

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 16. 六級地	12. 二級地 17. 七級地	13. 三級地 23. その他	14. 四級地	15. 五級地	

記載例 1

様式は、改正(変更)される場合があります。最新情報に注意

児童発達支援	10	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	← 重心対象事業所やセンターは「1. 非該当」に○
				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 ※H31.4.1~適用	
				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	
				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	
				福祉専門職員配置等	1. なし 2. II 3. III 4. III 5. I	H30.4.1
				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	
				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	
記載例2 放課後等デイサービス		10		① 重症心身障害以外 ② 重症心身障害	↓重心対象事業所やセンターは「1. 非該当」		
					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 ※H31.4.1~適用	
					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	
					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	H30.4.1
					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. Ⅲ(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						

※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。

※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。

(参考様式5)

従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表 (年 月分)

記入例

基準上、又は加算算定上、資格等が必要となる場合は記載↓

支援の種類()

福祉専門職配置等加算Ⅲを算定する場合は記入↓

事業所名()

職種	資格等の種類	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の計	週の平均勤務時間	継続勤務年数(〇年〇月) ※当該法人でサービス直接提供職員として勤務した年数		
				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					
				←この欄には、当該月の曜日を入れてください→																																
管理者		A	〇〇〇〇	①	①	①	①	①				①	①	①	①	①				①	①	①	①	①				①	①	①	①	①			160	40
児童発達支援管理責任者	児童発達支援管理責任者	A	〇〇〇〇	①	①	①	①	①				①	①	①	①	①				①	①	①	①	①				①	①	①	①	①			160	40
1 児童指導員、保育士又は障害福祉サービス経験者																																				
児童指導員	児童指導員(児童福祉事業3年以上) / 介護福祉士	A	〇〇〇〇	①	①	①	①	①				①	①	①	①	①				①	①	①	①	①				①	①	①	①	①			160	40
保育士	保育士	C	〇〇〇〇	②	②	②	②	②				②	②	②	②	②				②	②	②	②	②				①	①	①	①	①			100	25
児童指導員	児童指導員(教員免許(小中))	C	〇〇〇〇	②	②	②	②					②	②	②	②				②	②	②	②						④	④	④	④			70	17.5	
児童指導員	児童指導員(大学該当学科卒)	C	〇〇〇〇	②	②	②	②					②	②	②	②				②	②	②	②						②	②	②	②			64	16	
障害福祉サービス経験者	障害福祉サービス2年以上	C	〇〇〇〇			③	③	③						③	③	③						③	③	③						③	③	③			48	12
2 指導員																																				
指導員	強度行動障害研修	C	〇〇〇〇			③	③	③					③	③	③						③	③	③						③	③	③			48	12	
指導員		C	〇〇〇〇			③	③	③					③	③	③						③	③	③						③	③	③			48	12	

当該事業所のサービス提供時間	a	a	a	a	a		a	a	a	a	a		a	a	a	a	a		b	b	b	b	b												
----------------	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

■勤務時間 ①9:30~18:30 ②14:30~18:30 ③13:30~17:30 ④10:00~16:30 ■サービス提供時間 a 14:30~18:00 b 10:00~16:00

- ・勤務時間数の計算をしやすくするため、各職員の欄を2段に分け、上段に勤務時間の番号、下段に勤務時間数を記載しても結構です。
- 備考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者全員(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。勤務時間ごとあるいはサービス提供時間単位ごとに区分して番号とその番号を記載してください。 ※複数単位実施の場合、その全てを記載してください。
(記載例1-勤務時間 ①9:30~18:30 ②14:30~18:30 ③13:30~17:30 ④10:00~17:00)
(記載例2-サービス提供時間 a 14:00~18:00、b 10:00~16:00、c 9:00~15:00)
- 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:常勤専従 B:常勤兼務 C:常勤以外専従 D:常勤以外兼務
- 4 当該事業所・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、資格の種類等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。

4週間(28日)の合計の勤務時間数を記載し、週平均の勤務時間を算出してください。
(※なお、1ヶ月分(31日等)の合計を記載した場合に、単純に4で割る等の計算をしてしまうと、正確な週平均の勤務時間が算出できません。また、常勤換算の際に、分母は1ヶ月分、分子は4週間分で計算してしまうと、実際より過剰な値になってしまいます。ご注意ください。)

※「職種」の欄は、原則として、基準上の職種名を記載してください。 例：児童指導員、保育士、障害福祉サービス経験者 等
*基準上の資格要件は満たさないが児童の指導等に従事する職員がいる場合は「指導員」と記載。記載例のとおり資格要件を満たす者とは区分して下の方に記載。
※「資格等の種類」の欄は、人員基準上又は加算算定上、資格等が必要となる場合は記載。例：「児童指導員(教員免許(小中))」、「児童指導員(児童福祉事業3年以上)」、「児童指導員(大学該当学科卒)」、「障害福祉サービス2年以上」など
*資格要件を証する書類の提出も必要です。

(参考様式6)

実務経験証明書

様 平成 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 年 月 日)
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
	病床等の種別 () ※病院、診療所の場合は、上記の者が従事していた病床等の種別を記載してください。 (記入例：一般病床、療養病床、精神病床、外来等) なお、療養病床での従事期間とそれ以外の期間がある場合は、証明書を別葉とし、それぞれの期間を分けて証明してください。
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
業務従事日数	
業務内容	職名 ()

