

障害者総合支援法等関係事業者説明会資料

平成29年3月21日

神戸市保健福祉局障害福祉部

障害者支援課

目 次

	頁
1 障害福祉サービス事業所等のバリアフリー実態調査について・・・・・・・・・・ (1) (神戸市保健福祉局 障害福祉部 障害福祉課)	
2 事業系ごみの出し方について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (2) (神戸市環境局事業系廃棄物対策部)	
3 適正な事業運営及び実地指導における指摘事例について・・・・・・・・ (4)	
4 障害者総合支援法における介護給付費等と介護保険との適用関係(神戸市取扱い基準) の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ (8) (神戸市保健福祉局 障害福祉部 障害者支援課)	
5 メールアドレスの登録について・・・・・・・・・・・・・・・・ (10) (神戸市保健福祉局 障害福祉部 障害者支援課)	
6 神戸市移動支援事業にかかる主な留意事項・・・・・・・・ (11) (神戸市保健福祉局 障害福祉部 障害者支援課)	
7 障害児支援について・・・・・・・・・・・・・・・・ (17) (神戸市保健福祉局 障害福祉部 障害者支援課)	

障害福祉サービス事業所等のバリアフリー実態調査について

1 趣旨

障害福祉サービス事業所等のバリアフリー化の現状を調査し、障害者が安心して希望する事業所を選択できるよう、事業所整備のあり方、支援策等の検討を行う。

2 調査の概要（予定）

（1）対象施設

障害者の自力通所等が基本となる障害福祉サービス事業所等

就労移行支援事業所、就労継続支援事業所（A型・B型）、

共同生活援助事業所（グループホーム）、地域活動支援センター

※平成 29 年度は、北区、須磨区、垂水区、西区の事業所について調査を行う。

（2）調査方法

訪問調査およびアンケート調査

（担 当）

障害福祉課事業推進係 布

電話：322-5228

~~ ご存じですか? ~~

介護保険事業所や**障害福祉サービス事業所**

から出る**ごみ**をクリーンステーションに出すと、
不法投棄になります。



[罰則:5年以下の懲役もしくは1,000万円以下の罰金(廃棄物処理法)]

市が収集するのは、一般の家庭生活から出るごみ(家庭ごみ)だけです

クリーンステーションには、家庭ごみしか出せません。会社、事務所(非営利事業含む)等から出るごみ(事業系ごみ)は、量の多少に関わらず事業者自らの責任において適正に処理していただく必要があります。

事務所兼住居等の場合でも、事務所から出るごみは、市では収集しません

事務所等が住居と同じ建物にある場合は、事務所等のごみ(事業系ごみ)と、住居での家庭生活から出るごみ(家庭ごみ)とを区分して適正に処理していただく必要があります。



POINT

事業系ごみ(一般廃棄物)の適正な処理方法

- (1) 神戸市事業系ごみ指定袋 を使って、
- (2) 分別して(可燃、資源、粗大(不燃))、
- (3) ① 許可業者に収集運搬を委託する、又は
② 自ら神戸市の処理施設へ持ち込み、処理しましょう。

詳しくは、こちらのHPから



神戸市 事業系ごみの出し方

検索

<http://www.city.kobe.lg.jp/business/regulation/environment/enterprise/jigyokeigomirule.html>



神戸市環境局事業系廃棄物対策部(排出指導担当)

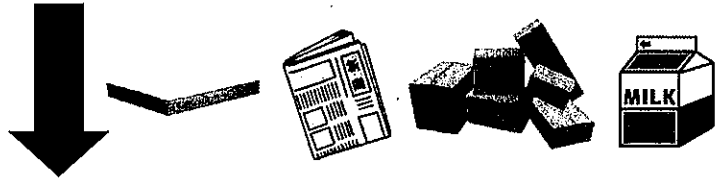
電話331-8181(内線3575)

紙ごみをリサイクルしましょう！

事業系可燃ごみには、リサイクルできる紙が16%（25年度調査）も含まれています。
※重量に換算すると、年間28,370トンになります。

<紙類>

OA紙・新聞・ダンボール・雑誌・伝票・
コピー紙・メモ用紙・包み紙など



紙類を可燃ごみと分別して排出することによって、有価で引き取ってもらえます。
※種類ごとに分別することで、その価値は上がります。

さらに、可燃ごみとして排出する量を削減することができるため、
指定袋の使用枚数の抑制効果も生じます。



OA用紙、商品を包装している紙やお菓子の箱なども積極的にリサイクルしましょう。

※紙ごみの回収品目や費用等は、現在契約している許可業者（神戸市環境共栄事業協同組合【共栄会】電話331-3470、兵庫県製紙原料直納協同組合（神戸古紙リサイクルの会）内電話265-6860）にご相談ください。

