

障害者総合支援法

【区加算】
グループホーム
請求事務の手引き

令和8年9月

世田谷区 障害福祉担当部 障害施策推進課 事業担当

【住所】〒154-8504 世田谷区世田谷4-21-27

(世田谷区役所 第2庁舎 3階)

TEL 03-5432-2413

FAX 03-5432-3021

1 グループホーム区加算とは？

世田谷区でグループホームを支給決定した受給者が、同サービスを利用した日数分を区単価表に基づき、訓練等給付費に上乗せで事業者へ支払う加算です。

※ グループホーム区加算の対象となる事業者は、東京都または八王子市からグループホームの事業所指定を受けた事業所に限ります。

2 請求方法

(1) 提出書類

原則として、サービス提供月の翌月10日までに、以下「提出書類一覧」書類を世田谷区役所障害福祉担当部障害施策推進課事業担当へ提出してください。

・提出書類一覧

N o	提出書類名	備考
1	区加算請求書（共同生活援助）	請求するサービス提供月と対応する請求書の年度に注意
2	区加算明細書（共同生活援助）	
3	区加算明細書（通過型加算）	交流室の施設借上費、退去後3ヶ月の運営費・施設借上費を請求する場合
4	介護給付費訓練等給付費明細書の <u>写し</u>	
5	サービス提供実績記録票の <u>写し</u> （利用者の確認印の押印があるもの）	
6	連絡調整等支援記録票 入院・外泊時における施設（入院・外泊先）との 連絡調整等の支援内容	原則、区への提出は不要。 ただし、必要に応じて提出を求めることがあるため、保管いただくようお願いいたします。
7	支払口座振替依頼書	世田谷区に初めて請求される時、 または振込口座を変更される時
8	区加算請求書（別紙）（共同生活援助）	毎年4月（又は年度初月）サービス提供分において提出※1
9	指定通知書の <u>写し</u> 又は 福祉サービス第三者評価の評価機関が作成した 評価調査結果報告書の表紙の <u>写し</u>	第三者評価の補助要件を満たさなくなる月の請求に間に合うように提出が必要※2

10	保護決定通知書の <u>写し</u>	施設借上費の住宅扶助に該当のある利用者について提出。提出後、金額に変更がある場合は再度提出。
11	家賃を証明する書類（居室の家賃、交流室の家賃） 例）賃貸借契約書の <u>写し</u> など	令和7年4月サービス提供分の請求時に施設借上費や通過型加算の請求をする際に提出。その後は家賃の金額に変更がある場合のみ提出。

- ※1 新たに指定（指定更新を除く）を受けた事業所については、当初指定月を含む年度の翌々年度の4月サービス提供分から提出
- ※2 新たに指定（指定更新を除く）を受けた事業所については、当初指定年月の3年後の前月のサービス提供分から提出
- ※3 各書類は、ホームページからダウンロードできます。

（2）算定方法及び請求書類の記載方法
次頁以降を参照してください。

【区加算】請求事務について

【事前準備】

- ・『【区加算】様式』のファイルをダウンロードしてください。
※世田谷区様式のダウンロード先: 世田谷区ホームページ「トップページ」>「情報を探す/生活情報」>「福祉・健康」>「障害福祉」
>○障害福祉サービス等事業者の方向け情報「【都加算、区加算】請求関係(短期入所、共同生活援助)」
- ・世田谷区支給決定利用者の国保連請求分「訓練等給付費等明細書」をご用意ください。

【都加算請求書類の作成手順の概要】

以下の①から③までの手順で区加算請求書類を作成してください。

- ① 『【区加算】様式』のファイルを開き、『区加算請求書』シートのうち、「明細書件数」と「請求金額」以外の項目を全て入力してください。
- ② 『区加算明細書』シートを開いて黄色く塗られたセルに入力してください。全ての項目が入力されると、区加算額が自動で計算されます。
なお、「請求コード」欄は、事前準備で用意した国費の明細書に記載されている基本報酬及び夜間支援等体制加算のコードを入力してください。
- ③ 全て入力し終わると、『集計表』シートに情報が集約されますので、「総合計金額」欄の金額を、『区加算請求書』シートの「請求金額」欄に記載してください。また、作成した『区加算明細書』の件数を「明細書件数」欄に入力してください。