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、種別(例：「福祉型障害児入所施設」、「放課後等デイサービス」等)を記入してください。
 - 業務期間欄は、実際に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)
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、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。
 - 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、証明を受ける者の本来業務について、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。
 - 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。

(参考様式6)

実務経験証明書

様 平成 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

電話番号

印

実務経験証明書発行元に必ず発行日を記載してもらおうよう伝えてください。
※就任する際に必要な書類です。余裕をもって発行元に依頼をしていただき、法人(事業所)にて県へ提出前に証明内容をよく確認してください。

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 年 月 日)
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
	病床等の種別 () ※病院、診療所の場合は、上記の者が従事していた病床等の種別を記載してください。 (記入例：一般病床、療養病床、精神病床、外来等) なお、療養病床での従事期間とそれ以外の期間がある場合は、証明書を別葉とし、それぞれの期間を分けて証明してください。
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
業務従事日数	
業務内容	職名 ()

必ず、記入してもらおうようしてください。

指定を受けている(届出をしている)事業の名称を必ず記入するようお伝えください。

必ず記載してもらおうよう依頼してください。
※欄外(注2)に該当する期間は必ず除くことをお伝えください。

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、種別(例：「福祉型障害児入所施設」、「放課後等デイサービス」等)を記入してください。
 - 業務期間欄は、実際に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)
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、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。
 - 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、証明を受ける者の本来業務について、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。
 - 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。

職名、業務内容は正確に記載していただくようお伝えください。
また、業務内容は具体的に記載していただくよう合わせてお伝えください。

障害児通所支援事業現員状況報告書

平成 年 月 日

群馬県知事あて

事業者 名称(法人名)
代表者氏名

平成 年 月 1日現在の状況について、以下のとおり報告します。

(1) 事業所名等

事業所名	所在地市町村名	障害児通所支援事業の種類 (サービス名)	定員

(2) 現員状況等

※①は「1日現在」、②、③は「前月」の状況について記載

①登録実人数	②前月延べ 利用人数	③前月開所 日数

※④は「1日現在」の状況について記載

④受入可能人数(空き状況)				
週5日利用 可能	週4日利用 可能	週3日利用 可能	週2日利用 可能	週1日利用 可能

注1 この報告書は、事業が円滑に実施されることを目的とし、毎月の全事業所の空き情報を市町村等関係機関に情報提供するために提出していただくものです。

なお、提出対象事業所は児童発達支援事業、医療型児童発達支援事業、放課後等デイサービス事業を運営する事業所です。

注2 報告書の提出の際には、前月分の[出席状況一覧\(別紙\)](#)を添付してください。

注3 ④受入可能人数には、1日現在の空き状況からそれぞれの欄に該当する人数をご記入ください(空きがない場合は「0人」)。

注4 複数の事業所を運営している場合は、各事業所ごとに別葉で作成してください。

注5 報告書は当月10日までに提出してください。

障害児通所支援事業現員状況報告書

平成29年2月10日

提出日を記載してください。

群馬県知事あて

名称(法人名) ○○○○

事業者

代表者氏名 理事長 ○○○○

平成○○年□月1日
必ず報告年月を記載してください。
(毎月1日現在になります)

平成29年2月1日現在の状況について、以下のとおり報告し

・当月(「2月1日現在」の場合、
「2月1日」)の登録実
人数を記載してください。

(1) 事業所名等

事業所名	所在地市町村名	障害児通所支援事業の種類 (サービス名)	定員
○○○○	○○市	放課後等デイサービス	10

(2) 現員状況等

※①は「1日現在」、②、③は「前月」の状況について記載

①登録実人数	②前月延べ 利用人数	③前月開所 日数
15 人	208 人	22 日

・前月(「2月1日現在」の場合、
「1月」)の
延べ利用人数を記載してください。
・実利用人数ではなく、「延べ」
利用人数を記載してください。
(延べ利用人数=日々の利用
者の総合計人数=出席状況一覧の
右下の総合計人数)

・前月(「2月1日現在」の場合
は、「1月」)の開所日数を記載
してください。

※④は「1日現在」の状況について記載

④受入可能人数(空き状況)				
週5日利用 可能	週4日利用 可能	週3日利用 可能	週2日利用 可能	週1日利用 可能
0 人	0 人	0 人	4 人	0 人

・空き状況については、「概ねの目安」を
記載してください。
・なお、例えば、週4日受け入れ可能1名と
記載した場合は、週3日でも、週2日でも受
け入れ可能となりますが、週4日の欄のみ
記載いただければ結構です。

注1 この報告書は、事業が円滑に実施されることを目的と
関係機関に情報提供するために提出していただくものです。
なお、提出対象事業所は児童発達支援事業、医療型児
業を運営する事業所です。

注2 報告書の提出の際には、前月分の出席状況一覧(参考様式)を添付してください。

注3 ④受入可能人数には、1日現在の空き状況からそれぞれの欄に該当する人数をご記入ください
(空きがない場合は「0人」)。

注4 複数の事業所を運営している場合は、各事業所ごとに別葉で作成してください。

注5 報告書は当月10日までに提出してください。

等
事