食べ残し・食品ロスを減らすには

■ まずは、「発生抑制(リデュース)」から

1. 発生量を把握するために、発生する廃棄物の 「分別」と「計量」

→ 発生抑制の意識を高め、発生量や不必要なごみの発生原因等の
課題がわかります。

2. 食材を使い切る工夫

→ 食材の無駄が出ないように仕入れる。
→ 余った食材をスタッフのまかない料理に利用する。

3. 食べ残しを出さない工夫

→ 小盛メニューやハーフサイズメニュー等を設定し、不必要な食べ残しを減らす。
→ 注文時に分量のリクエストを聞く。

事業系可燃ごみのなかにも、
食べ残しや手つかず食品
が4%（約8千トン）も
含まれているよ！



神戸市環境局事業系廃棄物対策部（資源化担当）
電話331-8181（内線3578）



適正な事業運営及び実地指導における指摘事例について

神戸市保健福祉局障害福祉部
障害者支援課指定指導係
TEL：078-322-5232
FAX：078-322-6045

1 説明趣旨

平成29年2月に、長田区及び須磨区で障害児通所支援事業所の運営法人代表者が、実際には長田区の事業所のみでしか利用者の支援を行っていなかったにもかかわらず、須磨区の事業所でも利用者の支援を行ったかのように装い、神戸市から不正に障害児通所給付費を得たとして詐欺容疑で逮捕された。

適正な障害福祉サービス事業の運営を行うよう、改めて障害福祉サービスにかかる適正な報酬請求とサービス提供の記録の作成等について周知し、指導するものである。

2 行政処分について

(1) 処分事由について

障害者総合支援法第50条、児童福祉法第21条の5の23等において、事業者指定の取消し、指定の全部若しくは一部の効力の停止について規定されている。

(例) 障害者総合支援法第50条に規定されている取消事由の主なもの

- 指定障害福祉サービス事業者が、当該指定に係るサービス事業所の従業員の知識若しくは技能又は人員について、第四十三条第一項の神戸市の条例で定める基準を満たすことができなくなったとき。
- 指定障害福祉サービス事業者が、第四十三条第二項の神戸市の条例で定める指定障害福祉サービスの事業の設備及び運営に関する基準に従って適正な指定障害福祉サービスの事業の運営をすることができなくなったとき。
- 介護給付費若しくは訓練等給付費又は療養介護医療費の請求に関し不正があったとき。
- 指定障害福祉サービス事業者が、第四十八条第一項の規定により報告又は帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。

(2) 返還額の4割加算

不正に受領していた報酬額に加え、当該報酬額に100分の40を乗じて得た加算額を加えた額の返還が必要。

(3) 告訴について

悪質な事案については、指定の取消し等の行政処分だけでなく、結果として刑法の詐欺罪としての刑事告訴の対象になる場合あり。

3 実地指導における指摘事項の事例について

基準に定める各種の記録は指定障害福祉サービスの報酬の対象となる適正なサービスを提供したことを挙証する書類である。

記録に何らかの記載漏れ等の不備があり、適正なサービス提供を行なったことが確認できない場合には、全額又は減算による報酬返還の対象となるほか、不正な事案と認められる場合には、指定取消し等行政処分の対象となる。

従って、適正なサービス提供を行なうとともに、記録の整備に努めること。

(1) 神戸市独自の基準に基づくもの

- ① 1年に1回以上、全ての従業者を対象として、人権擁護・虐待の防止に係る研修の実施が必要。また、事業所運営規程にもその旨を明記。

なお、当該研修実施時の出席者名、使用した資料等については、当該研修を実施したことを証明するものとして保存が必要。

- ② 重要事項説明書に、「サービスの提供を受けるにあたり利用申込者が事業者へ支払うべき費用の内容、算定根拠、支払い方法」の記載が必要。

(例) 利用者が支払うべき費用の算出根拠を具体的に(例：事業所が算定している給付費・加算等の種別・単位数、地域単価、支払日、支払先口座情報等)

(2) 利用契約書の作成及び締結

- × 利用契約書を作成、締結していない事例
- × 就労継続支援A型事業において雇用契約書しか作成・締結しておらず、利用契約書を作成していない事例

(3) 個別支援計画に沿った障害福祉サービスの提供

- × 個別支援計画が作成されていない事例
 - × アセスメントやモニタリングが行われていない事例
 - × 個別支援計画原案に係る検討会議が行われていない事例
 - × 利用者・家族等への説明と文書による同意が行われていない事例
 - × 利用者・家族等へ個別支援計画が交付されていない事例
 - × 個別支援計画等に作成日、同意日や交付日が記載されていない事例
 - × 定められた期間内に個別支援計画を見直すべきかどうかの検討が行われていない事例
- ・ 自立訓練（機能訓練・生活訓練）、就労移行支援：3か月ごと
 - ・ 共同生活援助、療養介護、生活介護、就労継続支援（A型、B型）、施設入所支援、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、保育所等訪問支援、障害児入所施設：6か月ごと

【注意事項】

◎個別支援計画未作成等減算になるのは、以下の場合である。

- ①サービス管理責任者による指揮の下、個別支援計画が作成されていない。
- ②個別支援計画の作成に係る一連の業務が適切に行われていない。

(4) サービス提供の記録の適正な作成

- × サービス提供実績記録票に支給決定障害者等の押印が無い事例
- × 支援日報が作成されていない事例
- × 就労継続支援において作業日報は作成されているが支援日報が作成されていない事例
- × 利用者が記載した記録を支援日報として扱っている事例
- × 事業所が支給決定障害者等の印鑑を預かりサービス提供実績記録票にまとめて押印している事例

