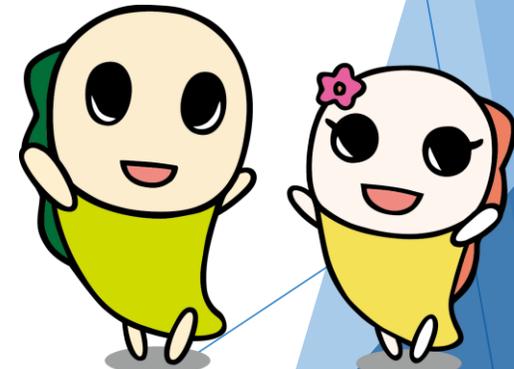


グループホーム都加算の請求事務の手引き

1. 都加算制度について
2. 都加算補助要件
3. 請求の流れ
4. 請求提出書類
5. 口座振替依頼書／委任状
6. 施設借上費請求に係る確認票 ※施設借上費対象者のみ
7. 都加算請求書類の作成にあたっての注意事項
8. 請求時の注意
9. その他



障害者施策課認定・給付係
令和6年3月

1. 都加算制度について

■ 概要

共同生活援助を利用した場合、介護給付費・訓練等給付費に上乗せして支払う加算です。

■ 対象

- (1) 対象施設：東京都または八王子市からグループホームの指定を受けた事業所
- (2) 対象者：杉並区が共同生活援助の支給決定をした利用者

■ その他

- (1) 共同生活援助の都加算補助要件（※3～4ページ参照）を満たしている場合に請求できます。要件を満たさない場合、都加算の請求はできません。
- (2) 東京都福祉局【東京都障害者サービス情報】より制度の詳細をご確認ください。

東京都障害者サービス情報

→「書式ライブラリー」

→「A【共同生活援助（グループホーム）】指定申請書・変更届等」

2. 都加算補助要件

■ 要件①：福祉サービス第三者評価の受審（3年に1回）

- ・ 新規開設事業所は、当初指定年月日を起算日として、3年間は都加算の補助要件を満たしているものとみなします。
- ・ すでに第三者評価を受審したことがある事業所は、「福祉サービス第三者評価結果報告書」の右上の日付（=受審完了日）の翌月1日を起算日として、3年間都加算の補助要件を満たしているものとします。
- ・ 受審を完了せずに3年を経過した場合、起算日から3年を過ぎた月以降、次に受審が完了した月までのサービス提供分について都加算の請求はできません。
- ・ 受審の福祉サービス種別は、「共同生活援助」です。

福祉サービス第三者評価結果報告書 平成31年度(2019年度)
年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構

機構

担当分野	修了者番号

『都加算請求書（別紙）』にある「福祉サービス第三者評価受審完了年月日」は、第三者評価結果報告書の右上の日付を記入してください。

※新規開設事業者で、みなし期間中の場合は「当初指定年月日」を記入してください。

都加算請求書（別紙）
（共同生活援助）

法人名称	NPOすぎなみ										
指定事業所番号	1	3	2	1	5	X	X	X	X	X	X
事業所名称	荻窪の家										
事業所定員(前年度4月1日時点)	8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 年 月 日

※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。

2. 都加算補助要件

■ 要件②：外部研修等の受講

- ・前年度4月1日時点の事業所の定員数を30で除した数（小数点以下切上げ）以上の世話人又は生活支援員が外部研修等を受講してください（ユニットごとに一人以上が、年に1回以上外部研修等を受講できるよう努めてください）。
- ・「外部研修等」とは、運営法人以外の者が当該グループホームの事業所外または事業所内で実施する研修で、主として障害理解に関する内容の研修です。
- ・障害理解を含まない研修、組織運営や制度に関する研修、加算の要件として受講する研修は対象外です。

【対象研修の例】

GH従事者基礎研修（都の委託事業）

【対象外研修の例】

GH管理者研修・サビ管研修・防火管理者研修・料理教室・感染症対策研修・虐待防止研修・
権利擁護研修・組織運営や制度に関する研修（法人理念研修・組織マネジメント研修・介護保険法勉強会）

