

別紙 申請額一覧（障害福祉サービス事業所用）

（単位:円）

| No. | 事業所・施設名 | 事業所番号 | サービス種別 | 住所   | 申請額 |
|-----|---------|-------|--------|------|-----|
| 1   |         |       |        |      |     |
| 2   |         |       |        |      |     |
| 3   |         |       |        |      |     |
| 4   |         |       |        |      |     |
| 5   |         |       |        |      |     |
| 6   |         |       |        |      |     |
| 7   |         |       |        |      |     |
| 8   |         |       |        |      |     |
| 9   |         |       |        |      |     |
| 10  |         |       |        |      |     |
| 11  |         |       |        |      |     |
| 12  |         |       |        |      |     |
| 13  |         |       |        |      |     |
| 14  |         |       |        |      |     |
| 15  |         |       |        |      |     |
| 16  |         |       |        |      |     |
| 17  |         |       |        |      |     |
| 18  |         |       |        |      |     |
| 19  |         |       |        |      |     |
| 20  |         |       |        |      |     |
|     |         |       |        | 合計金額 |     |

- 個票で作成したシートについて、行ごとに入力してください。
- 行数が足りない場合は行を追加して入力してください。

|                       |             |                     |  |        |       |
|-----------------------|-------------|---------------------|--|--------|-------|
| 事業所・施設<br>の<br>状<br>況 | フリガナ        |                     |  |        | 事業所番号 |
|                       | 事業所・施設の名称   |                     |  |        |       |
|                       | サービス種別      |                     |  |        |       |
|                       | 事業所・施設の所在地  | (郵便番号      -      ) |  |        |       |
|                       | 連絡先         | 電話番号                |  | E-mail |       |
|                       | 申請に関する担当者氏名 |                     |  |        |       |

| 施設類型    | 該当サービス名                                                                                      | 単価           | 利用定員数 | 申請金額 |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|------|
| 通所系サービス | 療養介護、生活介護、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、宿泊型自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス | 4,000 円/定員   | 人     | 円    |
| 居住系サービス | 共同生活援助、短期入所(単独及び併設型に限る)                                                                      | 4,000 円/定員   | 人     | 円    |
| 入所系サービス | 施設入所支援、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設                                                                 | 3,500 円/定員   | 人     | 円    |
| 訪問系サービス | 居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、就労定着支援、自立生活援助、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援                                     | 11,000 円/事業所 |       | 円    |
| 相談系サービス | 計画相談支援、地域移行支援、地域定着支援、障害児相談支援                                                                 | 5,000 円/事業所  |       | 円    |

【申請にあたっての留意事項】

- 「事業所・施設の状況」で選択したサービス種別に応じ、利用定員、申請金額を入力してください。  
通所系、居住系、入所系サービスは、指定を受けている利用定員×単価です。  
訪問系、相談系サービスの場合は、申請金額に11,000円又は5,000円を入力してください。
- 複数のサービスの指定を受けている場合は、同シートをコピーし、サービスごとに作成してください。
- 給付の対象となるサービスは、申請時点（申請月）において、利用実績があるサービスに限ります。
- 作成したシートの枚数と別紙「申請額一覧」の行数が一致するように作成してください。
- 多機能型事業所については、指定サービスごとにシートを作成してください。但し、障害児の多機能型事業所の場合は、全ての事業を通じた利用定員数とすること。
- 共生型サービスに該当する場合は、介護サービス事業所等と障害福祉サービス事業所のいずれかを申請する場合に限り、給付を受けることができます。  
例：介護サービス(通所介護)の利用定員40名、障害福祉サービス(生活介護)の利用定員20名の指定を受けている場合  
介護サービスと障害福祉サービスのそれぞれで申請 → ×  
介護サービスのみで申請 40名×単価 → ○  
障害福祉サービスのみで申請 40名×単価 → ×  
20名×単価 → ○
- 短期入所事業所の「空床型」は給付対象外です。