【留意事項】

- ・『区加算請求書』シートの入力(上記①)がされていないと、②の『区加算明細書』の自動計算が行われません。
- ・『区加算請求書(別紙)』は補助要件を満たしているか確認するものです。経過措置期間終了後は必ず記載してください。
- ・『区加算明細書』の基本報酬を入力する際、体験利用の請求は基本報酬分の2行目、個人ホームヘルプ利用の請求は3行目に入力してください。
- ・月の途中で障害支援区分が変更となった場合は、区加算明細書を2枚(区分変更前・変更後)作成してください。
- ・通過型加算及び精神科医療連携体制加算は、要件を満たしたうえで事前に東京都に届出が必要です。
※毎月15日締め切り(都に必着)で翌月1日から算定可

手順①

区加算請求書
(共同生活援助)

記入例

令和 8 年 2 月 10 日

一番最初に入力

世田谷区長

あて

下記のとおり請求します。

請求事業者	法人住所 (所在地)	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 東京都世田谷区世田谷〇-〇-〇
	法人名称	社会福祉法人世田谷会
	代表者 職・氏名	理事長 世田谷花子 印

指定事業所番号	1 3 2 0 4 0 0 0 0 0	
事業所	事業所 名称	世田谷ホーム
	類型	介護サービス包括型
	地域区分	1級地
	人員配置区分	4対1
	精神科医療連携体制加算 人員配置体制加算	算定可 I

サービス提供月	令和	8	年	0	1	月分	明細書件数	4
---------	----	---	---	---	---	----	-------	---

請求金額			百万	4	0	千	0	0	円
------	--	--	----	---	---	---	---	---	---

請求担当者	氏名	世田谷 太郎
	連絡先	03-0000-0000

法人印を押印

精神科医療連携体制加算の算定要件を満たしているものとして都に届け出た事業所は「算定可」にしてください。

全ての区加算明細書を作成後に、作成した『区加算明細書』の件数を記入してください。

全ての都加算明細書を入力後に、『集計表』の「総合計金額」を記入してください。

金額の先頭に「¥」マークを入力

手順⑥

平日(日中)に連絡が取れる方の氏名・連絡先を記入してください。

手順②

記入例

区加算請求用

区加算明細書
(共同生活援助)

黄色いセルに入力してください。

『区加算請求書』を入力すると自動的に記載されます。

「当該月の都基準日数」欄は、月途中の入退去の場合、入居日から月末まで又は月初から退去日までのうち、**実際に支援を実施した日数**を記入してください。

【都基準日数について】

都基準日数として算定できるのは、利用者に対して実際に支援を行った日のみです。

対象となり支援は以下のとおりです。

- ・日常生活支援
- ・食事提供支援
- ・介護等支援
- ・入院時における病院等との連絡調整等支援
- ・帰宅時における家族等との連絡調整等支援
- ・その他利用者に対する支援

