

令和元年度 東京都民間社会福祉施設
サービス推進費補助金（都外）
申請等事務説明会

資料及びQ & A

令和元年7月23日 13:30開始

東京都 福祉保健局
障害者施策推進部 施設サービス支援課

民間社会福祉施設サービス推進費補助 大まかな流れ

年度	月	スケジュール（補助金全体）		スケジュール（加算申請）	
		東京都（事務処理センター）	各施設等	東京都	各施設等
30	3月上旬	当初交付申請	← 当初交付申請の提出		加算の申請 (随時の申請が認められているものは随時)
	4月下旬	当初交付申請（通知発送） → 当初交付決定通知		加算の審査・承認 ※審査・承認の時期は加算の種類により異なります	
31 ・ 1	10月上旬	第1回変更交付申請	← 第1回変更交付申請の提出	第1回変更交付決定までに承認された加算を反映。	承認内容の確認
	12月下旬	第1回変更交付決定（通知発送） → 変更交付決定通知		加算の審査・承認 ※審査・承認の時期は加算の種類により異なります。	加算の申請 (随時の申請含む)
	3月上旬	第2回変更交付申請	← 第2回変更交付申請の提出	第2回変更交付申請までに承認された加算の内容を反映。	承認内容の確認
	3月下旬	第2回変更交付決定（通知発送） → 変更交付決定通知			
	4月上旬	精算書提出	← 精算書の提出		加算実績報告の提出
2	6月上旬	実績報告提出	← 実績報告の提出	承認後に状況の変化（年度途中で加算対象者が退所した等）があった場合は、忘れずに反映させる。	
	1月下旬	交付額確定（通知発送） → 交付額確定通知			

別紙1の付表1（新体系施設・本則共通）

施設番号		様式コード	
施設名	〇〇〇福祉園		

単価はオート入力される。

捨印

延べ人員数・金額はオート入力される。

当該定員の適用開始月を入力

算 定 内 訳

1. 基本補助の算定

項目 No.	名称	単価 (A)	適用期間												延べ人員 (B)	金額 (C=A×B)			
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月					
1	生介・人配Ⅰ	23000	48人	48人	48人	48人											192人	4416000	
2	生介・人配Ⅱ																		
3	生介・人配Ⅲ																		
4	生介・人配無																		
5	自立訓練	9800	8人	8人	8人	8人											32人	313600	
6	就労移行支援																		
7	就労継続支援																		
日中合計				56人	56人	56人	56人										224人	4729600	
8	施設入所支援	52200	40人	40人	40人	40人											160人	8352000	
1から8の合計																			13081600

各月の基本補助算定対象者数を記入する。

*間違えやすいケース(例)

- 1. 1月の途中の入所者を当該月に算定してしまったケース
- 2. 退所者を翌月以降も算定し続けたケース

※ 年度中に変更がある場合

項目 No.	名称	単価 (A)	適用期間												延べ人員 (B)	金額 (C=A×B)			
			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月					
1	生介・人配Ⅰ																		
2	生介・人配Ⅱ	20000						55人	55人	55人	440人	8800000							
3	生介・人配Ⅲ																		
4	生介・人配無																		
5	自立訓練	9600						8人	8人	8人	64人	614400							
6	就労移行支援																		
7	就労継続支援																		
日中合計								63人	63人	504人	9411000								
8	施設入所支援	52200						40人	40人	320人	16704000								
1から8の合計																			26118000

年度の途中で定員変更を行ったことにより、サービス推進費の適用単価が変わる場合、変更月以降はこちらに記入する。今回は、8月以降に生活介護の定員増に伴う区分単価及び人員配置が変更となるケース。

別紙1の①にオート入力される。

基本補助合計

39200000

別記第1号様式



令和 年 月 日

東京都知事 殿

申請日を入力すること。

主たる事務所の所在地

法人名
代表者名

印

令和 年度東京都民間社会福祉施設サービス推進費
補助金（障害者支援施設）の交付申請について

印鑑証明書にある印を使用すること。

令和 年度において、本会が設置する の運営に要する費用に対する東京都
民間社会福祉施設サービス推進費補助金として、次の金額を交付されたく関係書
類を添えて申請します。

必要事項が全て入力されていれば、
オート入力されます。

申請額 金 円

- 令和 年度東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金所要額調書
別紙1のとおり
- 事業計画書
別紙2のとおり

(添付書類)

