

加算を算定するにあたって

○必須書類

- ・[計画相談支援給付費等算定に係る体制等に関する届出書](#)
- ・[計画相談支援給付費等算定に係る体制等状況一覧表](#)
- ・[従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表](#)

○算定する加算によって必要な書類

以下の加算等を算定する場合、それぞれに記載のある様式の添付が必要となります。

ピアサポート体制加算に関する届出書

[体制様式-3](#)

○廃止した書類

- 特定事業所加算に係る届出書(相談支援事業所)
- 体制加算に係る届出書(相談支援事業所)

計画相談支援費等算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

(宛先)

朝霞市長

届出者所在地
法人名
代表者名

印

このことについて、関係書類を添えて以下のとおり届け出ます。

特定相談																			
障害児相談																			

届出者	フリガナ													
	名称													
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 -) 埼玉県 郡市												
	連絡先	電話番号					FAX番号							
	代表者の職・氏名	職名					氏名							
	代表者の住所	(郵便番号 -) 埼玉県 郡市												
事業所の状況	フリガナ													
	名称													
	主たる事業所の所在地	(郵便番号 -) 埼玉県 郡市												
	連絡先	電話番号					FAX番号							
	電子メールアドレス													
	管理者の氏名	職名					氏名							
管理者の住所	(郵便番号 -) 埼玉県 郡市													
届出を行う事業所の種類	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定年月日	異動等の区分				異動年月日	異動項目 (※変更の場合)					
	特定相談支援			1 新規 2 変更 3 終了										
	障害児相談支援			1 新規 2 変更 3 終了										
特記事項	変更前						変更後							
関係書類		別紙のとおり												

注1 「実施事業」欄は、該当する欄に「○」を記入してください。

注2 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所について該当する数字に「○」を記入してください。

注3 「異動項目」欄は、(別紙1)「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。

注4 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

届出事務担当者

計画相談支援給付費等算定に係る体制等状況一覧表

提供サービス		その他該当する体制等		適用開始日
		地域区分		
各サービス共通		地域区分	朝霞市	
			5級地	
相談支援	計画相談支援	相談支援機能強化型体制	1. なし 2. II 4. I 5. III 6. IV	
		行動障害支援体制	1. なし 2. あり	
		要医療児者支援体制	1. なし 2. あり	
		精神障害者支援体制	1. なし 2. あり	
		主任相談支援専門員配置加算	1. なし 2. あり	
		ピアサポート体制	1. なし 2. あり	
		地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	
障害児相談支援		地域区分	朝霞市	
			4級地	
		相談支援機能強化型体制	1. なし 2. II 4. I 5. III 6. IV	
		行動障害支援体制	1. なし 2. あり	
		要医療児者支援体制	1. なし 2. あり	
		精神障害者支援体制	1. なし 2. あり	
		主任相談支援専門員配置加算	1. なし 2. あり	
		ピアサポート体制	1. なし 2. あり	
		地域生活支援拠点等	1. 非該当 2. 該当	

(体制様式3)

ピアサポート体制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			
<障害者又は障害者であった者>					
2 障害者ピアサポート研修(これに準ずる研修を含む)を修了した職員	職種	氏名	研修の実施主体及び委託先等の名	修了した研修の名称	
			常勤	非常勤	合計
	実人員	人	人	人	(0.5以上であること)
	常勤換算方法による員数	人	人	人	
	<その他の職員>				
	職種	氏名	研修の実施主体及び委託先等の名	修了した研修の名称	
		常勤	非常勤	合計	
実人員	人	人	人	(0.5以上であること)	
常勤換算方法による員数	人	人	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 研修を修了した職員は、<障害者又は障害者であった者>及び<その他の職員>それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。ただし、令和6年3月31日までは<その他の職員>が配置されていなくても算定可能。

3 <障害者又は障害者であった者>の職種は、サービス管理責任者、地域生活支援員、地域移行支援従事者、地域定着支援従事者、相談支援専門員、計画相談支援に従事する者、障害児相談支援に従事する者<その他の職員>の職種は、管理者、サービス管理責任者、地域生活支援員、地域移行支援従事者、地域定着支援従事者、相談支援専門員、計画相談支援に従事する者、障害児相談支援に従事する者が対象。

4 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

5 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。