※支援記録の作成・保管が必要です。

※**支援が行われていない日は都基準日数に含めることはできません。**

「請求コード」には国保連へ提出した「訓練等給付費等明細書」に記載されている以下のコードおよび日数を入力してください。

- ・基本報酬のサービスコード
- ・人員配置体制加算のサービスコード

国費の夜間支援等体制加算の当月算定額が、区夜間加算の当月算定額を上回っている場合、0円になります。

令和 8 年 0 1 月 分					
事業所番号 1 3 2 0 4 0 0 0 0 0	事業所の名称 世田谷ホーム				
事業所の種類 介護サービス包括型	地域区分 1級地				
人員配置区分 4対1	精神科医療連携体制加算 算定可				
人員配置体制加算 I					
受給者証番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	支給決定障害者氏名 世田谷 二郎				
主たる障害の種類別 精神障害者	障害支援区分 区分2 当該月の都基準日数 25 日				
ユニット名 世田谷ホーム 1	通過型の指定 指定有				
体験利用の時に使用	個人ホームヘルプ利用の時に使用				
コード	サービス内容	算定単価額	日数	当月算定額	摘要
331461	生活援助Ⅰ2	1,312	20	26,240	
331561	生活援助Ⅱ2	849	3	2,547	体験
331561					特例
331561	国基本報酬算定無	4,190	2	8,380	
小計				37,167	
区夜間加算 ①			991	25	24,775
336420	支援夜間支援等体制加算Ⅰ11 ②	7,759	20	155,180	
336420	②				
336420	②				
335640	支援夜間支援等体制加算Ⅲ	-	0	-	
①-② (ただし①-②≤0なら0)			B	0	
通過型加算			800	25	20,000
精神科医療連携体制加算			330	25	8,250
小計			C	28,250	
算定日数 15	月総日数 31	補助基準額 69,800	日割り額 a 33,774	補足給付 b 10,000	(ア) a-b 23,774
		家賃額 c 70,000	更新料・礼金 d	補足給付 b 10,000	(イ) c+d-b-e 60,000
住宅扶助 e					
請求額 (ア)(イ)の低い方の額			D	23,774	
当月都加算請求額 (A+B+C+D)			89,191 円		

手順③

黄色いセルに入力してください。

区 加 算 明 細 書 (共同生活援助)									
令和		8	年	1	月	分			
受 給 者 証 番 号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1								
支 給 決 定 障 害 者 氏 名	世田谷 二郎								
主たる障害の種別	精神障害者								
障害支援区分	区分2	当該月の都基準日数	25 日						
ユニット名	世田谷ホーム 1								
通過型の指定	指定有								
事業所番号	1 3 2 0 4 0 0 0 0 0								
事業所の名称	世田谷ホーム								
類型	介護サービス包括型								
地域区分	1級地								
人員配置区分	6対1								
精神科医療連携体制加算	算定可								
人員配置体制加算	1								

「算定日数」欄は、居室を確保した日数を記入してください。

※月途中の入退去の場合、入居日から月末まで又は月初から退去日までの日数を記入してください。

「月総日数」欄は、該当月の暦の日数を記入してください。

月途中の入退去の場合も同様に、該当月の暦の日数を記入してください。

- ・1、3、5、7、8、10、12月は「31」
- ・4、6、9、11月は「30」
- ・2月は「28」または「29」

その他加算分	通過型加算		800	25	20,000	
	精神科医療連携体制加算		550	25	8,250	
	小計				C	28,250
施設借上費	算定日数	月総日数	補助基準額	口割り額 a	補足給付 b	(ア) a-b
	15	31	69,800	33,774	10,000	23,774
			家賃額 c	更新料・礼金 d	補足給付 b	住宅扶助 e
			70,000		10,000	60,000
	当月都加算請求額 (A+B+C+D)					89,191 円

「補足給付」欄は、国保連へ請求した金額と同額を入力してください。また、グループホームから他グループホームへの転居の場合や、グループホーム在籍中に他グループホームへの体験利用の場合は、事業者間で調整を行い、合計額が上限額を超えないように注意願います。

