

# 仙台市重度障害児者等受入短期入所 事業所加算制度の手引き

令和2年10月

仙台市健康福祉局障害福祉部障害者支援課

## 1 本制度について

### 【目的】

本制度は、短期入所を行う事業者が重度の障害児者等に対して原則1：1以上の職員配置により手厚い支援を実施した場合、介護給付の支給に加算して支給を行うものである。

### 【対象者】

- ① 市内に住民票及び居所を有する者
- ② 市から自立支援給付の介護給付費のうち短期入所の支給決定を受けている者
- ③ 原則1：1以上の職員配置による支援を必要とする者

### 【加算】

対象者1人につき1日300単位×地域単価※

※厚生労働大臣が定める1単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）

## 2 給付申請・決定について

仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度の支給を受ける場合は、申請が必要。

### ① 事業者要件

障害者総合支援法第5条第8項に規定する短期入所に係る指定障害福祉サービス事業者として市から指定を受けた者

※仙台市発達障害児者自立支援事業実施要綱（平成19年10月1日健康福祉局長決裁）に定める仙台市発達障害児者自立支援事業の受託事業者ではないこと

### ② 申請手続き

ア 「仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度給付（更新）申請書」（様式第1号）を仙台市障害者支援課に提出する。

イ 仙台市から、申請者あてに「仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度給付決定通知書」（様式第2号）を送付する。

※ 申請後、事業者名、住所、連絡先、事業所名等に変更が生じた場合は、「仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度給付変更承認申請書」（様式第3号）を提出すること。

### 3 請求について

サービス提供後、提供月の翌月 10 日までに下記に「仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度実施報告書兼計算書」(様式第 4 号)、「仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度サービス提供実績記録票」(様式第 6 号)、請求書を郵送又は持参すること。審査後、提供月の翌々月の 20 日頃に指定された口座に支払う。(サービス提供月が 4 月の場合、請求は 5 月 10 日まで、支払いは 6 月 20 日頃になる)

(請求先・問合せ先)

〒980-8671 仙台市青葉区国分町三丁目 7 番 1 号  
仙台市健康福祉局障害福祉部障害者支援課地域生活支援係  
電話 022-214-8164 FAX022-223-3573

### 4 本制度に関する Q&A

#### Q 1 原則 1 : 1 以上の職員配置による支援について

- ① 3 : 2 (対象者 : 職員) で支援した場合
- ② 4 : 2 (対象者 1 他利用者 3 : 職員) で支援した場合
- ③ 2 : 1 で支援した場合

#### A 1

- ① 対象者全員に対して算定して差し支えない。4 : 3、5 : 4 の職員配置により支援を実施した場合も同様とする。なお、対象者は利用者名簿に掲載されている者であること。
- ② 対象者 1 人に対して職員 1 人を配置し、他利用者 3 人を職員 1 人が支援した場合には、対象者 1 人に対して算定可とする。
- ③ 算定不可。

※サービス実施日の利用者が 1 人で、職員 1 人が支援を実施する場合にも算定して差し支えないが、安易に算定することなく対象者として利用者名簿に掲載されている者であることに留意すること。

#### Q 2 対象者の条件

- ① 障害支援区分や障害状況等の基準は
- ② 仙台市外の利用者は

#### A 2

- ① 区分や程度による基準は設けていない。  
対象は原則 1 : 1 以上の職員配置による手厚い支援を必要とする者。
- ② 非該当。対象者は市内に住民表及び居所を有する者。

資料

請求書（記入例）

請求書

金額	千	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円
					¥	1	2	4	3	2	0	

ただし、令和2年度仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度給付費...として（内訳のとおり）

内 訳					
品 名	規 格	単 位	数 量	単 価	金 額
仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度給付費（10月分）				円	124,320 円
小 計					124,320
消費税及び地方消費税					-
合 計					124,320

仙台市（R2 健障支）指令第1号

上記（裏面）の金額を請求します。 令和2年 11月1日

（あて先）仙台市（区）長

住所 仙台市青葉区国分町 3-7-1

社会福祉法人 仙台市

氏名 理事長 仙台 太郎 ㊟ ㊟

電話 (022-261-1111)

登録債権者ですので指定した方法でお支払いください。  
(債権者電話番号下4桁)

口座を複数登録していますので } 右のとおり振込  
 登録していませんので } してください。  
(上記のいずれかに㊟印をつけてください)

振込先銀行 七十七 銀行 仙台市役所 店

1 普通	口座	1	2	3	4	5	6	7
2 当座	番号							

フリガナ シヤカイフクシホウジ・ンゼン  
ダ・イシ リシ・チヨウゼンタ

社会福祉法人 仙台市 理事長 仙台 太郎

注  
1 金額は、アラビア数字で記入してください。  
2 首標金額の訂正は認めません。  
3 首標金額の一桁上位の欄に㊟印を記入してください。

実施報告書（記入例）

（様式第5号）

令和2年11月1日

仙台市長 あて

住 所 仙台市青葉区国分町3-7-1  
法 人 名 社会福祉法人 仙台市  
代表者名 理事長 仙台 太郎 印

仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度  
実施報告書兼計算書（令和2年10月分）

1. 実施事業所名 短期入所仙台市

2. 算定日数 40 日（A）

（明細は仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度サービス提供実績記録票（様式第6号）のとおり）

3. 給付金額

300単位/人・日×算定日数×地域単価\*

※厚生労働大臣が定める1単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）

300単位/人・日×40 日（A）× 10.36（地域単価）= 124,320 円

（1円未満の端数は切り捨て）

実績記録票（記入例）

（様式第6号）

仙台市重度障害児者等受入短期入所事業所加算制度サービス提供実績記録票  
（加算対象障害児者別）（令和2年10月分）

実施事業所名

受給者証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	障害児者氏名	仙台 太郎	契約支給量	7日/月
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--------	-------	-------	------

利用実績			特記事項
開始日（曜日）	終了日（曜日）	算定日数	
1（木）	2（金）	2	
15（火）	19（土）	5	
合計		7	