

文京区長 殿

年 月 日

日付は空欄にしてください。

主たる事務所の所在地
主たる事務所の所在地
文京区春日〇-〇-〇

法人名 社会福祉法人 文京の会
代表者名 文京 花子 印
事業所名 文京障害者日中活動センター

年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付申請書

年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金として、次の金額を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

申請額 金 11,362,000 円

(申請額の内訳)

基本補助	6,936,000
メニュー選択式加算	2,520,000
障害者等雇用加算	1,306,000
第三者評価受審経費	600,000
合計	11,362,000

(申請書類)

- 1 年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金所要額調書
- 2 基本補助算定内訳
- 3 「メニュー選択式加算」選択メニュー一覧表
- 4 障害者等雇用加算雇用者名簿

事業所名	文京障害者日中活動センター
担当者	文京花子
電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
FAX	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
e-mail	〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇

年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金所要額調書

法人名	社会福祉法人 文京の会
事業所名	文京障害者日中活動センター

(単位:円)

補助基準	単価	延べ人数	申請額
基本補助	17,000	408	6,936,000
メニュー選択式加算	72,000	35	2,520,000
障害者等雇用加算	1,306,000		1,306,000
受審経費	600,000		600,000
合計			11,362,000

1. 選択メニュー

選択したメニューについて
チェックをお願いします。

- (1) 前年度の末日時点で、障害支援区分4～6（4は行動関連項目10点以上、50歳以上の利用者については区分を一つ上位として扱う）の利用者、又は、障害支援区分に関わらず医療的ケアを要する利用者を30%以上受け入れている
年度※50歳以上の利用者は1区分上位として扱う
- (2) 当該年度の初日時点で、短期入所（ショートステイ）を実施している
- (3) 当該年度の初日時点で、共同生活援助（GH）のバックアップ施設である
- (4) 前年度に就労移行の実績がある
- (5) 当該年度にアフターケアを実施している
- (6) 3年（当該年度及び過去2年）に一度（新規開設事業所については、開設から3年に一度以上）「東京都福祉サービス第三者評価」を受審し、受審結果を踏まえて改善に向けた取組を実施している

申請額 金 11,362,000 円

※上記（1）から（6）のうち3件以上選択してください。

2. 各メニューの添付様式

- (1) 重度対象者名簿〔別紙3添付様式1〕
- (2) 短期入所の実施状況〔別紙3添付様式2〕
- (3) グループホームに対するバックアップの実施状況〔別紙3添付様式3〕
- (4) 就労移行者実績名簿〔別紙3添付様式4〕
- (5) アフターケア実施状況一覧〔別紙3添付様式5〕
- (6) 福祉サービス第三者評価の実施状況〔別紙3添付様式6〕

※添付資料

実施したこと（すること）が確認できる書類（契約書等）
改善計画実施状況報告

重度対象者名簿（メニュー選択式加算用）

事業所名 文京障害者日中活動センター

No.	年齢	障害程度区分	実施機関	利用開始日	障害支援区分	上位区分該当	行動関連項目点数	該当する特別な医療
1	文京 太郎	25	文京区	平成〇年〇月〇日	5			
2	春日 次郎	60	文京区	平成〇年〇月〇日	4			
3	後楽 三郎	50	文京区	平成〇年〇月〇日	2	○		気管切開の処置
4	小石川 四郎	49	文京区	平成〇年〇月〇日	3			経管栄養（胃ろう）
5	本郷 五郎	36	文京区	平成〇年〇月〇日	3			ストーマの処置
6	白山 六郎	62	文京区	平成〇年〇月〇日	5	○		
7	小日向 七郎	55	文京区	平成〇年〇月〇日	3	○	15点	
8	根津 八郎	33	文京区	平成〇年〇月〇日	5			
9	水道 九郎	45	〇〇市	平成〇年〇月〇日	4			レスピレーター
10	目白台 十郎	46	〇〇区	平成〇年〇月〇日	5			
11	音羽 十一郎	53	〇〇区	平成〇年〇月〇日	6	○		
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

前年度末現在在籍している方を記入

実際の障害支援区分を記入（50歳以上でも1区分上位にしないでください）

年度当初の定員等（a）	必要人数（a）×30%（端数切り上げ）	該当者数

（注）年齢、障害支援区分、行動関連項目は前年度末現在を記入してください。
 障害支援区分が4～6以外の場合、医療的ケア（特別な医療）該当者が対象になります。
 なお、年齢50歳以上の利用者の障害支援区分は1区分上位となります。
 行が足りない場合は適宜追加してください。

（該当者早見表）

障害程度区分	49歳まで	50歳以上
6～5	すべて該当	すべて該当
4	行動関連項目10点以上 又は医療的ケア該当者	
3	医療的ケア該当者	行動関連項目10点以上 又は医療的ケア該当者
2以下		医療的ケア該当者

「特別な医療」とは、点滴の管理、中心静脈栄養、透析、ストーマの処置、酸素療法、レスピレーター、気管切開の処置、疼痛の看護、経管栄養（胃ろう）、吸引処置のいずれか1つ以上に該当する利用者が対象になります。