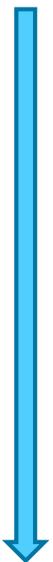
- ・要件を満たさない場合、その翌年度1年間のサービス提供分について、都加算の請求はできません。
- ・当初指定年月日を含む年度及びその翌年度は、補助要件を満たしているものとみなします。
- ・「都加算請求書（別紙）」に研修受講者氏名など必要事項を記入し、受講を確認できる資料（修了証・研修資料・報告書）の写しを添付してください。研修受講決定通知は受講報告とはなりません。
なお、資料や研修報告書はA4両面刷りとし、極力紙量を抑えるようにご協力ください。

3. 請求の流れ

サービス
提供月



翌月



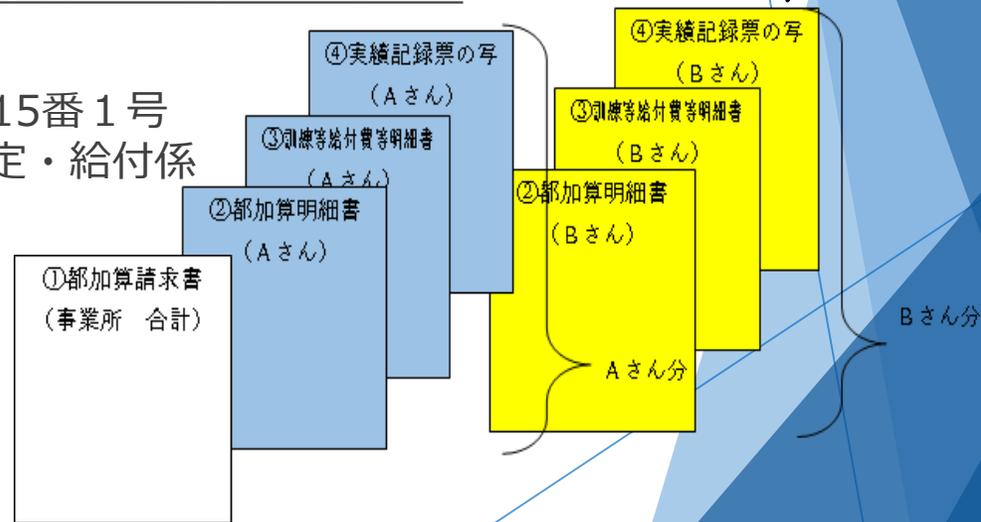
翌々月

- **提出期限**
サービス提供した月の翌月**15日必着**（祝日・休日の場合は、翌開庁日）
- **提出方法**
郵送もしくは、直接窓口（杉並区役所東棟 1 階11番窓口）に提出してください。
郵送の場合には、郵便事情を考慮して提出方法をご検討ください。
また、**提出期限に間に合わない場合は、必ず事前にご連絡ください。**

