時間減算区分」欄は、開所時間減算が「2. あり」の場合に設定する。

※4 栄養士配置加算（Ⅰ）については「3：常勤栄養士または4：常勤管理栄養士」を選択する。
 栄養士配置加算（Ⅱ）については「2：その他栄養士」を選択する。
 栄養マネジメント加算については「4：常勤管理栄養士」を選択する。

※5 「キャリアパス区分」欄は、福祉・介護職員処遇改善加算対象が「2. あり」で設定されていた場合に設定する。

※6 「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 「重度知的障害児収容棟」及び「肢体不自由児施設重度病棟」は、「厚生労働大臣が定める施設基準」の要件を満たすこと。

※8 「心理担当職員配置体制」欄の「3. II」は、配置した心理指導担当職員が公認心理師の資格を有している場合に設定する。

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等	適用開始日		
各サービス共通					地域区分 11. 一級地 12. 二級地 13. 三級地 14. 四級地 15. 五級地 16. 六級地 17. 七級地 23. その他	H30. 4. 1		
障害児通所給付費 児童発達支援	提供サービスの種類ごとに1ページで印刷してください。 (全体を1ページ等に縮小して印刷できなくなります)	10 定員数を記載してください		1. 児童発達支援センター 2. 児童発達支援センター以外	1. 重症心身障害以外 2. 重症心身障害	未就学児等支援区分	1. 非該当 2. I 3. II	H30. 7. 1
						児童指導員等配置	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						定員超過	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						職員欠如	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						開所時間減算	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						開所時間減算区分(※3)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満	
						自己評価結果等未公表減算	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						児童指導員等加配体制(I)	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等 4. その他従業者	H30. 4. 1
						児童指導員等加配体制(II)	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等 4. その他従業者	H30. 7. 1
						看護職員加配体制	1. なし 2. I 3. II 4. III	H30. 4. 1
						看護職員加配体制(重度)	1. なし 2. I 3. II	H30. 4. 1
						福祉専門職員配置等	1. なし 2. III 3. II 4. III 5. I	H30. 8. 1
						栄養士配置体制(※4)	1. なし 2. その他栄養士 3. 常勤栄養士 4. 常勤管理栄養士	H30. 4. 1
						特別支援体制	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						強度行動障害加算体制	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						送迎体制	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						送迎体制(重度)	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						延長支援体制	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
						福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	H30. 4. 1
福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	H30. 4. 1						
キャリアパス区分(※5)	1. III(キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V(キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV(キャリアパス要件を満たさない) 4. IV(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(I及びII及びIII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)							
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	H30. 4. 1						
共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当	H30. 4. 1						
共生型サービス体制強化(※6)	1. 非該当 2. I 3. II 4. III	H30. 4. 1						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	H30. 4. 1						