本部拠点区分及び施設拠点区分の資金収支予算内訳表（又は見込表）抄本
（又は本部会計及び施設会計の収支予算書（又は見込書）抄本）

施設番号		施設名	
連絡先	担当者	記載頂いたアドレスが、都からの通知等の送付先となります。	
	電話		
	FAX		
	e-mail		

添付資料 1

最重度障害者加算対象者名簿

主たる利用者が 身体 ・ 知的 >

施設種別	障害者支援施設
施設番号	33-00△△
施設名	〇〇生活園

番号	氏名	介護給付費等 支給終了 年 月 日	障害 程度 区分	評価点 (施設)	最重度認定期間	在籍状況 (該当月に○をすること)												備考	都による 記入 欄	
						4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			計
1	〇〇 〇〇	令和2年9月30日	6	47	H29. 10. 1~R2. 9. 30	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12	H20. 4. 1入所 〇〇区〇〇福祉事務所	適・否
2	□□ □□	令和1年9月30日	6	54	H28. 10. 1~R1. 9. 30	○	○	○	○	○								12	H25. 4. 1入所 □□区	適・否
3	□□ □□	更新中	6	54								○	○	○	○	○	○	6	H25. 4. 1入所 □□区	適・否
4	△△ △△	令和2年5月31日	6	50								○	○	○	○	○	○	6	R1. 10. 1入所 △△市	適・否
5			6																	適・否
6			6																	適・否
7			6																	適・否
8			6																	適・否
9			6																	適・否
10			6																	適・否
月 別 対 象 者 数						2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	30		

前年度以前に最重度障害者加算の承認をされた者について、認定期間を記入してください。
(新規申請者等未承認の方は記入しないでください。)

①入所年月日
②援護の実施機関
等を記入してください。

※ 退所等があった場合については、備考に退所等年月日と退所等理由を記入すること。

添付資料1-1

施設職員による「勘案事項聞取調査票」＜主たる施設利用者が身体障害者の場合＞

下表のアからヒまでの各項目について、(ア)～(ウ)列に示した選択肢

のうち、あてはまるものに1つだけ○印を付けてください。

氏名	〇〇 〇〇
----	-------

生活動作等支援	(ア)列	(イ)列	(ウ)列
ア ベッドの上での起床及び就寝の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
イ 車椅子とベッド間の移乗の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ウ 洗面、歯磨き等の整容に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
エ 衣服の着脱の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
オ 屋内での移動に関する介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
カ 屋外での移動に関する介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
キ 体位変換の介助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ク 食事の準備及び後片付けに関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ケ 摂食行為に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
コ 排泄行為に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
サ 入浴の準備及び後片付けに関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
シ 入浴の介助又は入浴中の見守り	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ス 医療処置、受診等に関する援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
セ 医師等の診断結果及び説明の理解に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ソ 健康管理に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
タ 清潔保持に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い

施設種別	障害者支援施設
施設番号	33-00△△
施設名	〇〇生活園

生活動作等支援	(ア)列	(イ)列	(ウ)列
チ 金銭管理に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ツ 衣類、身の回りの品の管理に関する支援	全面的な支援が必要	全面的な支援が必要	支援の必要性が低い
該当数	16×2=32	2	小計34

社会参加等支援	(ア)列	(イ)列	(ウ)列
テ 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動への対応	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ト 集団生活等における不適応行動に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ナ 日常生活における不安、悩み等に関する相談援助	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ニ 外出、買い物、地域の活動への参加等に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ヌ 在宅生活に必要な生活関連行為を習得するための支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ネ 車いすの操作、歩行、日常生活動作等に関する訓練	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ノ 各々の障害に応じたコミュニケーション手段による支援及びコミュニケーション訓練	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ハ 代筆、電話の仲立ちに等に関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
ヒ 在宅生活に向けた住宅確保及び生活支援の体制作りに関する支援	全面的な支援が必要	部分的な支援が必要	支援の必要性が低い
該当数	6×2=12	1	小計13