「家賃額」欄は法人と受給者間において、実際に発生した家賃額を記入してください。

「住宅扶助」欄は生活保護受給者の方の「決定通知書」等で受給金額を確認のうえ、記入してください。

手順④

令和 年 月 分		共同生活援助サービス提供実績記録票												
受給者証 番号	支給決定障害者氏名	事業所番号												
		事業所及び その事業所												
日付	曜日	サービス提供の 状況	住居外 利用	退居後 支援	夜間支援等 特別加算	入院時支援 特別加算	帰宅時支援 加算	日中支援 加算	医療連携 体制加算	自立生活 支援加算 (Ⅰ)	自立生活 支援加算 (Ⅱ)	集中的支援 加算	利用者 確認欄	備考
1	月	○			1									
2	火	○			1									
3	水	○			1									
4	木	○			1									
5	金	○			1									
6	土	入院												
7	日	入院												支援あり
8	月	入院												
9	火	入院												
10	水	入院												
11	木	入院												
12	金	入院	○											支援あり
13	土	入院												
14	日	入院												
15	月	入院	○		1									
16	火	○			1									
17	水	○			1									
18	木	○			1									
19	金	外泊	○											
20	土	外泊	○											支援あり
21	日	外泊												
22	月	外泊												
23	火	外泊	○											支援あり
24	水	外泊			1									
25	木	○			1									
26	金	○			1									
27	土	○			1									
28	日	外泊												
29	月	外泊			1									
30	火	○			1									
合計		日												

退居日	
自立生活支援加算(Ⅱ)	退居後算定日
移行支援住居	入居日
集中的支援加算	支援開始日

・入院や外泊等により、基本報酬を算定しない日（GHに該当利用者が終日不在）であっても、病院や家族との連絡調整等の支援を実施した場合は、サービス提供実績記録票の備考欄に【支援あり】と記入してください。

・支援を実施していない日は都基準日数に算定できません。

・備考に【支援あり】と記入がある場合は、支援した日の記録をする必要があります。世田谷区で用意する（区加算請求用）支援記録票（次頁）もご活用ください。

・支援記録票につきましては、区の求めに応じてご提出いただく場合がございますので、ご了承ください。

・サービス提供実績記録票の利用者の内容確認は必須です。利用者のチェック（✓）やサイン等があるものを提出してください。また「写し」になりますので原本を送付しないようにご注意ください。白黒のコピーで構いません。

・「サービス提供実績記録票」は厚生労働省ホームページに掲載の最新様式をお使いください。また記載例もご確認ください。

・○がついている日が都基準日数として算定可能。左記記録票の場合は、22日となる。

手順⑤

橙色に入力してください。

↓入院時↓

区加算請求(共同生活援助) 入院時における病院等との連絡調整等支援記録票						
利用者氏名	世田谷 太郎			事業所名	世田谷グループホーム	
受給者番号				事業所番号		
入院先医療機関	世田谷〇×病院・世田谷▲◆診療所			入院期間(予定)	令和〇年〇月6日(土)	
病院等連絡先・担当者	世田谷〇×病院…〇〇氏					
支援日	支援時間	支援方法	連絡・調整先	支援内容	本人の状況	特記事項
令和〇年〇月7日(日)	10:00～11:00	訪問・電話・メール その他()	病棟看護師 〇〇氏	本人面会を実施。病院へ 障害特性、コミュニケーション方法、服薬状況、GH での生活状況を情報提供 した。また、今後の治療方 針及び面会可能日につ いて確認した。	入院環境に不安を示して いたが、職員訪問により安 心した様子。食事・服薬は 実施できている。	
令和〇年〇12日(金)	13:00～14:00	訪問・電話・メール その他()	主治医 ××氏	退院前の会議に参加。服 薬内容変更、受診予定、 生活上の注意事項につ いて確認し、GH職員間で共 有することとした。	退院を希望しており意欲 的	15日退院予定。

↓帰宅時↓

区加算請求(共同生活援助) 帰宅時における病院等との連絡調整等支援記録票						
利用者氏名	世田谷 太郎			事業所名	世田谷グループホーム	
受給者番号				事業所番号		
帰省先	東京都〇〇区 〇〇様宅(母)			帰省期間(予定)	19日(金)~24日(水)、28日(日)~29日(月)	
帰省先の連絡先 及び 対応者	母 〇〇 〇〇氏					
支援日	支援時間	支援方法	連絡・調整先	支援内容	本人の状況	特記事項
令和 年 月20日(土)	5:00~15:30	訪問・電話・メール その他()	母 〇〇氏	帰省中の生活状況を確認。服薬状況、睡眠状況、家族との関係性等を聴取し、特段の問題がないことを確認した。	安定して過ごしている。	帰寮予定日に変更なし。
令和 年 月23日(火)	10:00~10:20	訪問・電話・メール その他()	母 〇〇氏	帰寮時間を最終確認。帰省中の体調変化の有無を確認し、帰寮後に必要な支援について聞き取りを実施した。	体調良好。	通常支援で対応可能。

