様式第10号

年　　月　　日

# 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅰ）に関する届出書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所の名称 | | | |
| サービスの種類 | | 多機能型の実施※1 | 有　・　無 |
| 異動区分※2 | 1　新規　　2　変更　　3　終了 | | |

| 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) | 人 | |
| うち５０％　(B)＝ (A)×0.5 | 0.0　人 | |
| 加算要件に該当する利用者の数 (C)＝(E)／(D) | #DIV/0! 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 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 前年度の開所日数 (D) | 日 | 合　計 (E) | | 0 |

| 2　加配される従業者の状況 | | |
|---|---|---|
| 利用者数 (A)　÷　40　＝ (F) | 0.0　人 | |
| 加配される従業者の数　(G) | 人 | (G)＞＝ (F) |

| | 加配される従業者の氏名 | 資格・研修名等 |
|---|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

| | |
|---|---|
| 添付書類 | 身体障害者手帳の写し、従業者の勤務体制一覧表、組織体制図 |

注１　本表は、次に該当する利用者を記載してください。
①　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
②　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
③　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
④　重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち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。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

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。
①　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
②　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

※１：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。

※２：「異動区分」欄において「４　終了」の場合は、１利用者の状況、２加配される従業者の状況の記載は不要とする。

様式第10号

年　　月　　日

# 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算（Ⅱ）に関する届出書

| | | | |
|---|---|---|---|
| 事業所の名称 | | | |
| サービスの種類 | | 多機能型の実施※1 | 有 ・ 無 |
| 異動区分※2 | 1　新規　　2　変更　　3　終了 | | |

| 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) | | 人 | |
| うち３０％　　(B)＝ (A)×0.3 | | 0.0　人 | |
| 加算要件に該当する利用者の数 (C)＝(E)／(D) | | #DIV/0! 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 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 前年度の開所日数 (D) | | 日 | 合　計 (E) | 0 |

| 2　加配される従業者の状況 | | | |
|---|---|---|---|
| 利用者数 (A)　÷　50　＝ (F) | | 0.0　人 | |
| 加配される従業者の数　(G) | | 人 | (G)＞＝(F) |
| | 加配される従業者の氏名 | 資格・研修名等 | |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |

| | |
|---|---|
| 添付書類 | 身体障害者手帳の写し、従業者の勤務体制一覧表、組織体制図 |

注１　本表は、次に該当する利用者を記載してください。
①　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
②　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
③　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
④　重度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害又は知的障害のうち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。この場合の「知的障害」は「重度」の知的障害である必要はない。

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。
①　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
②　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

※１：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。

※２：「異動区分」欄において「４　終了」の場合は、１利用者の状況、２加配される従業者の状況の記載は不要とする。