それぞれの加算を算定し
始めた日を記載してください

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無 (※1)	定員規模 (※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
					それぞれの加算を算定し 始めた日を記載してください		
医療型 児童発達支援	/		1. 医療型児童発達支援センター 2. 指定発達支援医療機関		定員超過	1. なし 2. あり	
					開所時間減算	1. なし 2. あり	
					開所時間減算区分 (※3)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					特別支援体制	1. なし 2. あり	
					送迎体制 (重度)	1. なし 2. あり	
					保育職員加配	1. なし 3. I 4. II	
					延長支援体制	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分 (※5)	1. III (キャリアパス要件 (I 又は II) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV (キャリアパス要件を満たさない) 4. IV (職場環境等要件を満たさない) 5. II (キャリアパス要件 (I 及び II) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I (キャリアパス要件 (I 及び II 及び III) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
					それぞれの加算を算定し始めた日を記載してください		
放課後等デイサービス				1. 重症心身障害以外 2. 重症心身障害	障害児状態等区分	1. 非該当 2. 区分1の1 3. 区分1の2 4. 区分2の1 5. 区分2の2	H30.7.1
					児童指導員等配置	1. なし 2. あり	H30.4.1
					定員超過	1. なし 2. あり	H30.4.1
					開所時間減算	1. なし 2. あり	H30.4.1
					開所時間減算区分(※3)	1. 4時間未満 2. 4時間以上6時間未満	H30.4.1
					職員欠如	1. なし 2. あり	H30.4.1
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり	H30.4.1
					自己評価結果等未公表減算	1. なし 2. あり	H30.4.1
					児童指導員等加配体制(Ⅰ)	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等 4. その他従業者	H30.4.1
					児童指導員等加配体制(Ⅱ)	1. なし 2. 専門職員(理学療法士等) 3. 児童指導員等 4. その他従業者	H30.7.1
					看護職員加配体制	1. なし 2. Ⅰ 3. Ⅱ 4. Ⅲ	H30.4.1
					看護職員加配体制(重度)	1. なし 2. Ⅰ 3. Ⅱ	H30.4.1
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. Ⅱ 4. Ⅲ 5. Ⅰ	H30.8.1
					特別支援体制	1. なし 2. あり	H30.4.1
					強度行動障害加算体制	1. なし 2. あり	H30.4.1
					送迎体制(重度)	1. なし 2. あり	H30.4.1
					延長支援体制	1. なし 2. あり	H30.4.1
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	H30.4.1
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	H30.4.1
					キャリアパス区分(※5)	1. Ⅲ(キャリアパス要件(Ⅰ又はⅡ)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. Ⅴ(キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. Ⅳ(キャリアパス要件を満たさない) 4. Ⅳ(職場環境等要件を満たさない) 5. Ⅱ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. Ⅰ(キャリアパス要件(Ⅰ及びⅡ及びⅢ)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	H30.4.1					
共生型サービス対象区分	1. 非該当 2. 該当	H30.4.1					
共生型サービス体制強化(※6)	1. 非該当 2. Ⅰ 3. Ⅱ 4. Ⅲ	H30.4.1					
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	H30.4.1					

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無 (※1)	定員規模 (※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
保育所等訪問支援					訪問支援員特別体制	1. なし 2. あり	
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分 (※5)	1. III (キャリアパス要件 (I又はII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV (キャリアパス要件を満たさない) 4. IV (職場環境等要件を満たさない) 5. II (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I (キャリアパス要件 (I及びII及びIII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	
居宅訪問型 児童発達支援					訪問支援員特別体制	1. なし 2. あり	
					児童発達支援管理責任者欠如	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分 (※5)	1. III (キャリアパス要件 (I又はII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV (キャリアパス要件を満たさない) 4. IV (職場環境等要件を満たさない) 5. II (キャリアパス要件 (I及びII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I (キャリアパス要件 (I及びII及びIII) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	

それぞれの加算を算定し
始めた日を記載してください

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無 (※1)	定員規模 (※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
					それぞれの加算を算定し 始めた日を記載してください		
福祉型障害児 入所施設	1. なし 2. あり		1. 当該施設が単独施設 2. 当該施設に併設する 施設が主たる施設 3. 当該施設が主たる施設	1. 知的障害児 2. 自閉症児 3. 盲児 4. ろうあ児 5. 肢体不自由児	重度知的障害児収容棟設置 (※7)	1. なし 2. あり	
					肢体不自由児施設重度病棟設置 (※7)	1. なし 2. あり	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					職業指導員体制	1. なし 2. あり	
					重度障害児支援 (強度行動障害)	1. なし 2. あり	
					強度行動障害加算体制	1. なし 2. あり	
					心理担当職員配置体制 (※8)	1. なし 2. I 3. II	
					看護職員配置体制	1. なし 2. I 3. II	
					児童指導員等加配体制	1. なし 2. 専門職員 (理学療法士等) 3. 児童指導員等	
					自活訓練体制 (I)	1. なし 2. あり	
					自活訓練体制 (II)	1. なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					栄養士配置体制 (※4)	1. なし 2. その他栄養士 3. 常勤栄養士 4. 常勤管理栄養士	
					小規模グループケア体制	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分 (※5)	1. III (キャリアパス要件 (I 又は II) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V (キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV (キャリアパス要件を満たさない) 4. IV (職場環境等要件を満たさない) 5. II (キャリアパス要件 (I 及び II) 及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I (キャリアパス要件 (I 及び II 及び III) 及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当						
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						