~入院時の記載例~

- ・病院との情報共有
- ・被服等の交換
- ・利用者の相談支援等
- ・主治医・看護師との連絡調整
- ・退院支援に関する打ち合わせ

~帰宅時の記載例~

- ・家族との連絡調整
- ・帰宅中の状況確認
- ・服薬等の確認支援
- ・帰寮日の調整
- ・緊急連絡先の確認

※「誰と、何について、どのような支援を実施したか」が分かるよう具体的に記録してください。

・支援した日について記録が必要です。
原則、区へのご提出は不要ですが、必要に応じて提出を求める場合がありますので、保管していただくよう、お願いいたします。

・記載した支援日数については、区加算明細書の都基準日数に含みます。

支援を実施していない日は都基準日数に算定できません。

集計表

	事業所番号	事業所類型	人員配置区分	受給者証番号	障害種別	障害支援区分	基本報酬分①			基本報酬分②（特例）			基本報酬分③（体験）			基本報酬無		夜間加算	通過型加算		精神科医療連携体制加算	
							コード	回数	算定額	コード	回数	算定額	コード	回数	算定額	回数	算定額		回数	算定額	回数	算定額
①																						
②																						
③																						
④																						
⑤																						
⑥																						
⑦																						
⑧																						
⑨																						
⑩																						
合計							-			-			-									

総合計金額

手順⑥

- ・本シートは入力不要です。『区加算明細書』を作成すると自動的に集計されます。
- ・「総合計金額」を『区加算請求書』の請求金額欄に入力してください。

参考：国費明細書例

(共同生活援助)

[illegible]

「サービス内容」欄のうち、基本報酬と夜間支援等体制加算について、それぞれに対応する「サービスコード」と「回数」を『区加算明細書』に記入してください。

「生活援助Ⅰ2」と「生活援助Ⅱ2」（←体験利用の場合）が基本報酬となるため、『都加算明細書』の「基本報酬分」の「サービスコード」欄に「1461」と「1561」を入力し、「回数」欄にそれぞれ「20」と「3」を入力する。
※サービス内容が「〇〇加算」となっていないものが基本報酬になります。

また、「生援夜間支援等体制加算Ⅰ11」が夜間支援等体制加算となるため、『都加算明細書』の「夜間加算分」の「サービスコード」欄に「6425」を入力し、「回数」欄に「20」と入力する。

※サービス内容が「生援夜間支援等体制加算Ⅰ〇」または「生援夜間支援等体制加算Ⅱ〇」となっているものが夜間支援等体制加算ⅠまたはⅡになります。

記入例

区加算請求書（別紙） （共同生活援助）

第三者評価受審及び外部研修等受講の補助要件を確認するためのものです。経過措置期間の終了後は、必ず作成してください。

『都加算請求書』を入力すると自動的に記載されます。

法人名称	社会福祉法人世田谷会
指定事業所番号	1 3 2 0 4 0 0 0 0 0
事業所名称	世田谷ホーム
事業所定員（前年度4月1日時点）	25人

当初指定年月日 又は 福祉サービス第三者評価受審完了年月日	令和 0 7 年 0 4 月 3 0 日
----------------------------------	----------------------

※当初指定年月日と福祉サービス第三者評価受審完了年月日のうち、近い方の年月日を記入してください。
※確認のため、「指定通知書」又は「福祉サービス第三者評価の評価機関が作成した評価調査結果報告書の表紙」の写しを添付してください。
※平成30年度から平成32年度までの間は空欄でも結構です。