【注意事項】

◎サービス提供記録は、事業所として任意に定める様式で作成するが、適正なサービスを提供したことが確認できるよう次の事項を記載すること。

- ・利用者名
- ・サービスの提供日
- ・実績時間数（利用者の出退時間も記録すること）
- ・支援を行った従業者名
- ・提供したサービスの具体的内容
- ・利用者の心身の状況
- ・報酬及び加算の算定要件である事項
- ・送迎の実施時刻及び運転手名、送迎先及び運行ルート
- ・その他利用者へ伝達すべき必要事項

(5) 従業者の配置

- × 法による指定を受けるため、勤務する予定がない者が勤務するかのよう記載した申請書類を行政庁に提出し、指定を受けた事例。
- × サービス管理責任者が1人しか配置されておらず、かつ当該サービス管理責任者が常勤職員としてではなく、ボランティアとして事業に関わっていた事例
- × 指定基準上、生活支援員等1人以上は常勤であることが要件であるにもかかわらず、常勤職員が1人も配置されていない事例

(6) 記録の整備

- × 従業者の雇用契約、タイムカードや出勤簿等帳票類、給与明細書等が整備されておらず、勤務実績が確認できない事例

【注意事項】

- ◎勤務実績が確認できない場合は常勤換算数等に反映させることが出来ないため、必ず雇用契約書及び勤務状況の確認できる帳票類を整備すること。
- ◎役員や管理者が生活支援員や職業指導員等を兼務する場合も同様である。

(7) 事故報告書の提出

- × 金銭紛失が発生し、事故報告書の作成を行なったが神戸市に報告をしていない事例

【注意事項】

- ◎障害福祉サービスの提供による利用者のケガや死亡事故等が発生した場合には、事故報告取扱要領（標準例）に基づき、神戸市保健福祉局障害者支援課に報告を行うこと。

- ◎事故報告書様式掲載 神戸市HPアドレス

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/community/handicap/kunituchi-yoshiki.html>

障害者総合支援法における介護給付費等と介護保険との適用関係 (神戸市取扱い基準) の概要

1. 趣旨

神戸市では、介護保険法に基づく要介護認定を受けた障害者（障害者総合支援法第 4 条第 1 項に規定する障害者をいう。以下、同じ）から、障害者総合支援法に基づく介護給付費等（居宅介護・重度訪問介護）の支給申請があった場合、「介護給付費等と介護保険との適用関係（神戸市取扱い基準）」（以下、「神戸市取り扱い基準」という。）に基づいて必要性を判断し、支給決定を行っています。

平成 20 年 2 月より、この「神戸市取り扱い基準」に基づいて運用を行ってきましたが、平成 29 年 2 月からは介護保険移行前に必要とされていた居宅介護等のサービスによる支援が介護保険利用開始前後で大きく低下しないよう基準の見直しを行っています。

2. 基準の概要

対象者	65 歳到達時点（介護保険の第 2 号被保険者の場合は特定疾病に基づき要介護状態になった時点）ですでに障害者である者
障害者総合支援法に基づく支給量（居宅介護・重度訪問介護）	障害者総合支援法に基づき必要と判断される居宅介護又は重度訪問介護の支給量から介護保険法に基づき給付を受けることができる訪問介護の支給量を差し引いた時間
要件	<ul style="list-style-type: none"> ・ 要介護認定（要支援認定）を受けた場合は介護保険法に基づく保険給付を区分支給限度基準額まで受けることが居宅サービス計画（ケアプラン）等により確認できること。 ・ 要介護認定（要支援認定）申請を行った結果、非該当の認定を受けたことが提出書類により確認できること。

※65 歳到達（介護保険の第 2 号被保険者の場合は特定疾病に基づき要介護状態になった時点）以降に障害者となった方は、下記の見直し前の神戸市基準の内容を適用します。

（見直し前の基準）

対象者	<ol style="list-style-type: none"> ① 要介護 4 以上で身体障害者手帳が上肢 2 級以上かつ下肢 2 級以上又は体幹障害 2 級以上で総合等級 1 級または脳原性による上肢機能 2 級以上かつ移動機能 2 級以上で総合等級 1 級 ② 要介護 3 以上で腎臓機能障害 1 級に加え、上肢 3 級以上かつ下肢または体幹障害 3 級以上で総合等級 1 級又は脳原性の上肢機能 3 級以上かつ移動機能 3 級以上で総合等級 1 級 ③ 要支援で知的・精神・視覚障害 ④ 非該当で知的・精神・視覚障害 ⑤ 介護保険移行時に支援区分 5 以上（最大 2 カ年）
-----	--

<p>障害者総合支援法に基づく支給量（居宅介護・重度訪問介護）</p>	<p>上記対象者①・⑤移行前利用実績から介護保険による利用時間を差し引いた時間 上記対象者② 通院介助 最大 20 時間／月 上記対象者③ 通院介助 最大 20 時間／月 上記対象者④ 居宅介護 最大 20 時間／月</p>
<p>要件</p>	<p>上記対象者①・②・⑤ 介護保険は支給限度基準額を上限まで利用し、50%は訪問介護を利用 上記対象者③ 介護保険で訪問介護を利用 （上記対象者④は非該当）</p>