- **提出先**
〒166-8570 東京都杉並区阿佐谷南 1 丁目15番 1 号
杉並区役所 障害者施策課 認定・給付係
共同生活援助都加算請求担当

- **支払い予定日**
請求書類提出月の翌月25日ごろ振込み
- **注意**
国報酬の支払が確定した請求内容について、都加算をお支払いいたします。

複数人いる場合は、
利用者ごとに②～④をセットし、
受給者番号の低い順に並べてください。



4. 請求提出書類

	提出書類	
初回	通過型グループホーム指定通知書の写し	通過型GHのみ
	施設借上費請求に係る確認票（確認票・利用契約書・賃貸借契約書の写し）	施設借上費対象者のみ
年度当初	支払金口座振替依頼書 委任状※	原則、都加算の請求者は「事業者（法人）」。 ※法人代表者以外による請求、法人口座以外への入金 は委任状が必要。
	都加算請求書（別紙）	
	福祉サービス第三者評価結果報告書（指定通知書※）の写し	※新規開設事業所でみなし期間中の場合
	外部研修等の受講を確認できる書類（修了証・研修資料・報告書等）	
	都加算請求書【要請求者印】	
毎月15日必着	都加算明細書	
	訓練等給付費等明細書	国保連ヘデータで送信したものの写し
	共同生活援助サービス提供実績記録票の写し【要利用者の内容確認】	提出は写し（白黒コピー）
	利用者負担上限額管理結果票	上限額管理対象者のみ
	①福祉サービス第三者評価が受審完了した時 ・都加算請求書（別紙） ・福祉サービス第三者評価結果報告書の写し	
②入金口座を変更したい時／法人代表者が変更になった時 ・支払金口座振替依頼書		
③施設借上費の額が変更になった時 ・施設借上費請求に係る確認票（確認票・利用契約書・賃貸借契約書の写し）		

5.口座振替依頼書／委任状

- ・都加算の請求者は、事業者（法人）です。
- ・法人代表者以外の方が請求・受領される場合は「委任状」をご提出ください。
- ※請求者が施設長等の場合
- ※口座名義が事業者（法人）口座ではなく事業所口座である場合 など

・預金種別を選択してください。

・口座名義は金融機関にお届けされた通り（法人名+代表者名）に記入してください。

※口座名義が法人名のみの場合、付箋紙等にその旨を記載し一緒に提出してください。

※法人代表者以外の方が受領される場合は「委任状」をご提出ください。

都加算請求者は事業者（法人）の代表者です。

よって、本依頼書の提出者は、東京都より指定を受けた法人の代表者となり、住所は法人本部の所在地です。

事業所番号

事業所所在地 都道府県 区市町(級地)

支払金口座振替依頼書

振込先金融機関

銀行 信用金庫 信用組合 農協

金融機関コード

預金種別 普通 当座 貯蓄

振込口座

口座番号

フリガナ

口座名義

杉並区から私に支給される「障害者福祉サービス費等」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。

年月日

杉並区長 殿

住所(法人所在地)

事業者(法人)名

事業所名

事業者(法人)職・代表者名

印

御注意

1. 預金種別は、該当のものをひいてください。
2. 口座番号・口座名義及び印は、事業者の口座番号、口座名義及び印を記載押印してください。
3. 事業者と請求者が異なる場合には、委任状が必要です。
4. 金融機関コードは、記入不要です。
5. 本書の記載事項に変更を生じた場合には、支払金口座振替変更届により届け出てください。

①事業者代表者様が請求・受領する場合

②事業者代表者以外の方が請求・受領する場合

委任権限を選択

年月日

杉並区長 殿

委任者

住所(法人所在地)

事業者(法人)名

事業所名

事業者(法人)職・代表者名

印

委任権限

印

受任者 (受任者の印は、請求書に使用する印を押し印してください)

住所

フリガナ

印

委任する権限を選択し、

1. 受領の権限のみを委任：①（押印は不要）
2. 請求の権限のみを委任：①（押印は必要）
3. 請求及び受領の権限を委任：①（押印は必要）

杉並区HP（トップページ）

- 障害者生活支援サイトの一まらいふ杉並
- 事業者の方へ（請求事務等）
- 都加算の口座振替にあたって必要となる届け出

都加算請求書 (共同生活援助)

令和 年 月 日

(請求先)

杉並区長 殿

請求者

法人住所(所在地) 〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-1-1

請求事業者

法人名称 社会福祉法人 すぎなみ

代表者職・氏名 理事長 ○○ ○○ 印

下記のとおりに請求します。

②-1 受領の権限のみ委任

②-2 請求の権限のみ委任

②-3 請求及び受領の権限を委任

都加算請求書 (共同生活援助)

令和 年 月 日

(請求先)

杉並区長 殿

請求者

法人住所(所在地) 〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-1-1

請求事業者

法人名称 社会福祉法人 すぎなみ

代表者職・氏名 理事長 ○○ ○○ 印

下記のとおりに請求します。

6. 施設借上費請求に係る確認票 (※施設借上費対象者のみ)

