

年 月 日

計画相談支援・障害児相談支援における
機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書

(宛先)春日井市長

届出者 所在地
名称
代表者

事業所番号	
事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(I) 2 (II) 3 (III) 4 (IV) ※1
適用年月	年 月

※1 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

<p>① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。 相談支援専門員の配置状況</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援専門員</td> <td>常勤専従 人</td> <td>常勤兼務 人</td> <td rowspan="3">有・無</td> </tr> <tr> <td></td> <td>非常勤専従 人</td> <td>非常勤兼務 人</td> </tr> <tr> <td>上記のうち現任研修修了者</td> <td>常勤専従 人</td> <td>常勤兼務 人</td> </tr> </table> <p>※2 業務に支障のない範囲で、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務している者を内兼務に計上する。 ※3 同一敷地内にある事業所が指定一般相談支援事業所、指定自立生活支援事業所、基幹相談支援センター又は障害者相談支援事業の場合については、その業務を兼務している場合も内専従に計上する。</p>	相談支援専門員	常勤専従 人	常勤兼務 人	有・無		非常勤専従 人	非常勤兼務 人	上記のうち現任研修修了者	常勤専従 人	常勤兼務 人	
相談支援専門員	常勤専従 人	常勤兼務 人	有・無								
	非常勤専従 人	非常勤兼務 人									
上記のうち現任研修修了者	常勤専従 人	常勤兼務 人									
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有・無										
③ 24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無										
④ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に及び相談支援員対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無										
⑤ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無										
⑥ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無										
⑦ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。	有・無										
⑧ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。	有・無										
⑨ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)が40件未満である。	有・無										

※4 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。(例:勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)

※5 令和7年3月31日までに限り、⑦、⑧については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(I)~(IV)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(I)・(II)については、①、②~⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(III)については、①、②、④~⑨(⑦、⑧については※5参照)がすべて有の場合算定可。
- ・機能強化型(継続)サービス利用支援費(IV)については、①、②、④~⑥、⑨がすべて有の場合算定可。

年 月 日

計画相談支援・障害児相談支援における
機能強化型(継続)サービス利用支援費・機能強化型(継続)障害児支援利用援助費に係る届出書
(複数の指定特定(障害児)相談支援事業所により一体的に管理運営を行う場合)

(宛先)春日井市長

届出者 所在地
名称
代表者

事業所番号	
事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 機能強化型(継続)サービス利用支援費(I) 2 (II) 3 (III) ※1
適用年月	年 月

※1 機能強化型(継続)障害児支援利用援助費についても同様。

① 常勤かつ専任の相談支援専門員を配置している。
相談支援専門員の配置状況(合計)

相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人

※2 業務に支障のない範囲で、同一敷地内にある他の事業所の職務を兼務している者を内兼務に計上する。
※3 同一敷地内にある事業所が指定一般相談支援事業所、指定自立生活支援事業所、基幹相談支援センター又は障害者相談支援事業の場合については、その業務を兼務している場合も内専従に計上する。

それぞれの事業所における相談支援専門員の配置状況

(1) 事業所名 (当該事業所)

相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人

(2) 事業所名 (他の事業所)

相談支援専門員	常勤専従	人	常勤兼務	人
上記のうち現任研修修了者	常勤専従	人	常勤兼務	人

※4 記載欄が不足する場合は適宜欄を追加すること(別紙可)

②-a 協働体制を確保する事業所間において、協定を締結している。	有・無
②-b 協働体制の要件を満たしているかについて、事業所間において定期的(月1回)に確認が実施されている。	有・無
②-c 原則、全職員が参加するケース共有会議、事例検討会を月2回以上共同開催している。	有・無
③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たった際の留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。	有・無
④ 協働体制を確保する事業所間において24時間常時連絡できる体制を整備している。	有・無
⑤ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、現任研修を修了した相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無
⑥ 基幹相談支援センター等からの支援困難ケースが紹介された場合に、当該ケースを受託する体制を整備している。	有・無
⑦ 基幹相談支援センター等が実施する事例検討会等に参加している。	有・無
⑧ 協議会に参画し、協議会の構成機関等の連携の緊密化を図るために必要な取組を実施している。	有・無
⑨ 基幹相談支援センターが行う地域の相談支援体制の強化の取組に参画している。	有・無
⑩ 運営規程において、地域生活支援拠点等であることを市町村により位置付けられていることを定めている。	有・無
⑪ 地域生活支援拠点等を構成する関係機関(拠点関係機関)との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。	有・無
⑫ 1人の相談支援専門員の取扱件数(前6月平均)がそれぞれ40件未満である。	有・無