障害福祉サービス関係事業者 様 へのお願い

このたび、神戸市保健福祉局障害者支援課では障害福祉サービスを提供する法人様に必要な行政情報の提供やイベントのご案内、厚生労働省等からの調査を効率的に行うため、法人様の代表アドレスの登録をお願いすることといたしました。


誠にお手数ではございますが、ご協力いただける法人様におかれましては、下記メールに必要な事項を記載のうえ送信くださるようお願い申し上げます。送信いただいたメールアドレスを本市で登録のうえ、以後、本市からの情報提供や調査等に活用させていただきますので、ご理解のうえご協力をお願い申し上げます。

なお、登録いただいたアドレスは当課のみで保有、関連業務以外に使用しないことをあらかじめ申し添えをさせていただきます。

メールの送信先（障害者支援課 代表メール）

syogaisyashien@office.city.kobe.lg.jp

(送信例)

 送信(S)	宛先...	<u>syogaisyashien@office.city.kobe.lg.jp</u>
	CC(C)...	
件名(U):		法人メールアドレスの登録

法人名	〇〇法人+
連絡先	000-0000+
+	
+	

神戸市移動支援事業にかかる主な留意事項

根拠法令

神戸市移動支援実施要綱

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/community/handicap/idoushienyokouH28.1.1.pdf>¹

神戸市移動支援事業運営要領

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/community/handicap/zaitakufukushi/zaitakushien/idouyouryou27.7.pdf>

1 移動支援事業の利用に関する事項

・支援の対象とならないもの (運営要領第 8 条)

第 8 条 次の各号のいずれかに該当する場合は、支援の対象とならないものとする。

- (1) 通勤・営業活動等経済活動に係る外出
- (2) ギャンブルや飲酒を主とする外出
- (3) 通年かつ長期にわたる外出
- (4) 宗教・政治的活動である勧誘・宣伝等、特定の利益を目的とする団体活動
- (5) 社会通念上本事業を利用することが適当でないと思われる外出

※通所・通学は(3)に該当するため支援の対象とはならない。

ただし、保護者の入院や出産等、一時的な理由による場合には、区役所窓口で個別に相談に応じ、期間を決めて支給対象としている。

※定期的な通院は居宅介護(通院等介助)の対象となるため支援の対象とはならない。

(運営要領第 10 条第 5 項)

2 移動支援事業の請求に関する事項

・移動支援費の請求手続きについて(実施要綱第 22 条)

第 22 条 神戸市は、認定移動支援事業者が利用契約を締結した支援決定障害者等（以下「移動支援利用者」という。）に対し、移動支援サービスを提供したときは、当該移動支援利用者が当該認定移動支援事業者に支払うべき当該移動支援サービスに要した費用について、移動支援費として、当該移動支援利用者に代わり、当該認定移動支援事業者を支払うことができる。

※サービス提供月の翌月 10 日までに請求書等を提出すること（必着）。

支払いについては、修正等がなければ、サービス提供月の翌々月の末日に振り込みを行う。

・請求書等の記入について

※別紙参照

※請求方法、様式等は神戸市ホームページに掲載している。

トップページ>総合メニュー>くらし・手続き>福祉・社会参画>障害者>地域生活
支援事業に関する請求手続きについて (事業者向け)

<http://www.city.kobe.lg.jp/life/community/handicap/chiikiseikatsushienjigyo-seikyu.html>

・請求書等の提出について

※提出は持参又は郵送で受け付ける。

I. 持参する場合の提出先

〒650-0031 神戸市中央区東町 113-1 大神ビル 7 階

II. 郵送で提出する場合の宛先

〒650-8570 神戸市中央区加納町 6 丁目 5 番 1 号

神戸市保健福祉局障害福祉部 障害者支援課

持参される場合と郵送される場合で住所が異なるので十分ご注意ください。

※書類を訂正する場合は、二重線を引きサービス提供責任者様の印もしくは利用者様の
印を押すこと。

※ホチキスは書類が破れる可能性があるため、使用しない。

※明細総括表に記載がある順番に書類を並べて提出すること。

例) 明細総括表に「A, B, C」の順に記載がある場合

- ①地域生活支援事業 補助金請求書
- ②地域生活支援事業 補助金 明細総括表
- ③Aの地域生活支援事業 補助金明細書
- ④B //
- ⑤C //
- ⑥Aの移動支援サービス提供実績記録票 (写し)
- ⑦B //
- ⑧C //

・上限管理について

移動支援事業については行わない。ただし、各々の事業者において移動支援の負担上
限月額まで利用者負担を徴収し、移動支援に係る利用者負担額の合計額が、基準額を超
えた分は償還払となる (基準額とは高額障害福祉サービス費等の基準額に準ずる。以下
同じ。)

※支給決定時間内でのサービス利用になるため、各事業所は自らの事業所が提供するサ
ービス時間を、他事業所が行うものも含めて、利用者や他事業所移動支援事業者記入簿(別
冊)等から把握しておくこと。

