様式第45号　　年　月　日

強度行動障害者地域移行特別加算に係る届出書

事業所・施設の名称			
異動区分		①　新規　　②　変更　　③　終了	
職員配置		研修の受講状況	
職種	氏名	強度行動障害支援者養成研修（実践研修）	強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）

実践研修の終了者の数※1	生活支援員の数	基礎研修の終了者の数及び割合※2

（※1）サービス管理責任者又は生活支援員のうち１名以上が、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）修了者であること。

（※2）生活支援員のうち20％以上が、強度行動障害支援者養成研修（基礎研修）修了者であること。

注１　「職員配置」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員として従事する当該事業所の全ての職員について記載してください。
注２　「職種」欄は、サービス管理責任者又は生活支援員の別を記載してください（地域移行支援員や世話人等は含まれません。）。
注３　サービス管理責任者と生活支援員を兼務する者については、同じ者であっても、サービス管理責任者と生活支援員それぞれ別に記載してください。
注４　「研修の受講状況」欄には、①受講が修了又は受講中の場合は「有」を、②受講していない場合は「無」を記載してください。