障害児入
所給付
費

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無(※1)	定員規模(※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
					それぞれの加算を算定し始めた日を記載してください		
医療型障害児入所施設			1. 医療型障害児入所施設 2. 指定発達支援医療機関		重度知的障害児収容棟設置(※7)	1. なし 2. あり	
					肢体不自由児施設重度病棟設置(※7)	1. なし 2. あり	
					定員超過	1. なし 2. あり	
					重度障害児支援	1. なし 2. あり	
					心理担当職員配置体制(※8)	1. なし 2. I 3. II	
					自活訓練体制(I)	1. なし 2. あり	
					自活訓練体制(II)	1. なし 2. あり	
					福祉専門職員配置等	1. なし 3. II 4. III 5. I	
					保育職員加配	1. なし 2. あり	
					小規模グループケア体制	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善加算対象	1. なし 2. あり	
					福祉・介護職員処遇改善特別加算対象	1. なし 2. あり	
					キャリアパス区分(※5)	1. III(キャリアパス要件(I又はII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 2. V(キャリアパス要件及び職場環境等要件のいずれも満たさない) 3. IV(キャリアパス要件を満たさない) 4. IV(職場環境等要件を満たさない) 5. II(キャリアパス要件(I及びII)及び職場環境等要件のいずれも満たす) 6. I(キャリアパス要件(I及びII及びIII)及び職場環境等要件のいずれも満たす)	
					指定管理者制度適用区分	1. 非該当 2. 該当	
地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当						

障害児通所・入所給付費の算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス	特例による指定の有無 (※1)	定員規模 (※2)	施設等区分	主たる障害種別	その他該当する体制等		適用開始日
					相談支援特定事業所	1. なし 2. III 3. I 4. II 5. IV	
相談支援 障害児相談支援					相談支援特定事業所	1. なし 2. III 3. I 4. II 5. IV	
					行動障害支援体制	1. なし 2. あり	
					要医療児者支援体制	1. なし 2. あり	
					精神障害者支援体制	1. なし 2. あり	
					地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	

それぞれの加算を算定し
始めた日を記載してください

※1 18歳以上の障害児施設入所者への対応として、児童福祉法に基づく指定基準を満たすことをもって、障害者総合支援法に基づく指定基準を満たしているものとみなす特例措置の有無を設定する。

※2 「定員規模」欄には、定員数を記入すること。

※3 「開所時間減算区分」欄は、開所時間減算が「2. あり」の場合に設定する。

※4 栄養士配置加算（Ⅰ）については「3：常勤栄養士または4：常勤管理栄養士」を選択する。
 栄養士配置加算（Ⅱ）については「2：その他栄養士」を選択する。
 栄養マネジメント加算については「4：常勤管理栄養士」を選択する。

※5 「キャリアパス区分」欄は、福祉・介護職員処遇改善加算対象が「2. あり」で設定されていた場合に設定する。

※6 「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 「重度知的障害児収容棟」及び「肢体不自由児施設重度病棟」は、「厚生労働大臣が定める施設基準」の要件を満たすこと。