(様式第一)

ホチキス留めはしないでください。

地域生活支援事業 補助金請求書

(移動支援(個別支援型))

作成した日を記入してください。
※訂正したものを提出する場合は訂正した請求書を作成した日。

平成 28 年 5 月 8 日

(請求先)

請求される株式会社、法人等の電話番号を記入してください。

神戸市長 宛

神戸市の公金取扱指定金融機関が確認する際に必要となりますので毎回必ず記入してください。登録していなければ記入しないでください。

下記のとおり請求します。

認定事業所番号	2 8 6 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○
住所(所在地)	〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5-1
電話番号	078-○○○-○○○
名称	株式会社 神戸居宅サ
職・氏名	代表取締役社長 神戸太郎 (印)

代表者印又は、代表者の方の印を押してください。

サービス提供年月

平成	2	8	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

神戸市登録債権者番号	
口座振替金融機関名等	神戸 銀行・金庫 三宮 支店
預金種目	①普通 ②当座
口座番号	1 2 3 4 5 6 7
口座名義(カナ)	カブ'コウヘ'キョタクサービス'ト'ホウトリシマリヤクシヤチョウ コウヘ'タロウ

請求金額	金額の頭に「¥」マークを記入してください。	百万	千	円
	¥	6	8	5
				7
				6

どちらかを○で囲ってください。記入漏れ注意。

区分	件数	単位数	費用合計	市町村請求額	利用者負担額
移動支援費	3	7,048	74,708	68,576	6,132
地域生活支援事業費					
合計	3	7,048	74,708	68,576	6,132

明細書の件数(利用者数)

計算し、間違いないように記入してください。

「請求金額」欄と同額になります。

簡単な記載ミスや転記ミスが目立ちます。提出する際に、内容や数値を見直してください。

記入漏れに注意してください。明細総括表の内容と一致しているか確認してください。

サービス提供事業所の電話番号・FAX番号を記入してください。※請求書等作成担当者と連絡がとれるもの。携帯番号可。

地域生活支援事業 補助金 明細総括表
(移動支援(個別支援型))

平成	27	年	04	月分
事業所番号	286.....			
電話番号	078-0000-0000			
FAX番号	078-0000-0000			

事業者及びその事業所の名称	株式会社 神戸居宅サービス
請求事務担当者氏名	福祉 太郎

1・支給決定障害者(保護者)ごとの明細

(明細書の件数 : 3件)

支給決定障害者(保護者)氏名 (利用者証番号)	地域生活支援事業補助金明細書の内容			神戸市記入欄
	当月費用の額合計	当月利用者負担額等合計	当月請求額	
中央 一郎 (1234567890)	38,637	3,864	34,773	
須磨 二郎 (9876543210)	13,398		13,398	
垂水 三郎 (5432109876)	22,673	2,268	20,405	
()				
()				
()				
()				
()				
このページの合計	74,708	6,132	68,576	
当月請求に係る累計	① 74,708	② 6,132	①-② 68,576	

※注意。
利用者証を確認してください。利用者証番号が変わっている等の可能性があります。

※注意。
明細書の数値と異なることがあります。

記入漏れが無いようにしてください。

記入漏れが無いようにしてください。※最終ページに記入してください。

最終ページには、当該請求に係る累計額を記入してください。

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

利用者証番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)	中央 一郎	事業所番号	2 8 6
契約支給量	身体介護を伴う 32	※間違いに注意。		事業者及びその事業所	株式会社 神戸居宅サービス

日付	曜日	サービス内容	居宅介護計画			サービス提供時間		算定時間数		派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数 時間	開始時間	終了時間	時間					
4	土	身介有	14:00	17:00	3	14:00	17:00	3		1	印	印	
11	土	① 身介有	9:00	11:00	2	9:00	11:00	2		1	印	印	
11	土	② 身介有	14:00	15:00	1	14:00	15:00	1		1	印	印	
18	土	身介有	14:00	17:00	3	14:00	17:00	3		1	印	印	
24	金	身介有	14:00	17:00	3	14:00	17:00	3		1	印	印	
25	土	身介有	14:00	17:00	3	14:00	17:00	3		1	印	印	

「身介有」もしくは「身介無」を記載してください。また、減算対象となる従業者によりサービス提供した場合は、当該従業者の資格(3級)を併記してください。

※記入漏れに注意。

※記入漏れに注意。

提出は写し(コピー)です。また、サービス提供者印、利用者確認印が写しでは確認できない場合が多いため、提出する前に確認できるかチェックしてください。

訂正する場合：
二重線を引き、訂正印(サービス管理責任者印又は利用者印)を押してください。

※記入漏れに注意。

合計	身体介護を伴う	身体介護を伴わない	計画 時間数計	内訳(適用単価別)				算定 時間数計
				100%	90%	70%		
			15	15				15

使用しない欄は斜線を引いています。

障害児支援について

1. 障害児通所給付費等請求事務における留意事項について

◆給付費の支払いスケジュールについて

神戸市では、兵庫県国保連合会経由でなく、各事業所より請求書関連書類を直接本市に提出いただき、必要な給付費を審査のうえお支払いしています。これまで月遅れ請求等の場合では報酬の支払い日にばらつきがありましたが、平成 29 年 4 月より、下記の支払いスケジュールとさせていただきます。