別紙3 添付様式2

短期入所の実施状況（メニュー選択式加算用）

事業所名 文京障害者日中活動センター

短期入所事業所名	ショートステイ文京											
事業所指定年月日	平成25年4月1日				事業所番号	0000000000						
主たる利用者 ※児を除く	身体・知的・精神				利用定員	5 人						
所在地	文京区春日0-0-0											
（参考）前年度の利用実績 ※月ごとの延べ利用人数（上段：実人数／下段：延べ人数）												
4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	平均
3	2	4	1	2	2	3	5	4	3	2	2	2.8
9	13	15	4	7	5	10	16	13	10	8	9	9.9

申請額 金 円

（注）月ごとの実人数及び延べ人数の算出例（〇月 Aさん4泊 Bさん5泊 の場合）

実人数 ⇒ 2名

延べ人数 ⇒ 9名

グループホームに対するバックアップの実施状況

事業所名 文京障害者日中活動センター

1. バックアップ先グループホーム及び事業者指定上の連携体制等の有無

バックアップ先のグループホーム等				
種別	事業者番号	住居名称（上段） 事業所名（下段）	事業者指定上の 連携体制の有無	事業者指定年月日 （有の場合のみ）
GH	0000000000	文京ホーム グループホーム文京	有 ・ 無	平成20年4月1日
GH			有 ・ 無	
GH			有 ・ 無	

2. 補助事業所が事業者指定上の連携体制等となっていない場合
（上記1が「無」しか無い場合のみ記入）

事業者指定上の連携体制等事業所			
連携体制等事業所名称	該当 番号	事業者指定上と異なる理由 （当てはまる番号を左欄に記入してください）	
		(1) GHの定員が多数	(2) 複数住居が分散して所在
		(3) 多数の重度者が利用	(4) その他
（具体的な理由を記入してください） <div style="border: 2px solid orange; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>事業者指定上の連携体制をとっていないが、事実上連携しているグループホーム等の名称、その理由を記入してください</p> </div>			

※連携体制が証明できる書類（任意可）を添付してください。

3. 別の通所事業所からのバックアップ状況

1のグループホームが補助事業所以外の通所事業所からもバックアップを受けている場合			
住居名称（上段） 事業所名（下段）	通所事業所①	通所事業所②	通所事業所③

4. 具体的な連携体制

補助事業所とバックアップ先グループホームとの具体的な連携体制
（具体的に記入してください）

別紙3 添付様式4

就労移行者実績名簿（メニュー選択式加算用）

事業所名 文京障害者日中活動センター

No.	氏名	年齢	実施機関	利用開始日	利用終了日	就労移行日	就労先及び従事業務
1	文京太郎	25	文京区	H25.10.1	H26.9.30	H26.10.1	文京工業 一般事務
2							
3							
4							
5							

年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付申請書
 (注) 前年度に利用を終了し、一般就労した利用者を記載してください。

申請額 金 11,362,000 円

1. 福祉サービス第三者評価の実施（予定）年月日

平成25年10月1日

※事業所への訪問調査の実施日（複数の日にわたる場合は、その最終日）

年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付申請書

- () 事業所内に掲示《必須》
- () 利用者、家族、職員等に配布《必須》
- () 「とうきょう福祉ナビゲーション」第三者評価ページ「事業者のコメント」欄に記入《推奨》
- () 法人または事業所のホームページに掲載《推奨》

※その他

--

3. 添付資料

① 受審したこと（すること）が確認できる契約書等の書類

※ 当該年度受審予定の場合

例：受審予定年月日などが記載された、評価機関からの通知書面の写し
受審申込の検討状況がわかる書面（様式任意）

※ 受審済の場合

例：評価結果報告書の写し（受審年月日が入ったもの） など

② 「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

（別紙3 添付様式6 別添（改善計画・実施状況）に所要事項を記載）

※ 当該年度が受審年度の場合は、「評価結果に基づく現状分析」及び「改善計画」を記載し、受審していない年度は、「改善計画」に基づいた「実施状況」を記載してください。

私たちの施設は、「福祉サービス第三者評価」を活用して、利用者サービス向上のために常に努力しています。

「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

事業所名					第三者評価受審年度	年度
項目	評価結果に基づく現状分析 (年度)	改善計画 (年度末時点)	実施状況 (年度末時点)	実施状況 (年度末時点)		
について						
について						
について						

※この様式は、「文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付要綱」等の規定に基づき、利用者の皆様にお知らせするためのものです。

※「項目」は、第三者評価における「さらなる改善が望まれる点」などを参照に、施設が独自に決めています。

※第三者評価の結果は、施設において公表しています。

別紙 4

障害者等雇用加算雇用者名簿

事業所名 文京障害者日中活動センター

No.	氏名	区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総雇用時間数
1	千駄木太郎	身体手帳	64	64	64	64	48	64	64	64	64	48	64	64	736
2	本駒込次郎	家庭又は	96	96	96	96	80	96	96	96	96	80	96	96	1120
3															0
4															0
5															0
総雇用時間数			1856	160	160	160	160	128	160	160	160	128	160	160	1,856時間
適用単価			1,306,000円												

(※) 雇用契約書の写しを添付してください。
 総雇用時間数には、有給休暇や時間外勤務なども含まれます。
 (単価区分)

総雇用時間数	単価 (事業所あたり年額)
400時間～799時間	435,000円
800時間～1,199時間	726,000円
1,200時間～1,599時間	1,016,000円
1,600時間～1,999時間	1,306,000円
2,000時間～2,399時間	1,597,000円
2,400時間以上	1,887,000円