様式第44号

年　月　日

精神障害者地域移行特別加算に関する届出書

事業所･施設の名称	
1　異動区分	①　新規　　②　変更　　③　終了
2　運営規程に定める障害者の種類	身体障害者　・　知的障害者　・　精神障害者　・　難病患者等
3　有資格者の配置	①　社会福祉士　・・・　人 ②　精神保健福祉士　・・・　人 ③　公認心理師等　・・・　人

注１　「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

２　指定障害福祉サービス基準第135条、第171条において準用する第89条、第211条の3（第213条の11で準用する場合を含む）又は第213条の19に規定する運営規程を別途添付してください。

３　公認心理師等には、「心理に関する支援を要する者に対する相談、助言、指導等の援助を行う能力を有する者」を含む。

４　従業者が有する資格について、当該資格を証する書類の写しを添付してください。