様式第11号

年　　月　　日

高次脳機能障害者支援体制加算に関する届出書

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)
加算要件に該当する利用者の前年度利用日の合計 (E)		
前年度の当該サービスの開所日数　　の合計 (D)		

2　加配される従業者の配置状況		
利用者数 (A)　÷　50　＝ (F)	0.0　人	
加配される従業者の数 (G)	人	(G)＞＝(F)

3　加配される従業者の要件					
	加配される従業者の氏名	加配される従業者の研修の受講状況			
		高次脳機能障害支援養成研修　（実践研修） 又は 上記に準ずるものとして、同研修における研修内容と同等のものとして都道府県知事が認める研修	受講年度		研修の実施主体
1				年	
2				年	
3				年	
4				年	
直上により配置した者のいずれかにより、当該指定共同生活援助事業所又は指定外部サービス利用型共同生活援助事業所の従業者に対し、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。					確認

添付書類	従業者の勤務体制一覧表

（※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。