提出書類

- ① 都加算 (共同生活援助) 【施設借上費】 請求に係る確認票
- ② 利用者との契約書の写し (家賃額の記載のあるもの) . . . A 4 両面印刷
- ③ 物件貸主等との賃貸借契約書の写し (自社物件の場合は不要) . . . A 4 両面印刷

※ 「都加算 (共同生活援助) 【施設借上費】 請求に係る確認票」 の記載内容に変更があった場合には、その都度ご提出ください。

2024年1月6日	
都加算 (共同生活援助) 【施設借上費】 請求に係る確認票	
受給者証番号 0000012345	事業所番号 1321500987
利用者氏名 ホウナン 方南 花子	事業者名 (法人名) 社会福祉法人 ずびなみ 事業所名 グループホームおさくぼ
入居グループホーム ユニット名および住所 186-0000 東京都杉並区阿佐谷南1-15-1 101号	(ユニット名) 井草ユニット (住所「※詳細欄までご記入ください」) 186-0000 東京都杉並区阿佐谷南1-15-1 101号
入居日 令和5年9月1日	(採算入居の場合はこちらに入居期間をご記入ください) 年 月 日 ~ 年 月 日
家賃 58,330 円	(月額) ※交流室等の家賃を算入して家賃とする場合は、内訳をご記入ください。 賃借料50,000円 + 交流室(50,000円÷8人)6,250円 + 更新料2,080円 =58,330円 (※月途中の入居(退居)の場合は、本欄に日前家賃額をご記入ください。) 円
更新料 2,080円 (50,000円/2年) ※家賃に含む	
礼金 0円	
更新日 令和7年9月1日	(※生活保護の住宅扶助費を受給している場合にご記入ください。)
住宅扶助費 43,700円	
以下の書類をご用意いただき、チェックボックスに記してください。	
① <input checked="" type="checkbox"/> ご利用者との契約書の写し (家賃額の記載のあるもの)	
② <input checked="" type="checkbox"/> 物件貸主等との賃貸借契約書の写し	
③ <input type="checkbox"/> 自社所有物件のため、賃貸借契約書の添付なし	
担当者	氏名 杉並 太郎 連絡先 03-3333-4567

必ず部屋番号まで記入してください。
(部屋番号がない場合は、「部屋番号なし」と補記してください。)

家賃に、物件貸主との契約家賃以外を含んでいる場合は、項目・費用等の明細を記入してください。
(例)賃借料50,000円+交流室(50,000円÷8人)6,250円+更新料2,080円=58,330円
ただし、運営規定と一致していることが前提です。
戸建てで、各部屋の面積に応じて按分している場合は、「面積按分」と補記してください。

更新料を家賃に含む場合は、「家賃に含む」と補記してください。
(注意) 更新料の誤りが多くなっています。

住宅扶助費を受給している場合は、必ず金額を確認の上、記入してください。
(注意) 住宅扶助費額の誤りが多くなっています。

平日 (日中) に連絡が取れる方の連絡先を記入してください。

7. 都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

【事前準備】

『【都加算】様式』のファイルをダウンロードしてください。

※杉並区様式のダウンロード先：杉並区ホームページ「トップページ」>「障害者生活支援サイト の一まらいふ杉並」>「事業者の方へ（請求事務等）」>「都加算請求様式（共同生活援助）」

【都加算請求書類の作成手順の概要】

以下の①から③までの手順で都加算請求書類を作成してください。

- ① 『都加算請求書・明細書等（共同生活援助）』のファイルを開き、『都加算請求書』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 『都加算明細書』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、**都**加算額が自動で計算されます。
なお、「サービスコード」欄は、事前準備で用意した国報酬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、『都加算請求書』シートの「請求金額」欄に記載してください。また、作成した『都加算明細書』の件数を「明細書件数」欄に入力してください。