※8 「心理担当職員配置体制」欄の「3. II」は、配置した心理指導担当職員が公認心理師の資格を有している場合に設定する。

体制変更届出において必要な添付書類一覧

※ 以下に提示している書類で加算要件が確認できない場合、他の書類の提出を求めることがあります。

※ 届出には、体制等に関する届出書、体制等状況一覧及び各加算届出書は必須です。また、運営規定に変更が生じる場合は変更届も併せて提出して下さい。

	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス	福祉型障害児入所支援	医療型障害児入所支援	添付書類
児童指導員等配置加算 児童指導員等加配加算	○		○	○ 加配加算のみ		・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・児童指導員等の配置を示す場合は、その資格を示すもの（詳細は当該加算の届出書備考欄参照）
看護職員加配体制加算	○		○			・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・資格者証の写
福祉専門職員配置等加算	○	○	○	○	○	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・資格者証の写し(加算Ⅰ、Ⅱの場合) ・実務経験(見込)証明書等 (加算Ⅲの勤務年数による場合)
特別支援加算	○	○	○			・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・特別支援計画書 ・資格者証の写し
強度行動障害児支援加算 (重心除く)	○		○	○		・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・免許証の写し ・当該居室、設備を明示した平面図及び写真
延長支援加算	○	○	○			・個別支援計画書
送迎体制加算(重症心身障害児)	○※4	○※4	○※4			・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
送迎体制加算(重度)	○		○			・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表
開所時間減算	○	○	○			※平成27年4月1日算定に限り、減算の有無に関わらず運営規程と勤務形態一覧表を添付願います。 (ここでいう営業時間とはいわゆるサービス提供時間のことであるため算定にあたっては注意が必要です)
栄養士配置加算	○※2			○		・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・免許証の写し
職業指導員加算				○		・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・当該職業指導計画等
重度障害児支援加算				○	○	・研修修了証の写しまたは研修受講計画書 ・支援計画シート
強度行動障害児特別支援加算				○		・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・免許証の写し ・当該居室、設備を明示した平面図及び写真
心理担当職員配置加算				○		・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・心理担当職員の卒業証書等の写し ・施設の平面図及び写真 ・心理療法に必要な施設の写真
看護師配置加算				○※3		・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・看護師職員の資格を証する書類の写し
栄養ケアマネジメント加算				○		・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・免許証の写し ・実務経験(見込)証明書等
小規模グループケア加算				○	○	・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 ・施設の平面図

※2 児童発達支援センターに限る。

※3 主として自閉症児又は肢体不自由児を入所させる施設を除く。

※4 重症心身障害児の基本報酬を算定している場合に限る。

児童発達支援報酬算定区分に関する届出書

事業所・施設の名称						
1 異動区分	① 新規	② 変更	③ 終了			
2 利用児童の 状況	児童発達支援の利用者・契約者について記載してください。 H30.4.1以前に指定を受けた事業所について、4～3月までを記載してください。 H30.5.1以降に指定を受けた事業所は、※2に該当する時期に提出。					
		利用数			契約数(各月を通じた契約数)	
	月	① 利用 延べ人数	② ①の うち未就 学児	③ 未就学 児の割合 (②/①)	契約 児童数	うち 未就学児数
	4月					
	5月					
	6月					
	7月					
	8月					
	9月					
	10月					
	11月					
	12月					
	1月					
	2月					
	3月					
合計				/	/	
※1 ①に占める②の割合が70%以上の場合は、障害児通所報酬告示第1の二の(1)「主に未就学児に対し指定児童発達支援を行う場合」の区分で請求すること。 (小数点第2位以下を切り上げ。69.90%→70%、69.89%→69.9%) ②の合計が0の場合、③は0%とする。						
※2 指定から3か月未満は、指定時における契約者数。 指定から3か月经過後～1年未満の間は、指定から3か月間の利用実績。 指定から1年経過後～年度末の間は、指定後1年間の利用実績。 その翌年度4月からは、前年度4月～3月までの利用実績。						
※3 契約数欄は、その月を通じて実質何人と契約していたかを記入してください。(例 4月1日 9人。4月10日に1人解除。4月15日2人新規。→11人で記載してください。) 						