外部研修等受講（前年度実績）

必要研修受講者数	1人
----------	----

「事業所定員」欄を入力すると、「必要研修受講者数」が自動的に記載されます。

研修受講者氏名	研修受講年月日	研修名／研修開催者／研修概要
世田谷 太郎	令和7年12月1日	発達障害とは ～障害理解と支援の実践～ 東京〇〇センター 発達障害の理解と支援方法の例について

※前年度4月1日時点の事業所定員数を30で割った数以上の従業者が受講する必要があります。
※必要な研修受講者数が4名を超える場合は、複数枚ご提出ください。
※平成30年度から平成31年度までの間は空欄でも結構です。

参考

福祉サービス第三者評価結果報告書（平成〇〇年度）

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

『区加算請求書（別紙）』にある「福祉サービス第三者評価受審完了年月日」はこちらの日付を記載してください。

認定評価機関番号 電話番号 代表者氏名 印

以下のとおり評価を行い、報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名	担当分野	修了者番号
①		☐ 福祉 ☐ 経営	
②		☐ 福祉 ☐ 経営	
③		☐ 福祉 ☐ 経営	
④		☐ 福祉 ☐ 経営	
⑤		☐ 福祉 ☐ 経営	
⑥		☐ 福祉 ☐ 経営	

福祉サービス種別 共同生活援助（グループホーム）

評価対象事業所名称 指定番号

現地調査をしたユニット名

現地調査をしたユニットの選定理由（複数選択可）

☐ ユニットの特徵
☐ 前回の評価で訪問していないユニット
☐ 利用者調査結果
☐ その他（ ）

事業所連絡先

〒 所在地 Tel

事業所代表者氏名

契約日 年 月 日 契約日を入力してください。

利用者調査票配付日（実施日） 年 月 日 利用者調査票配付日（実施日）を入力してください。

利用者調査結果報告日 年 月 日 利用者調査結果報告日を入力してください。

自己評価の調査票配付日 年 月 日 自己評価の調査票配付日を入力してください。

自己評価結果報告日 年 月 日 自己評価結果報告日を入力してください。

訪問調査日 年 月 日 訪問調査日を入力してください。

評価合議日 年 月 日 評価合議日を入力してください。

コメント
（利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入）

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。
本報告書の内容のうち、
☐ 機関が定める部分を公表することに同意します。
☐ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
☐ 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名 印

参 考

福祉サービス第三者評価結果報告書(平成〇〇年度)

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

『区加算請求書(別紙)』にある「福祉サービス第三者評価受審完了年月日」はこちらの日付を記載してください。

認証評価機関番号

電話番号

代表者氏名

機構

印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名	担当分野	修了者番号
①	☐ 福祉 ☐ 経営	
②	☐ 福祉 ☐ 経営	
③	☐ 福祉 ☐ 経営	
④	☐ 福祉 ☐ 経営	
⑤	☐ 福祉 ☐ 経営	
⑥	☐ 福祉 ☐ 経営	
評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号		
福祉サービス種別	共同生活援助(グループホーム)	
評価対象事業所名称		指定番号
現地調査をしたユニット名		
現地調査をしたユニットの選定理由(複数選択可)	☐ ユニットの特徵 ☐ 前回の評価で訪問していないユニット ☐ 利用者調査結果 ☐ その他()	
事業所連絡先	〒	
	所在地	
	TEL	
事業所代表者氏名		
契約日	年 月 日	契約日を入力してください。
利用者調査票配付日(実施日)	年 月 日	利用者調査票配付日(実施日)を入力してください。
利用者調査結果報告日	年 月 日	利用者調査結果報告日を入力してください。
自己評価の調査票配付日	年 月 日	自己評価の調査票配付日を入力してください。
自己評価結果報告日	年 月 日	自己評価結果報告日を入力してください。
訪問調査日	年 月 日	訪問調査日を入力してください。
評価合議日	年 月 日	評価合議日を入力してください。
コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)		

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

本報告書の内容のうち、

- ☐ 機構が定める部分を公表することに同意します。
- ☐ 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
- ☐ 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名