【留意事項】

- ・『都加算請求書』シートの入力（上記①）がされていないと、②の『都加算明細書』の自動計算が行われません。
- ・『都加算請求書（別紙）』は、補助要件を満たしているか確認するためのものです（毎月提出していただく必要はありません。初回、年度当初、第三者評価再受審後のみ。）
- ・『都加算明細書』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。
- ・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東京都に事前の届出が必要です。
※毎月 15 日締め切り（都に必着）で翌月 1 日から算定可
- ・月の途中で障害支援区分が変更となった場合は、都加算明細書を 2 枚（区分変更前・変更後）作成してください。

7. 都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

■ 「都加算請求書」

都加算請求書
(共同生活援助)

令和 年 月 日

一番最初に入力

杉並区長 殿

下記のとおりに請求します。

法人住所 (所在地)	〒166-0004 東京都杉並区阿佐谷南1-1-1
請求事業者 法人名称	社会福祉法人 すぎなみ
代表者 職・氏名	理事長 ○○ ○○ 
指定事業所番号	1 3 2 1 5 0 0 9 8 7
事業所 名称	グループホームおぎくぼ
事業所 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	算定不可

最後に入力

サービス提供月	令和 0 6 年 0 3 月分	明細書件数	3
請求金額	¥ 9 9 9 9 9 9		

請求担当者 氏名	○○ ○○
連絡先	XX-XXXX-XXXX

請求審査を一括して行う都合上、日付は記入せずご提出ください。

- ・原則、請求者は法人の代表者（委任状を提出した場合は除く）です。
- ・請求者は『支払金口座振替依頼書』で届け出た方です。（もしくは『委任状』で請求権限を委任された方）です。
- ・「職」「氏名」を記入してください。
- ・請求印は、『支払金口座振替依頼書』（もしくは『委任状』）で届け出たものをご使用ください。

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」としてください。

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

- ・請求金額の数字の前に「¥」マーク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。

平日（日中）に連絡が取れる方の連絡先を記入してください。

7. 都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

■ 「都加算明細書」 (1/2) (黄色セルのみ入力)

『都加算請求書』を入力すると自動的に記載されます

㉗ 利用者の受給者証番号、氏名、障害の種別および障害支援区分を記入してください。

㉘ 「当該月の都基準日数」は、月途中の入退居の場合は入居日からの日数または退居日までの日数を記入してください。

都基準日数として算定できる日は、入居者に対して次の支援を行った日とする。また、これらの支援を行う旨を、予め『個別支援計画』に記載してあることを算定要件とする。

- ア 日常生活支援
- イ 食事提供支援
- ウ 介護等支援
- エ 入院時における病院等との連絡調整等支援
- オ 帰宅時における家族等との連絡調整等支援
- カ その他入居者に対する支援

㉙ ユニット名を必ず記入してください。

- ㉚ ・半角で1字ずつ入力してください。
- ・国保連請求時に使う『訓練等給付費等明細書』の「給付費明細欄」の基本報酬および夜間支援等体制加算Ⅰ・Ⅱの「サービスコード」および「日数」を入力してください。

㉛ 体験利用の請求は2行目に記入してください。

次ページ参照

都加算額請求用									
都加算明細書 (共同生活援助)									
令和 06 年 03 月分									
受給者証番号	0000012345	事業所番号	1321500987						
支給決定障害者氏名	〇〇〇	事業所の名称	グループホームおどくば						
主たる障害の種別	精神障害者	類型	介護サービス包括型						
障害支援区分	区分2	当該月の都基準日数	28日	地域区分	1級地				
ユニット名	井草ユニット	人員配置区分	4対1						
通過型の指定	指定者	精神科医療連携体制加算 乳児子可							
サービスコード	サービス内容	算定単価	日数	当月算定額	摘要				
3311161	生活援助Ⅰ2	826	20	16,520					
3311561	生活援助Ⅳ2	478	5	2,390	体験				
33				0	特例				
	国基本報酬算定無	4,190	3	12,570					
	国基本報酬算定無 (日中サービス支援型 区分1-区分2)			0					
小計				A	31,480				
夜間加算									
	夜間加算	991	28	27,748					
	生活夜間支援等体制加算Ⅰ43	2,076	18	37,368					
	生活夜間支援等体制加算Ⅲ	-	7	-					
①-② (ただし①-②≤0なら0)				B	0				
その他加算									
	通過型加算	926		0					
	精神科医療連携体制加算	330							
小計				C	0				
算定日数	月総日数	補助基準額	日割り額 a	補足総付 b	(ア) a-b	請求額 (ア)(イ)の低い方の額			
28	31	69,800	63,045	10,000	53,045				
		家賃額 c	補足総付 d	住宅扶助 e	(イ) c+d-b-e	1,300			
		55,000	0	10,000	43,700	1,300			
当月都加算請求額 (A+B+C+D)				32,780 円					