請求書の提出期限	サービス提供月の翌月 10 日まで (補正分を含む書類等審査は、請求書提出月の月末までを基本とします)
給付費の支払い	請求書提出月の翌月の中旬頃 (月遅れ請求分等を含む)

◆支援・サービスの提供実績記録票について

請求書に添付する「実績記録票」には利用者（保護者）の確認印は必須です。サービス提供の都度、必ず利用者（保護者）より確認印をもらってください。平成 29 年 4 月分の請求分より、確認印のない実績記録票が含まれる場合は、支払いが翌月以降に遅れる場合もありますのでご注意ください。

◆請求書作成時の留意点について

添付の記載例を参考に、必要事項の記載ミスや記載漏れなどないようにお願いします。

2. 過誤請求について

請求処理完了後に請求内容の修正が必要な場合、「過誤調整による請求（過誤請求）」手続きを経て、既請求分の修正をお願いしています。神戸市では直接給付費の支払い処理を実施しているため、請求に際しては必ず下記の書類を整えていただく必要があります。

提出書類の例も添付していますので、参考にしてください。

◆過誤請求時の提出書類

- 障害児通所給付・入所給付費等請求書（過誤請求用）
- 障害児通所給付費・入所給付費等明細総括表（正・誤）
- 請求内容に変更のあった児童の障害児通所給付費・入所給付費等明細表（正・誤）
- 該当児童の実績記録票（正・誤）、利用者負担上限額管理結果票（正・誤）など

ホチキス留は
しないでください

障害児通所給付費・入所給付費等請求書

作成日を記入し
てください。

平成 年 月 日

(請求先)

神戸市長 あて

請求事業者	指定事業者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	住所 (所在地)	〒 650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1
	電話番号	078-999-9999
	法人名称	社会福祉法人こうべ学園
	事業所名称	児童発達支援こうべ
	職・氏名	理事長 加納 太郎 (印)

下記のとおり請求します

サービス提供年月

平成 2 8 年 4 月分

②+③+⑤の合計金額を記入

代表者印又は代表者の方の
印を必ず押してください

請求金額	百万	2	3	2	千	9	1	4	円
------	----	---	---	---	---	---	---	---	---

区	金額の先頭に¥マークを記入	単位数	①費用合計	②給付費 請求額	③特別対策費 請求額	④利用者 負担額	⑤自治体 助成額
通所 障害 給付 費	児童発達支援	1	22,190	235,214	230,614	0	2,300
				②+③+④+⑤の合計金額を記入	利用者が実際に負担する金額を記入		
小 計		1	22,190	235,214	230,614	0	2,300
入所 障害 給付 費	明細総括表と一致しているか確認してください。						
簡単な記載ミス・転記ミスが目立ちますので提出前に見直しをお願いいたします							
小 計							
特定入所障害児 食費等給付費							
合 計		1	22,190	235,214	230,614	0	2,300

預金種目に○を付ける

口座 振替 依頼欄	銀行 支店名	こうべ 神戸中央 支店	口座名義(カタカナ) 30字以内
	預金 種目	1 普通 2 当座	シャカイフクシホウシ、ンコウヘ ウカノウシ、ロ
登録債権者番号	0 7 8 9 9 9 9 9 9 0	口座 番号	0 2 2

債権者未登録の場合:口座振替依頼欄を記入
債権者登録済みの場合:登録債権者番号を記入

障害児通所給付費・入所給付費等 明細総括表

平成	28	年	4	月分	請求書等作成担当者の連絡先
指定事業所番号	9999999999				
電話番号	078-999-9999				
FAX番号	078-999-8888				

事業所の名称	社会福祉法人こうべ園 児童発達支援こうべ
請求事務担当者氏名	中央 みどり

1・支給
氏名と受給者証番号が一致すること
※受給者番号が変わっているときは注意

(明細書の件数 : 1 件)

支給決定保護者等(児. 名)	障害児通所給付費・入所給付費等明細書の内容					⑥特定入所 障害児食費等 給付費請求額	
	(受給者証番号)	①費用合計	②給付費請求額	③特別対策費 請求額	④利用者負担額		⑤自治体助成額
福祉 太郎 (福祉 花子) (1234567890)		235,214	230,614	0	2,300	2,300	0
()							
()							
()							
()							
()							
()							
()							
()							
このページの合計		235,214	230,614	0	2,300	2,300	0
当月請求に係る累計	①	235,214	230,614	③	④	⑤	⑥

明細書「請求額集計欄」の
「総費用額合計欄」の金額を転記する。
①=②+③+④+⑤となる。

明細書「請求額集計欄」の
「給付費合計欄」の金額を転記する。

明細書「請求額集計欄」の
「決定利用者負担額合計欄」の
金額を転記する。

明細書と金額が一致しているか確認ください

②+③+⑤+⑥=神戸市請求額となるか確認してください
最終ページには、当該請求に係る累計額を記入してください

②+③+⑤+⑥= 232,914
※⑦は③・⑤・⑥が算定される場合に記載

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

受給者証番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	給付決定保護者等氏名	神戸 太郎	指定事業所番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	児童氏名	神戸 花子		事業者及びその事業所
契約支給量	児童発達支	20日/月		