(注) 太枠内のチェック項目(ウ、キ、チ及びツ)は通所事業の利用者の場合には記入しないこと

(注2) (ア)列に○印がついた場合は各項目2点、(イ)列に○がついた場合は各項目1点として該当数欄に合計を記入すること。

**聞き取り調査の結果が43点以上となる場合は、別紙添付資料3に必要事項を記入しこの調査票とともに提出すること。

合計	47点	障害程度区分 6
----	-----	-------------

添付資料1

最重度障害者加算対象者名簿

主たる利用者が < 身体 ・ 知的 >

施設種別	障害者支援施設
施設番号	41-0000
施設名	

番号	氏名	介護給付費等支給終了年月日	区分	人数	承認期間	月別												計	欄	
						4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
1	A	令和2年3月31日	6	20														12	平成〇〇年〇月〇日付〇〇福保障居第0000号承認	適・否
2	B	平成31年3月31日	6	20	平成29年3月31日 ~ 平成31年3月31日	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	12	承認申請中	前回承認時の文書番号	
3	C	令和1年6月30日	6	20	平成29年6月30日 ~ 令和1年6月30日	○	○	○									3	平成〇〇年〇月〇日付〇〇福保障居第0000号承認		
4	同上		6	20	~				○	○							9	今回申請分	適・否	
5	D	令和1年10月30日	6	20	平成29年10月30日 ~ 令和1年10月30日	○	○	○	○								4	平成〇〇年〇月〇日付〇〇福保障居第0000号承認(7月10日退所・地域移行)	適・否	
6	E	令和2年1月31日	6	20	平成30年7月1日 ~ 令和2年1月31日				○	○	○	○	○	○			7	今回申請分 7月入所	適・否	
7																	0		適・否	
																	0		適・否	
																	0		適・否	
月別対象者数						4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	3	47			

更新中で未定の場合は未記入にすること(分かり次第東京都の最重度加算担当者に連絡)

当該年度の在籍状況(見込を含む)について記入する。

承認期間内であっても退所等があった場合は、退所の翌月からは○を記入しない。

承認申請の結果が未達の場合は、申請中である旨を記載し対象者に含める。

- A ... 既承認者(今年度受給者証の更新なし)
- B ... 承認申請中で結果が届いていない者
- C ... 既承認者(6月末で受給者証の更新あり)
- D ... 既承認者(7月末で退所)
- E ... 今回申請での新規申請者(7月入所)

新規申請者の場合、当該年度の在籍月から加算対象者となる。

新規・継続申請の場合の記載

仮に承認されても、令和2年1月で承認の有効期限が切れるので、1月以降に継続申請が必要

※ 退所等があった場合については、備考に退所等年月日と退所等理由を記入すること。

(例)

施設種別	障害者支援施設
施設番号	41-00△△
施設名称	〇〇生活園

東京都記入欄 (施設では記入しないこと)	東京都心身障害者福祉センター評価	適	不適	評価点	点
	最重度障害者加算承認の適否	承認	不承認	承認年月日	年 月 日
				承認期間	年 月 日まで

○ 障害程度区分の判定が6である者

施設名	氏名	年齢	担当の福祉事務所	入所年月日	現在の契約書による施設利用開始日
〇〇生活園	△△ □□	50	〇〇区福祉事務所	平成25年4月1日	

※「年齢」欄は当該年度の4月1日現在で記入してください。

○ 判定内容

作成日を記入してください。

1 日常生活調査

施設職員 記入者氏名	〇〇 □□
作成日	2019年8月30日

※ 各項目（5項目）について、それぞれ該当するところに○印をつけてください。

	項目	a	b	c	d	e
1 日常生活調査	食事	<input checked="" type="radio"/> 全介助	手づかみには ぼしが多い			a～d以外
	排泄	<input checked="" type="radio"/> おむつ使用 時間排泄	予告はするが、誘導介 助を要する	一部介助 後始末が不十分	時に声かけが必要 時に下着を汚す	a～d以外
	入浴	<input checked="" type="radio"/> 全介助	タオルを渡せば部分的 に洗う程度	大体洗えるが洗髪等 が不十分	声かけが必要	a～d以外
	洗面整容	<input checked="" type="radio"/> 全介助	洗面不十分 歯磨き困難	歯磨き不十分 爪切り困難	身だしなみについて 声かけが必要	a～d以外
	着脱衣	<input checked="" type="radio"/> 全介助	簡単なものは着脱する が、介助が必要 ボタ ン・ファスナーは困難	1人で着脱するが前 後等の区別が不十分 で間違える時がある	着脱衣は間違えずに 行うが、寒暖調節等 選択不十分	a～d以外