7. 都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

■ 「都加算明細書」 (2/2) (黄色セルのみ入力)

「月総日数」欄は、該当月の暦の日数を記入してください。
 月途中の入退居の場合も同様に、該当月の暦の日数です。

- ・ 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」

分	算定日数	月総日数	補助基準額	日割り額	補足給付	(ア)	請求額 (ア)(イ)の低い方の額	
			a	a	b	a-b		
施設借上費	28	31	69,800	83,045	10,000	53,045	D 1,300	
			家賃額	更新料・礼金	補足給付	住宅扶助		(イ)
			c	d	b	e		c+d-b-e
			55,000	0	10,000	43,700	1,300	

補足給付額は、上限額を超えないように注意してください。
 特に、GHからGHへの転居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が必要です。

「家賃額」欄は、月途中の入退居の場合はその月の入居日数に
 応じた家賃額（日割り）を記入してください。

生活保護受給者の方の住宅扶助費は、『決定通知書』等で受給
 金額を確認の上、記入してください。

施設借上費の請求について（8ページ参照）

家賃額確認のための書類として、以下の2点もしくは3点をご提出ください。
 提出書類は初回のみのご提出となりますが、『都加算（共同生活援助）【施設借上費】請求に係る確認票』の記載内容に
 変更があった場合には、その都度ご提出ください。

- ① 都加算（共同生活援助）【施設借上費】請求に係る確認票・・・様式は杉並区HPに掲載あり
- ② 利用者との契約書の写し（家賃額の記載のあるもの）・・・A4両面印刷
- ③ 物件貸主等との賃貸借契約書の写し（自社物件の場合は不要）・・・A4両面印刷

7. 都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

■ 「共同生活援助サービス提供実績記録票」

- ・ 体験利用の場合は、備考欄に「体験利用」と記入してください（単価が違うため）。
- ・ 入院時の加算を算定される場合は、支援を実施した日の備考欄に「支援実施」と記入してください（訪問支援回数によって、算定できる加算が違うため）。
- ・ 入院からGHに戻り同一日において外泊した場合は、「入院→GH→外泊」と記入してください（「外泊→GH→外泊」等も同じ）。
- ・ サービス提供実績記録票の「利用者確認欄」が空欄の場合は請求を受けることができません。利用者の内容確認は必須ですので、利用者からチェック（✓）やサイン、押印等をいただいたものをご提出ください。
- ・ 都加算請求の書類として提出していただくものは「写し」になります。原本を送付しないようご注意ください。なお、写しを作成される際は白黒で構いません。
- ・ 「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（令和6年4月施行分）をお使いください。また、記載例もご確認ください。

厚生労働省HP

- 「政策について」
- 「分野別の政策一覧」
- 「福祉・介護」
- 「障害者福祉」
- 「障害者自立支援給付支払等システム関係資料」
- 「報酬算定構造・サービスコード表等」

令和〇〇年4月分 共同生活援助サービス提供実績記録票 (様式18-1)