印

記入例

短期入所・グループホーム事業者用

新規

変更

(変更理由 1. 口座変更 2. 代表者変更 3. その他 ())

支払口座振替依頼書

振込先金融機関		〇×〇×				銀行 信用金庫 信用組合 農 協		〇×〇×				本店 支店 出張所	
金融機関コード		金融機関コード				支店コード							
		1	2	3	4	5	6	7					
振込口座		預金種別 普通 当座 口座番号 1 2 3 4 5 6 7 フリガナ マ ル シ カ ク マ ル シ カ ク シ ム キ ム ヨ ウ シ ヨ 漢字等 〇〇〇〇事業所											

世田谷区障害施策推進課から支払われる介護給付費・訓練等給付費は、今後上記の口座に口座振替の方法をもって振り込んでください。

〇〇年 〇〇月 〇〇日
世田谷区長 あて

事業者コード		1	3	1	1	2	0	0	0	0	0
事業所	住 所	(〒 154-0000)									
	(事業を実施する所在地)	世田谷区世田谷〇 - 〇 - 〇									
	電話番号	03-5432-0000					FAX	03-5432-0000			
	名 称	〇×〇×									
事業者 (法人)	代表者名	(事業所の代表者が請求者となる場合のみ記入)									
		印									
事業者 (法人)	名 称	〇〇〇〇									
	代表者名	世田谷 太郎 印									
地 域 区 分		特別区 特甲地 甲地 乙地 丙地									

別紙『事業者情報調査』のとおりに報告する。

支援事業対象者1人当たりの日額単価表（令和6年4月1日～）

(単位：円)

[illegible]

[illegible]

類型	配置 区分	人員配 置体制 加算	障害支援区分等	都○加○算○日○額○単○価								
				1 級地	2 級地	3 級地	4 級地	5 級地	6 級地	7 級地	その他	
日中サ ー ビ ス 支 援 型	3 対 1 相 当	Ⅴ ・ Ⅶ	第 5 条（2）ア、イ、ウ									
			区分 6	1,543	1,765	1,819	1,986	2,097	2,318	2,484	2,650	
			区分 5	1,309	1,487	1,532	1,665	1,755	1,933	2,067	2,200	
			区分 4	1,188	1,339	1,377	1,489	1,564	1,714	1,827	1,940	
			区分 3	1,912	2,010	2,034	2,108	2,156	2,255	2,328	2,400	
			Ⅶ	区分 2	1,696	1,766	1,782	1,834	1,869	1,937	1,989	2,040
				区分 1 以下	627	694	710	761	794	860	910	960
			Ⅸ・ Ⅺ	個人ホームヘルプ（区分 5）	128	125	124	121	119	177	269	360
		個人ホームヘルプ（区分 4）		177	287	315	399	454	564	647	730	
		Ⅸ・ Ⅴ・ Ⅶ・ Ⅺ	第 5 条（2）エ、オ、カ									
			区分 2 以上	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	
			区分 1 以下	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	
	4 対 1 相 当	Ⅵ ・ Ⅷ	第 5 条（2）ア、イ、ウ									
			区分 6	1,555	1,775	1,831	1,997	2,108	2,328	2,494	2,660	
			区分 5	1,309	1,487	1,532	1,665	1,755	1,933	2,066	2,200	
			区分 4	1,188	1,339	1,377	1,489	1,564	1,715	1,828	1,940	
			区分 3	1,820	1,920	1,945	2,020	2,070	2,170	2,245	2,320	
			Ⅷ	区分 2	1,510	1,585	1,603	1,659	1,696	1,770	1,825	1,880
				区分 1 以下	557	627	643	695	729	798	849	900
			Ⅹ・ Ⅻ	個人ホームヘルプ（区分 5）	116	113	112	110	108	166	258	350
		個人ホームヘルプ（区分 4）		177	287	315	398	454	564	647	730	
		Ⅹ・ Ⅵ・ Ⅷ・ Ⅻ	第 5 条（2）エ、オ、カ									
			区分 2 以上	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	
			区分 1 以下	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	
	5 対 1		第 5 条（2）ア、イ、ウ									
			区分 6	1,246	1,451	1,502	1,656	1,759	1,963	2,117	2,270	
			区分 5	1,202	1,365	1,404	1,525	1,606	1,768	1,889	2,010	
			区分 4	1,070	1,205	1,237	1,338	1,406	1,539	1,639	1,740	
			区分 3	1,609	1,695	1,717	1,781	1,825	1,911	1,976	2,040	
			区分 2	1,287	1,349	1,363	1,409	1,439	1,500	1,545	1,590	
			区分 1 以下	536	591	604	645	673	727	769	810	
			個人ホームヘルプ（区分 5）	104	101	100	99	97	94	92	140	
			個人ホームヘルプ（区分 4）	162	158	157	225	273	367	439	510	
			第 5 条（2）エ、オ、カ									
			区分 2 以上	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	
			区分 1 以下	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	
	体 験		第 5 条（2）ア、イ、ウ									
			区分 6	1,189	1,394	1,446	1,601	1,705	1,911	2,066	2,220	
			区分 5	1,191	1,354	1,393	1,515	1,596	1,757	1,879	2,000	
			区分 4	1,070	1,205	1,238	1,338	1,405	1,539	1,639	1,740	
			区分 3	1,817	1,898	1,918	1,978	2,019	2,100	2,160	2,220	
			区分 2	1,613	1,664	1,677	1,716	1,742	1,793	1,832	1,870	
			区分 1 以下	698	749	761	798	824	874	912	950	
			第 5 条（2）エ、オ、カ									
			区分 2 以上	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	
			区分 1 以下	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	