障害程度状況票とそれぞれの項目で評価
に不整合がないようにしてください。

添付資料 6

特定支援充実加算 対象者名簿

施設種別	
施設番号	
施設名	

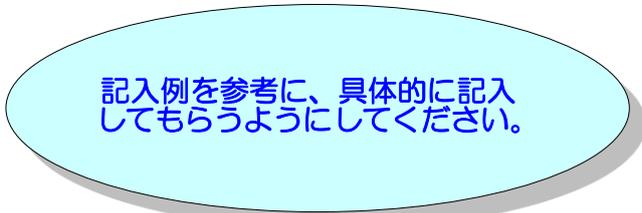
番号	氏名	障害 支援 区分	入所日	在籍の状況 (該当月に○をすること)													都による 記入 欄	備考	
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計			
1																		適・否	
2																		適・否	
3																			
4																			
5																			
6																			
7																		適・否	
8																		適・否	
9																		適・否	
10																		適・否	
11																		適・否	
12																		適・否	
13																		適・否	
14																		適・否	
15																		適・否	
16																		適・否	
17																		適・否	
18																		適・否	
19																		適・否	
20																		適・否	
合計																			

すでに他の施設で当加算の対象期間がある場合
その期間を記入してください。

指定障害者支援施設

〇〇園

〇〇区（市町村） 〇〇部 〇〇課長



令和 年度東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助（障害者支援施設）
における特定支援充実加算に係る意見書について

依頼のありました特定支援充実加算に係る意見について、下記のとおり回答します。

記

1. 対象者

氏 名	東 京 太 郎	障害支援区分	4
受給者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9	入 所 日	平成30年 4月 1日

2. 上記1の利用者について、施設入所支援の支給決定に至った事情

① 主な触法行為の状況について

(触法行為の時期、場所、内容及び事後の刑事処分等の状況) 【記入例】 平成●●年●月頃、●●市●●駅前のスーパーにおいて衣料品●点（計●●●●円相当）を万引き、当該店舗の保安員が発見。以前にも同様の行為があり、その際は店長が説諭し親族に引き渡した。今回は保安員の追跡を振り切り、来店客を突き飛ばし、店舗備品の損壊を伴いつつ逃走、近くの放置自転車を乗り逃げしたため、警察に通報。翌日に発見され、激しく抵抗したが逮捕され●●●●警察署に連行、●●日間の身柄拘束の後、翌月初め頃、不起訴処分。					
器物損壊	占有離脱物横領	窃盗	暴行	傷害	わいせつ
○	○	○		○	
住居侵入	偽造	恐喝	公務執行妨害	強盗	脅迫
			○		
横領	強姦	盗品	殺人	その他	
				(家庭内暴力)	

上記のうち、該当する行為の欄に「○」印を記入してください。「その他」欄には、具体的な行為の内容を記入してください。

なお、「触法行為」とは、逮捕・起訴に至ったものに限らず、不起訴処分や警察官による説諭、あるいは警察の介入以前の段階で処理が完了したものを含め、関係者からの申立てを通じるなどして実施機関が支給決定に先立ち把握していたことが記録上明らかなものを指します。

② 施設入所支援の支給決定の必要性について

(施設入所支援の支給決定に至った具体的な事情及び経緯)

【記入例】

自宅にて両親と同居、特別支援学校高等部卒業後は●●作業所に通所したが、近年は、朝に自宅を出ても作業所に行かず、繁華街で触法行為に及ぶことが複頻繁で、平成●●年●月には、上記①記載の状況に至る。

並行して、家庭内で粗暴行為が見られるようになるが、両親は高齢で、対応は年々困難化。

そのため、不起訴処分に先立ち、両親から実施機関に対し、今回の事件を機に、当面、対象者を施設に入所させて生活を分離し、併せて反省を促したい旨の相談があった。

実施機関としては、・・・・

2. 施設における支援に対して期待する内容

(対象者への支援に当たり、施設に求めたい内容を記載してください。)

【記載例】

対象者は、常時の身辺介助を伴わずに日常生活が可能であり、また、言語を通じた意思疎通ができ、平易な事柄については小学生相当の理解力を有している。

しかし、社会的な規律を遵守することへの意識が低いことにより、社会生活を送る上で支障を生じていることが、今回、上記①に記載の状況から明らかとなった。

そのため、対象者の障害特性に応じた適切な支援を行う中で、この点についての意識付けを図りながら、今後、再び触法行為に及ぶことの・・・・

3. 将来において見込まれる対象者の生活状況

(対象者の将来的な生活状況として想定する状況を記載してください。)