※5 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。
(例:勤務形態一覧表、会議録、各種取組に関する記録等)

※6 令和7年3月31日までに限り、⑧、⑨については、令和6年3月31日時点において機能強化型(継続)サービス利用支援費(I)~(IV)を算定している事業所は「無」の場合も算定可能であること。

(審査要領)

- 機能強化型(継続)サービス利用支援費(I)・(II)については、①、②~⑨、⑫(⑧、⑨)については※7参照)がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。
- 機能強化型(継続)サービス利用支援費(III)については、①、②、③、⑤~⑨、⑫(⑧、⑨)については※7参照)がすべて有の場合であって、⑩、⑪のいずれかが有の場合に算定可。

年 月 日

主任相談支援専門員配置加算に係る届出書(相談支援事業所)

(宛先)春日井市長

申請者 所在地
名称
代表者

事業所番号	
事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ) 2 (Ⅱ)
修了者名	
公表の有無	有・無
公表の方法	
適用年月	年 月

① 基幹相談支援センターの委託を受けている、児童発達支援センターと一体的に運営している又は地域の相談支援の中核を担う機関として市町村長が認める指定特定(障害児)相談支援事業所である。	有・無
② 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催している。	有・無
③ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の新規に採用した全ての相談支援専門員に対し、主任相談支援専門員の同行による研修を実施している。	有・無
④ 当該指定特定(障害児)相談支援事業所の全ての相談支援専門員に対し、地域づくり、人材育成、困難事例への対応などサービスの総合的かつ適切な利用支援等の援助技術の向上等を目的として指導、助言を行っている。	有・無
⑤ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等を基幹相談支援センターの職員と共同で実施している。	有・無
⑥ 基幹相談支援センターが実施する地域の相談支援事業者の人材育成や支援の質の向上のための取組の支援等について協力している。	有・無
⑦ 他の指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び指定一般相談支援事業所の従業者に対して上記②～④に該当する業務を実施している。 (主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)においては任意。ただし、その場合であっても、自事業所に他の職員が配置されていない等、②～④を自事業所内で実施することが困難な場合は必須。)	有・無

※ 根拠となる修了証の写し、会議録、各種取組に関する記録等を別途添付すること。

(審査要領)

- ・主任相談支援専門員配置加算(Ⅰ)については、①～⑤、⑦がすべて「有」の場合算定可。
- ・主任相談支援専門員配置加算(Ⅱ)については、②～④、⑥がすべて「有」の場合算定可。
ただし、自事業所での実施が困難と判断される場合は、⑦が「有」の場合に限り、②～④は「無」であってもよい。

年 月 日

体制加算に係る届出書(相談支援事業所)
(行動障害支援体制加算・要医療児者支援体制加算・精神障害者支援体制加算・高次脳機能障害支援体制加算)

(宛先)春日井市長

所在地
申請者名称
代表者

事業所番号	
事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 行動障害支援体制加算(I) 2 (II)
	1 要医療児者支援体制加算(I) 2 (II)
	1 精神障害者支援体制加算(I) 2 (II)
	1 高次脳機能障害支援体制加算(I) 2 (II)
適用年月	年 月

【行動障害支援体制加算】

① 強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は行動援護従業者養成研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。 修了者名	有・無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③ 研修修了者が強度行動障害児者(※)に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。 ※区分3以上かつ行動障害関連項目が10点以上の者(障害児の場合、児基準が20点以上の者)	有・無

【要医療児者支援体制加算】

① 医療的ケア児等の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。 修了者名	有・無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③ 研修修了者が医療的ケア児者(※)に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。 ※スコア表の項目の欄に掲げるいずれかの医療行為を必要とする状態である者	有・無

【精神障害者支援体制加算】

① 精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法等に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。 修了者名	有・無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③ 研修修了者が精神障害者又は精神に障害のある児童に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有・無
④ 利用者が通院又は利用する病院等又は訪問看護事業所(療養生活継続支援加算を算定又は精神科重症患者支援管理連携加算の届出をしているもの)における保健師、看護師又は精神保健福祉士と連携する体制が構築されている。 連携先病院等の名称	有・無