受給者証番号、事業所番号は正確に

訂正印の押し忘れがないか

押印が確認できるように濃いめにコピーを取る

日付	曜日	サービス提供実績							保護者等確認印	備考			
		サービス提供の状況	開始時間	終了時間	送迎加算		家庭連携加算	訪問支援特別加算			食事提供加算		
					往	復	時間数	時間数					
2	月		9:00	13:00	1				1				
3	火		9:00	13:30		1			1	医療連携体制加算(I)			
4	水		9:15	13:30	1	1							
5	木		9:30	13:30	1	1							
10	火	欠席											
11	水	欠席								急病のため欠席			
12	木									利用予定だったが欠席			
13	金									利用予定だったが欠席			
16	月									利用予定だったが欠席			
17	火		10:00	11:00				1					
18	水		9:30	13:30		1							
19	木		10:00	12:00				2					
20	金												
合計					7	回	1	回	1	回	2	回	

欠席時対応加算を算定する場合、「欠席」と記載する。
※月に4回を限度とする。

片道単位で回数を記載する。

訪問支援特別加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等を行う場合、その時間を記載する。
※月2回を限度とする。
※報酬上算定できる回数に関わらず、要件を満たす場合は記載すること。

家庭連携加算の算定要件を満たす訪問による相談援助等を行う場合、その時間を記載する。
※月4回を限度とする。
※報酬上算定できる回数に関わらず、要件を満たす場合は記載すること。

算定日数のうち、加算対象となる利用者に対して食事を提供した場合に記載する。

欠席理由の記入漏れに注意

例

障害児通所給付費・入所給付費等請求書(過誤請求)

平成 28 年 12 月 20 日

(請 求 先)

神戸市長 あて

請求事業者	指定事業者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	住所 (所在地)	〒 650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1
	電話番号	078-999-9999
	法人名称	社会福祉法人こうべ学園
	事業所名称	児童発達支援こうべ
	職・氏名	理事長 加納 太郎 印

下記のとおり請求します。

平成	2	8	年	4	月分
----	---	---	---	---	----

請求金額			百万	¥	-	千	5	7	9	円
------	--	--	----	---	---	---	---	---	---	---

区 分		件数	単位数	①費用合計	②給付費 請求額	③特別対策費 請求額	④利用者 負担額	⑤自治体 助成額
通 所 障 害 児 給 付 費	放課後等デイサービス(正)	2	15,778	169,139	160,683	0	0	8,456
	放課後等デイサービス(誤)	2	15,832	169,718	161,234	0	0	8,484
小 計		1	-54	-579	-551	0	0	-28
入 所 障 害 児 給 付 費								
小 計								
特定入所障害児 食費等給付費								
合 計		1	-54	-579	-551	0	0	-28

口座 振替 依頼欄	銀行 支店名	こうべ 銀行 金庫	神戸中央				支店				口座名義(カタカナ) 30字以内														
	預金 種目	1 普通 2 当座	口座 番号	0	2	2	3	3	4	4	シ	ヤ	カ	イ	フ	ク	シ	ホ	ウ	シ	ン	コ	ウ	ヘ	
登録債権者番号	0	7	8	9	9	9	9	9	9	9	0	シ	ヤ	カ	イ	フ	ク	シ	ホ	ウ	シ	ン	コ	ウ	ヘ

例

障害児通所給付費・入所給付費等 明細総括表



平成	28	年	4	月分
指定事業所 番号	9999999999			
電話番号	078-999-9999			
FAX番号	078-999-8888			

事業所の名称	社会福祉法人こうべ園 児童発達支援こうべ
請求事務担当者氏名	中央 みどり

1・支給決定保護者等(児童)ごとの明細

(明細書の件数 : 件)

支給決定保護者等(児童)氏名 (受給者証番号)	障害児通所給付費・入所給付費等明細書の内容					⑥特定入所 障害児食費等 給付費請求額
	①費用合計	②給付費請求額	③特別対策費 請求額	④利用者負担額	⑤自治体助成額	
福祉 太郎 (福祉 花子) (1284567890)	84,280	80,066	0	0	4,214	0
福祉 太郎 (福祉 次郎) (1384567890)	84,859	80,617	0	0	4,242	0
()						
()						
()						
()						
()						
()						
()						
このページの合計	169,139	160,683	0	0	8,456	0
当月請求に係る累計	① 169,139	② 160,683	③ 0	④ 0	⑤ 8,456	⑥ 0

②+③+⑤+⑥=神戸市請求額となるか確認してください
最終ページには、当該請求に係る累計額を記入してください

⑦
②+③+⑤+⑥= 169,139
※⑦は③・⑤・⑥が算定される場合に記載

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

例

障害児通所給付費・入所給付費等明細書



都道府県番号	281006
助成自治体番号	281006

平成	28	年	4	月
----	----	---	---	---

受給者証番号	1234567890
給付決定保護者等氏名	福祉 太郎
支給決定に係る児童氏名	福祉 花子
多子減免適用	第2子 1 第3子

指定事業所番号	9999999999
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	社会福祉法人こうべ園 神戸みなと学園
	地域区分