【記載例】

施設における集中的な支援を通じて、社会的な規律を遵守することについて適切な認識を持つに至った際には、対象者の日常生活動作や意思疎通に係る能力の状況に照らして、将来的に地域社会での生活が可能と考えられる。

なお、その場合、両親及び兄弟姉妹による日常的な支援を期待できる可能性は高くないことから、グループホームの利用が必要と見込まれるとともに、一般就労することが困難であれば日中活動系サービスを利用することになると見込まれる。

【資料9】

4. 強度行動障害に関する状況（参考資料）

行動関連項目	0点	1点	2点
本人独自の表現方法を用いた意思表示	1. 独自の方法によらずに意思表示ができる。	2. 時々、独自の方法でないと意思表示できないことがある	3. 常に独自の方法でないと意思表示できない。 4. 意思表示できない。
言葉以外のコミュニケーション手段を用いた説明の理解	1. 日常生活においては、言葉以外の方法（※）を用いなくても説明を理解できる。 ※ジェスチャー、絵カード等	2. 時々、言葉以外の方法を用いないと説明を理解できないことがある。	3. 常に、言葉以外の方法を用いないと説明を理解できない。 4. 言葉以外の方法を用いても説明を理解できない。
食べられないものを口に入れることが	1. ない 2. ときどき	参考資料になりますので加算の可否には関係ありません。	
多動または行動の停止が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
パニックや不安定な行動が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
自分の体を叩いたり傷つけたりするなどの行為が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
叩いたり蹴ったり器物を壊したりなどの行為が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
他人に突然抱きついたり、断りもなく物を持ってくることが	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日（ほぼ外出のたび）
環境の変化により、突発的に通常と違う声を出すことが	1. ない 2. 希にある 3. 週に1回以上	4. 日に1回以上	5. 日に頻回
突然走っていなくなるような突発的行動が	1. ない 2. 希にある 3. 週に1回以上	4. 日に1回以上	5. 日に頻回
過食、反すう等の食事に関する行動が	1. ない 2. 希にある 3. 月に1回以上	4. 週に1回以上	5. ほぼ毎日
てんかん発作の頻度（医師の意見書による。）	1. 年に1回以上	2. 月に1回以上	3. 週に1回以上

合計点数： _____ 点

第三者評価受審を基本にした利用者サービスの向上
 (第三者評価の受審等とサービス推進費(基本分)の取扱いの関係)

第三者評価の受審・公表等	サービス推進費(基本分)の取扱い
当年度	2年後
(◎) 第三者評価を受審・公表し、「サービス改善計画・実施状況」を作成・公表	全額補助
(○) 利用者に対する調査を実施・公表し、「サービス改善計画・実施状況」を作成・公表	前年度又は前々年度に◎があれば全額補助 【前年度、前々年度とも◎がなければ基本分の50%減額】(1年間)
(×) 第三者評価の受審・公表、利用者に対する調査の実施・公表、いずれも行わない	基本分の50%減額(1年間) 令和元年度が×の場合⇒令和3年度の1年間、サービス推進費(基本分)の50%減額

様式3

(記入例案)

「福祉サービス第三者評価」等を踏まえたサービス改善計画・実施状況

施設名	〇〇〇	受審(実施)年度(※)	平成29年度	施設番号	〇〇 — 〇〇〇〇
<p>(ア)第三者評価又は利用者に対する調査の結果を参照※し、改善が必要な項目を選定 ※第三者評価における「さらなる改善が望まれる点」、利用者に対する調査における「全体のコメント」、「はい」の回答率が低かった項目などを参照</p>		<p>(イ)1・2のいずれか又は両方を、丸囲み数字にする。</p>		<p>(オ)(エ)で②を選択した場合、おおよそその実施予定時期を記入(取組が複数ある場合は、最後に実施する予定の年月を記入)</p>	
<p>(キ)(オ)で②を選択した場合、受審(実施)年度の翌々年度4月30日時点の自紙状況を記入(取組みが複数ある場合は、最後に実施した年月を記入)</p>					
項目	評価結果に基づく現状分析 (平成29年度)	改善計画 (平成29年度末時点)	実施状況(予定を (平成30年4月30日時点)	左記実施状況 あった場合 (平成31年4月30日時点)	実施予定が 実施状況 (平成30年4月30日時点)
職員の対応について	利用者への「職員の対応は丁寧か」との質問に対し、「いいえ」の回答が約2割あった。また、自由意見の中には、「職員によって対応にムラがある」との声があった。 平成29年度は新人職員を多く採用しており、職員の対応にばらつきが出たことが原因と思われる。	(1) 毎年秋に実施していた接遇の研修を春にも実施する。 (2) 職員の自己評価制度を導入する。職員一人一人が、自らの業務を振り返り、施設長と十分な面談を行ったうえで、改善に取り組んでいく。	1 実施済み 2 実施予定 (平成31年3月ごろ) 具体的には以下のとおりです。 (1)は、平成30年5月と10月に実施する予定。 (2)は、平成30年12月までに制度を設計し、今年度末から実施する、	1 実施済み (平成31年3月) 具体的には以下のとおりです。 (1)は、平成30年5月と10月に実施した。 (2)は、平成31年2月から職員一人一人と施設長が面談を行い、業務の改善に反映させた。	
について	(イ)選定した項目について現状と課題を記載	(ウ)今後の取組内容を具体的に記載 (時点に注意)	(カ)取組を行った時期又は実施予定時期を内容別に記載(時点に注意)	(ク)取組を行った時期を内容別に記載(時点に注意)	
について			1 実施済み 3 実施予定 (平成 年 月ごろ) 具体的には以下のとおりです。	2 実施済み (平成 年 月) 具体的には以下のとおりです。	