別表 2

障害者グループホーム都単価表（運営費以外の助成）

○加算（単価／日額）

項 目	金 額	摘 要
通過型加算	9 2 6 円	—
夜間加算	9 9 1 円	—
精神科医療連携体制加算	3 3 0 円	平成 3 1 年 1 月 1 日から適用

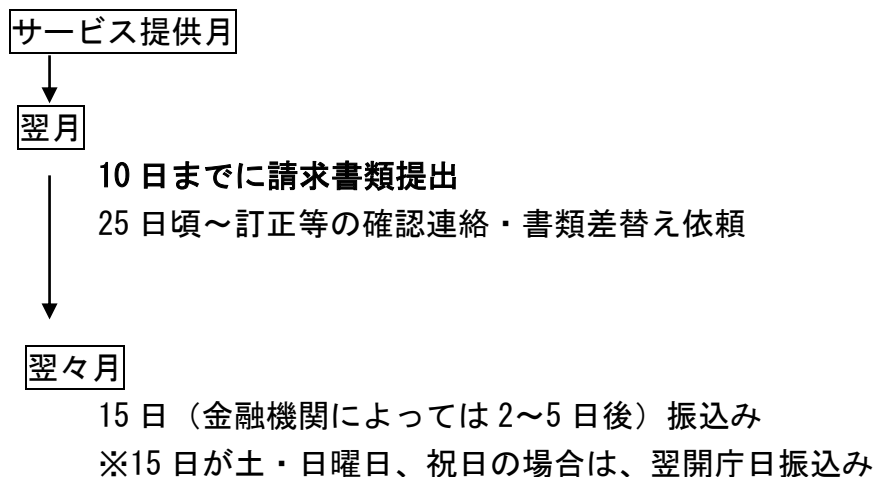
3 区からの支払い

区で提出していただいた請求書類を確認後、指定された口座にお振込みします。

振込先の口座を区に届け出ていない場合は、様式集の「支払口座振替依頼書」に必要事項を記入して世田谷区障害福祉担当部障害施策推進課へ提出してください。

また、区から振込み完了の通知はいたしません。振込み日にご確認をお願いします。

☆ 提出から支払いまでのスケジュール



- ◆差替えの書類を提出していただく際は、初回に提出していただいた書類と区別ができるように、差替えである旨を明記したメモ又は付せん等をつけてください。