備考 「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。

放課後等デイサービス報酬算定区分に関する届出書

事業所・施設の名称																																																																																										
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了																																																																																									
2 利用児童の状況	<p>児童発達支援の利用者・契約者について記載してください。 平成31年4月15日〆切の届出は、平成31年10月1日以前に指定を受けた事業所について平成30年10月～31年3月までを記載してください。 H30.11.1以降に指定を受けた事業所については、※2の時期に提出してください。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width:10%;">月</th> <th colspan="3" style="width:50%;">利用数</th> <th colspan="2" style="width:30%;">契約数(各月を通じた契約数)</th> </tr> <tr> <th style="width:15%;">①利用延べ人数</th> <th style="width:15%;">② ①のうち指標の対象児</th> <th style="width:20%;">③ 指標の対象児の割合(②/①)</th> <th style="width:15%;">契約児童数</th> <th style="width:15%;">うち指標の対象児数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>4月</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td>5月</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td>6月</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td>7月</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td>8月</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td>9月</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td><td style="text-align: center;">-</td></tr> <tr><td>10月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3月</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">合計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>※1 ①に占める②の割合が50%以上の場合は、区分1で請求すること。 (②「指標対象児」は受給者証特記事項欄に「区分1対象児」の記載のある児童に限る) (小数点第2位以下を切り上げ。49.90%→50.0%、49.89%→49.9%) ②の合計が0の場合、③は0%とする。</p> <p>※2 指定から3か月未満は、指定時における契約者数。 指定から3か月経過後～1年未満の間は、指定から3か月間の利用実績。 指定から1年経過後～年度末の間は、指定後1年間の利用実績。 その翌年度4月からは、前年度4月～3月までの利用実績。</p> <p>※3 契約数欄は、その月を通じて実質何人と契約していたかを記入してください。(例 4月1日 9人。4月10日に1人解除。4月15日2人新規→11人で記載してください。)</p>	月	利用数			契約数(各月を通じた契約数)		①利用延べ人数	② ①のうち指標の対象児	③ 指標の対象児の割合(②/①)	契約児童数	うち指標の対象児数	4月	-	-	-	-	-	5月	-	-	-	-	-	6月	-	-	-	-	-	7月	-	-	-	-	-	8月	-	-	-	-	-	9月	-	-	-	-	-	10月						11月						12月						1月						2月						3月						合計					
月	利用数			契約数(各月を通じた契約数)																																																																																						
	①利用延べ人数	② ①のうち指標の対象児	③ 指標の対象児の割合(②/①)	契約児童数	うち指標の対象児数																																																																																					
4月	-	-	-	-	-																																																																																					
5月	-	-	-	-	-																																																																																					
6月	-	-	-	-	-																																																																																					
7月	-	-	-	-	-																																																																																					
8月	-	-	-	-	-																																																																																					
9月	-	-	-	-	-																																																																																					
10月																																																																																										
11月																																																																																										
12月																																																																																										
1月																																																																																										
2月																																																																																										
3月																																																																																										
合計																																																																																										

備考 「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。

指定障害児通所支援事業者
 指定障害児入所施設 変更届出書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

所在地
 申請者 名称
 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。

指定内容を変更した 事業所（施設）		事業所番号 名称 所在地 事業の種類	
変更があった事項		変更の内容	
1	事業所（施設）の名称	(変更前)	
2	事業所（施設）の所在地（設置の場所）		
3	申請者（設置者）の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名及び住所		
6	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本 又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）		
7	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		
8	事業所（施設）の平面図及び設備の概要		(変更後)
9	事業所（施設）の管理者の氏名及び住所		
10	事業所（施設）の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所		
11	主たる対象者		
12	運営規程		
13	障害児（通所・入所）給付費の請求に関する事項		
14	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内容		
15	その他（変更内容が分かるよう右欄に記載してください。）		
変更年月日		年 月 日	

注1 該当項目番号に「○」を付してください。
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
 3 変更があった日から10日以内に届け出てください。
 ※この申請書は、児童福祉法第34条の3第3項による届出を兼ねています。（障害児通所支援事業の変更に係る届出の場合。事業等変更届）
 備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。