受給者証番号		支給決定障害者氏名										厚生 太郎		事業所番号										事業所及びその事業所		〇〇事業所									
日	曜日	サービス提供の状況	住居外泊	退居後支援等	入院時支援	特加加算	日中支援	居宅連携	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	日																																		
2	月	入院											退居後のサービス利用を受けた場合「1」を記載する。																						
3	火	入院											医師連携体制加算(Ⅰ)が算定される支援を行った場合、「2」を記載する。																						
4	水	入院											医師連携体制加算(Ⅱ)が算定される支援を行った場合、「3」を記載する。																						
5	木	入院											医師連携体制加算(Ⅲ)が算定される支援を行った場合、「4」を記載する。																						
6	金	入院											医師連携体制加算(Ⅳ)が算定される支援を行った場合、「5」を記載する。																						
7	土	入院											医師連携体制加算(Ⅴ)が算定される支援を行った場合、「6」を記載する。																						
8	日												医師連携体制加算(Ⅵ)が算定される支援を行った場合、「7」を記載する。																						
9	月												医師連携体制加算(Ⅶ)が算定される支援を行った場合、「8」を記載する。																						
10	火	外泊											医師連携体制加算(Ⅷ)が算定される支援を行った場合、「9」を記載する。																						
11	水												医師連携体制加算(Ⅸ)が算定される支援を行った場合、「10」を記載する。																						
12	木												医師連携体制加算(Ⅹ)が算定される支援を行った場合、「11」を記載する。																						
13	金												医師連携体制加算(Ⅺ)が算定される支援を行った場合、「12」を記載する。																						
14	土												医師連携体制加算(Ⅻ)が算定される支援を行った場合、「13」を記載する。																						
15	日	入院											医師連携体制加算(Ⅼ)が算定される支援を行った場合、「14」を記載する。																						
16	月	入院→外泊											医師連携体制加算(Ⅽ)が算定される支援を行った場合、「15」を記載する。																						
17	火	外泊											医師連携体制加算(Ⅾ)が算定される支援を行った場合、「16」を記載する。																						
18	水	外泊→入院											医師連携体制加算(Ⅿ)が算定される支援を行った場合、「17」を記載する。																						
19	木	入院											医師連携体制加算(ⅰ)が算定される支援を行った場合、「18」を記載する。																						
20	金	入院											医師連携体制加算(ⅱ)が算定される支援を行った場合、「19」を記載する。																						
21	土												医師連携体制加算(ⅲ)が算定される支援を行った場合、「20」を記載する。																						
22	日	外泊											医師連携体制加算(ⅳ)が算定される支援を行った場合、「21」を記載する。																						
23	月												医師連携体制加算(ⅴ)が算定される支援を行った場合、「22」を記載する。																						
24	火												医師連携体制加算(ⅵ)が算定される支援を行った場合、「23」を記載する。																						
25	水												医師連携体制加算(ⅶ)が算定される支援を行った場合、「24」を記載する。																						
26	木												医師連携体制加算(ⅷ)が算定される支援を行った場合、「25」を記載する。																						
27	金												医師連携体制加算(ⅸ)が算定される支援を行った場合、「26」を記載する。																						
28	土												医師連携体制加算(ⅹ)が算定される支援を行った場合、「27」を記載する。																						
29	日												医師連携体制加算(ⅺ)が算定される支援を行った場合、「28」を記載する。																						
30	月												医師連携体制加算(ⅽ)が算定される支援を行った場合、「29」を記載する。																						