【高次脳機能障害支援体制加算】

① 高次脳機能障害支援者養成に関する研修を修了した常勤の相談支援専門員を1名以上配置している。 修了者名	有・無
② 研修修了者を配置している旨を公表している。 公表の方法	有・無
③ 研修修了者が高次脳機能障害児者に対して直近6月以内において計画相談支援又は障害児相談支援のいずれかを実施している。	有・無

※ 根拠となる修了証の写しを別途添付すること。

※ 各体制加算の(I)を算定する場合、対象となる障害(児)者に該当することが確認できる書類の写しをそれぞれ1名分提出すること。

ピアサポート体制加算に関する届出書

(宛先)春日井市長

届出者 所在地
名称
代表者

事業所番号				
事業所名称				
1 異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了			
2 適用年月	年 月			
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 年
				年
				年
				(0.5以上であること)
	<その他の職員>			
職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度 年	
			年	
			年	
			(0.5以上であること)	
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。			直近の実施日

※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。

※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。

※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。

年 月 日

地域生活支援拠点等相談強化加算の届出

(宛先)春日井市長

所在地
届出者名称
代表者

1 事業所番号		
2 事業所の名称		
3 届出区分	1 新規 2 変更 3 終了	
4 適用年月	年 月	
5 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
6 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。	

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(規定の変更の手續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手續中のものである場合は、当該変更の手續の完了後、速やかに変更後の運営規程を提出すること。

※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。

年 月 日

地域体制強化共同支援加算に関する届出書

(宛先)春日井市長

所在地
届出者名称
代表者

事業所番号	
事業所名	
異動区分	1 新規 2 変更 3 終了
適用年月	年 月

① 市町村により地域生活支援拠点等として位置付けられていることを運営規程に定めている。	有・無
② 地域生活支援拠点等を構成する関係機関（拠点関係機関）との連携体制を確保するとともに、協議会に定期的に参画している。	有・無

注1 各要件を満たす場合については、それぞれ根拠となる（要件を満たすことがわかる）書類も提出してください。（①については、「地域生活支援拠点等の機能を担う事業所の登録届出書」で足りる。）

(審査要領)

①、②のいずれかが「有」の場合、本加算の算定対象事業所となる。

地域生活支援拠点等機能強化加算に関する届出書

(宛先)春日井市長

所在地
届出者名称
代表者

事業所番号	
法人・事業所名	
異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
適用年月	年 月

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: _____

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

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

(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) _____
		月内算定上限内を超えている場合は「上限超え」と表示されます。	(IV) _____ たしか 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。 有 無

3. 重度訪問介護利用者への特別なコミュニケーション支援

※重度訪問介護を利用している重度障害者は、入院中も引き続き重度訪問介護を利用して、本人の状態を熟知したヘルパーにより、病院等の職員と意思疎通を図る上で必要なコミュニケーション支援を受けることが可能です。重度訪問介護の利用者が、入院中に重度訪問介護従業者の付添いによる特別なコミュニケーション支援が必要な場合に記入してください。

特別なコミュニケーション支援の必要性		あり(以下を記載)	なし
特別なコミュニケーション支援が必要な理由			
訪問の可能性のある事業所	事業所	担当者	連絡先
	事業所	担当者	連絡先
	事業所	担当者	連絡先
訪問可能な時間帯	朝 昼 夜間 終日 →訪問可能な時間帯(: ~ :)		
重度訪問介護従業者による支援内容			

4. その他

※障害特性等により本人から医療機関への情報提供が難しい場合に記載してください。
 ※サービス等利用計画、アセスメントシート、受給者証、おくすり手帳等を添付することで、記載を省略することが可能です。

①家族・世帯の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

世帯構成	単身	夫婦のみ	その他→世帯構成を記載
生活の場所	自宅	グループホーム	施設 その他()
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先
家族・世帯支援の必要性、調整にあたっての留意事項等			

②生活の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

利用中のサービス	なし	障害福祉サービス・障害児支援	介護保険サービス	その他
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名	
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名	
	サービス名	利用頻度	施設・事業所名	
1日の生活の流れ・社会参加の状況				
日々の生活や社会参加に対する希望、困りごと等				

③受診・服薬の状況 添付資料を参照 本人・家族からの聴取を希望

かかりつけ医(現在受診中の医療機関)		なし	あり
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ 外来 訪問
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ 外来 訪問
医療機関名	診療科	連絡先	受診頻度 回/ 外来 訪問
服薬状況	服薬の有無	なし	あり
	薬の名前	服薬管理	本人 家族 その他
	留意点・服薬介助のポイント		
アレルギー	なし あり→内容:()		