※この様式は、「東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金交付要綱」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(又は利用者に対する調査)の結果は、施設において公表しているほか、「とうきょう福祉ナビゲーション」によりインターネットでも閲覧できます。

**私たちの施設は、給付費や都からの補助、利用者からの利用料等によって運営されています。
(記入例)**

<障害者支援施設>

施設名		施設番号	—
-----	--	------	---

令和 年度における施設データ

総事業費(事業活動支出)	円
うち人件費	円
定員	人
利用者数(令和 年4月1日時点)	人
常勤職員数(令和 年4月1日時点)	人
非常勤職員数(令和 年4月1日時点)	人

施設の収入(サービス推進費などの状況)【令和 年度実績】

給付費【負担率 国1/2、都道府県1/4、区市町村1/4】	円
利用料【法定負担及び食費等実費負担分】	円
他の自治体等からの補助	円
都からの補助金(サービス推進費以外)	円

サービス推進費交付額(都独自の運営費補助) *注1	円																		
①社会福祉法人の施設経営にかかる基本部分の経費(基本補助)	計 円																		
②施設の努力に対する加算	計 第三者評価~その他の支援の合計額 円																		
<table border="1"> <tr> <td>第三者評価の受審・サービス向上に向けた計画策定</td> <td>第三者評価又は利用者に対する調査</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>地域で生活する障害者への支援【メニュー選択式加算】</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>障害者等を職員として雇用し、障害者雇用を促進【障害者等雇用加算】</td> <td>人</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>障害程度の特に重い施設入所者等への支援【最重度障害者加算】</td> <td>延べ人数 人</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>障害程度の特に重い施設入所者に対する医療的ケアや日中活動の支援【医ケア+特定疾患】</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>その他の支援【特定支援充実加算】</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table>	第三者評価の受審・サービス向上に向けた計画策定	第三者評価又は利用者に対する調査	円	地域で生活する障害者への支援【メニュー選択式加算】	人	円	障害者等を職員として雇用し、障害者雇用を促進【障害者等雇用加算】	人	円	障害程度の特に重い施設入所者等への支援【最重度障害者加算】	延べ人数 人	円	障害程度の特に重い施設入所者に対する医療的ケアや日中活動の支援【医ケア+特定疾患】		円	その他の支援【特定支援充実加算】		円	
第三者評価の受審・サービス向上に向けた計画策定	第三者評価又は利用者に対する調査	円																	
地域で生活する障害者への支援【メニュー選択式加算】	人	円																	
障害者等を職員として雇用し、障害者雇用を促進【障害者等雇用加算】	人	円																	
障害程度の特に重い施設入所者等への支援【最重度障害者加算】	延べ人数 人	円																	
障害程度の特に重い施設入所者に対する医療的ケアや日中活動の支援【医ケア+特定疾患】		円																	
その他の支援【特定支援充実加算】		円																	

※この様式は、「東京都民間社会福祉施設サービス推進費補助金交付要綱」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。

※事業報告書、財産目録、貸借対照表及び収支計算書は、閲覧を希望する方に公開しています。

注1)「サービス推進費交付額」の金額と①~②の合計額は一致しないことがあります。