利用者負担上限月額 ①	4,600	利用者負担上限月額(神戸市/給付費部分)⑤	0
-------------	-------	-----------------------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号	管理結果	管理結果額
	事業所名称		

サービス種別	63	開始年月日	平成 28 年 4 月 1 日	終了年月日	平成 年 月 日	利用日数	入院日数
		開始年月日	平成 年 月 日	終了年月日	平成 年 月 日	利用日数	入院日数

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要
放デイ1	631111	473	8	3,784	
放デイ4	631211	611	2	1,222	
放デイ送迎加算 I	636240	54	19	1,026	
放デイ指導員加配加算2	636260	183	8	1,464	
放デイ指導員加配加算8	636263	183	2	366	
				0	
				0	
				0	
				0	
				0	
				0	
				0	

サービス種類コード	63	合計
サービス利用日数	10 日	日
給付単位数	7,862	7,862
単位数単価	10.72 円/単位	円/単位
総費用額	84,280	84,280
1割相当額 (多子減免適用の場合5%又は0)	4,214	
利用者負担額②	4,214	
上限月額調整(①②の内少ない数)③	4,214	4,214
調整後利用者負担額④		0
上限額管理後利用者負担額		0
決定利用者負担額	0	0
請求額 給付費	80,066	80,066
自治体助成分請求額	4,214	4,214

特定入所障害児食費等給付費	算定日額	日数	都道府県等請求額	実費算定額
			0	

1 枚中	1 枚目
------	------

例

障害児通所給付費・入所給付費等 明細総括表



平成	28	年	4	月分
指定事業所 番号	9999999999			
電話番号	078-999-9999			
FAX番号	078-999-8888			

事業所の名称	社会福祉法人こうべ園 児童発達支援こうべ
請求事務担当者氏名	中央 みどり

1・支給決定保護者等(児童)ごとの明細

(明細書の件数 : 件)

支給決定保護者等(児童)氏名 (受給者証番号)	障害児通所給付費・入所給付費等明細書の内容					⑥特定入所 障害児食費等 給付費請求額
	①費用合計	②給付費請求額	③特別対策費 請求額	④利用者負担額	⑤自治体助成額	
福祉 太郎 (福祉 花子) (1284567890)	84,859	80,617	0	0	4,242	0
福祉 太郎 (福祉 次郎) (1384567890)	84,859	80,617	0	0	4,242	0
()						
()						
()						
()						
()						
()						
()						
()						
このページの合計	169,718	161,234	0	0	8,484	0
当月請求に係る累計	① 169,718	② 161,234	③ 0	④ 0	⑤ 8,484	⑥ 0

⑦
169,718

②+③+⑤+⑥=神戸市請求額となるか確認してください
最終ページには、当該請求に係る累計額を記入してください

②+③+⑤+⑥= 169,718
※⑦は③・⑤・⑥が算定される場合に記載

1	枚中	1	枚目
---	----	---	----

例

障害児通所給付費・入所給付費等明細書



都道府県番号	281006
助成自治体番号	281006

平成	28	年	4	月
----	----	---	---	---

受給者証番号	1234567890
給付決定保護者等氏名	福祉 太郎
支給決定に係る児童氏名	福祉 花子
多子減免適用	第2子 1 第3子

指定事業所番号	9999999999
請求事業者 事業者及びその事業所の名称	社会福祉法人こうべ園 神戸みなと学園
	地域区分

利用者負担上限月額 ①	4,600	利用者負担上限月額(神戸市/給付費部分)⑤	0
-------------	-------	-----------------------	---

利用者負担上限額 管理事業所	指定事業所番号	管理結果	管理結果額
	事業所名称		

サービス種別	63	開始年月日	平成 28 年 4 月 1 日	終了年月日	平成 年 月 日	利用日数	入院日数
		開始年月日	平成 年 月 日	終了年月日	平成 年 月 日	利用日数	入院日数

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要
放デイ1	631111	473	8	3,784	
放デイ4	631211	611	2	1,222	
放デイ送迎加算I	636240	54	20	1,080	
放デイ指導員加配加算2	636260	183	8	1,464	
放デイ指導員加配加算8	636263	183	2	366	
				0	
				0	
				0	
				0	
				0	
				0	

サービス種類コード	63	合計
サービス利用日数	10 日	
給付単位数	7,916	7,916
単位数単価	10.72 円/単位	
総費用額	84,859	84,859
1割相当額 (多子減免適用の場合5%又は0)	4,242	
利用者負担額②	4,242	
上限月額調整(①②の内少ない数)③	4,242	4,242
調整後利用者負担額④		0
上限額管理後利用者負担額		0
決定利用者負担額	0	0
請求額 給付費	80,617	80,617
自治体助成分請求額	4,242	4,242

特定入所障害児食費等給付費	算定日額	日数	都道府県等請求額	実費算定額
			0	

1 枚中	1 枚目
------	------