
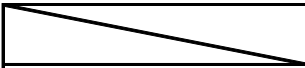


(様式11)

年 月 日

人工内耳装用児支援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 届出項目	1 人工内耳装用加算(Ⅰ) 2 人工内耳装用加算(Ⅱ)	
3 聴力検査室の 設置状況 ※児童発達支援セン ターのみ	① あり ② なし	
4. 言語聴覚士の配置		
人工内耳装用加算 (Ⅰ)		人数等
	言語聴覚士(常勤換 算)	人
人工内耳装用加算 (Ⅱ)		人数等
	言語聴覚士	人

備考1 「異動区分」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 「届出項目」欄については、該当する番号に○を付してください。

3 「聴力検査室の設置状況」欄については、該当する番号に○を付してください。
また、新規の場合は、聴力検査室の設置状況がわかる図面又は写真を提出し
てください。

4 人工内耳装用児支援加算(Ⅰ)については、児童発達支援センターのみ算定が
可能です。

5 「言語聴覚士の配置」欄のうち、人工内耳装用児加算(Ⅰ)の言語聴覚士の配置
は基準人員に加えて配置する(加配する)人員数について記載してください。な

お、

旧主として難聴児を通わせる児童発達支援センターにあっては、本加算の算定に必

要か

6 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付
してください。