支給決定障害者が共同生活援助サービスを受けた日を記載する。

退居日 〇〇年4月30日 退居後算定日 〇〇年3月1日

移行支援住居 入院日 〇〇年3月1日

集中的支援加算 支援開始日 〇〇年4月26日

支給決定障害者が移行支援住居に入居した日を記載する。

集中的支援加算が算定される支援を開始した日を記載する。

8. 請求時の注意（都加算）

■ 請求誤りと留意点

Q	A
都加算請求書の請求者が届け出と違う	<ul style="list-style-type: none">・原則、法人代表者による請求です。・代表者以外の方が請求・受領される場合には『委任状』を提出してください。
利用者に関する事項	<ul style="list-style-type: none">・受給者証番号の相違・障害支援区分の相違・ユニット名の記載なし
都加算明細書と国報酬請求のサービスコードや日数が一致していない	<ul style="list-style-type: none">・都加算は国報酬（訓練等給付費）の上乗せ分としてお支払いします。提出前に国報酬請求のサービスコードと同一か、日数は同数かを確認してください。
施設借上費（※対象者のみ）	<ul style="list-style-type: none">・施設借上費請求に係る確認票等（確認票・利用契約書・賃貸借契約書の写し）を提出してください。（※初回のみ。変更の際には都度提出。）・月途中の入退居の場合は、その月の入居に応じた家賃額（日割り）を記入してください。・月途中にGHから別のGH等に移った場合の補足給付は、事業者同士で確認を行い、両事業者の補足給付合計額が1万円以内になるように算定してください。（算定例） 先に利用していたグループホーム等から優先し、補足給付上限額の残余分を移った先のグループホーム等とする等（厚労省通知より）・住宅扶助費は、利用者から『保護決定通知書』を確認させてもらうなど、都加算請求前に扶助額を確認してください。
サービス提供実績記録票	<ul style="list-style-type: none">・利用者の確認がない・原本の提出は不可・加算の記載がない

8. 請求時の注意（都加算・国報酬）

■ 加算を算定する際には、加算の算定要件を満たしているか必ず確認を行ってください。

Q	A
夜間支援等体制加算	<ul style="list-style-type: none"> ・都に届け出ている夜間支援対象利用者の数に応じて算定します。 ・同一ユニット、同一日で複数の体制は不可です。
日中支援加算 <small>※日中サービス支援型は加算対象外 （令和6年4月～）</small>	<ul style="list-style-type: none"> ・日中支援加算Ⅰは、「高齢又は重度の障害者（65歳以上又は障害支援区分4以上の障害者）で、<u>日中を共同生活住居の外で過ごすことが困難な利用者に対して日中に必要な支援を行った場合に算定できる加算</u>」です。 ・土・日・祝日は算定対象外です。 ・日中支援加算Ⅱは、「日中活動サービスの支給決定を受けている利用者または就労している利用者等が心身の状況等により予定していた日中活動先等を利用できないときに、昼間に必要な支援を行った場合に算定できる加算」です。 ・支援の初日から算定（令和6年4月～）します。
入院時支援特別加算 長期入院時支援特別加算	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>家族等から入院に係る支援を受けることが困難な利用者</u>が算定対象。 ・事業者が病院又は診療所を訪問し、日常生活の支援を行うとともに、病院等との連絡調整を行った場合に算定できる加算です。 ・訪問支援回数によって、算定できる加算が異なるため、「サービス提供実績記録票」の備考欄に、<u>支援を実施した日は「支援実施」と記入</u>をお願いします。
帰宅時支援加算 長期帰宅時支援加算	<ul style="list-style-type: none"> ・計画に基づき、家族等の居宅等において外泊した場合であって、事業者が利用者の帰省に伴う家族等との連絡調整や交通手段の確保等の支援を行った場合に算定。

【個別支援計画への位置づけが必要な加算の例】

- 夜間支援等体制加算（Ⅰ）
 日中支援加算
 入院時支援特別加算
 長期入院時支援特別加算
 帰宅時支援加算
 長期帰宅時支援加算
 強度行動障害者地域移行特別加算
 地域生活移行個別支援特別加算
 医療連携体制加算

9.その他

■ 家賃額証明書の提出

- ・ 共同生活援助の支給決定を行うにあたり、「家賃額証明書」の提出が必要です。
- ・ 本書類が未提出の状態では、「特定障害者特別給付費（補足給付）」の支給額の決定ができませんので、早めのご提出をお願いいたします。

■ 共同生活援助に関する区HP

杉並区ホームページ（トップページ）

- 「障害者生活支援サイト の一まらいふ杉並」
- 「事業者の方へ（請求事務等）」
- 「都加算請求様式（共同生活援助）」

■ 都加算についての問い合わせ先

保健福祉部 障害者施策課 認定・給付係
共同生活援助都加算請求担当

