

障害者総合支援法

【区加算】  
グループホーム  
請求事務の手引き

令和3年4月

世田谷区 障害福祉部 障害施策推進課 事業担当

【住所】〒154-8504 世田谷区世田谷4-21-27

(世田谷区役所 第2庁舎 1階)

TEL 03-5432-2413 FAX  
03-5432-3021

## 1 グループホーム区加算とは？

世田谷区でグループホームを支給決定した受給者が、同サービスを利用した日数分を区単価表に基づき、訓練等給付費に上乗せで事業者へ支払う加算です。

※ グループホーム区加算の対象となる事業者は、東京都からグループホームの事業所指定を受けた事業所に限ります。

## 2 請求方法

### (1) 提出書類

原則として、サービス提供月の翌月10日までに、以下「提出書類一覧」書類を世田谷区役所障害福祉担当部障害施策推進課事業担当へ提出してください。

#### ・提出書類一覧

No	提出書類名	備考
1	区加算請求書（共同生活援助）	
2	区加算明細書（共同生活援助）	
3	介護給付費訓練等給付費明細書の <u>写し</u>	
4	サービス提供実績記録票の <u>写し</u> (利用者の確認印の押印があるもの)	
5	支払口座振替依頼書	世田谷区に初めて請求される時、または振込口座を変更される時
6	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 <u>写し</u> ※1	世田谷区に初めて請求される時（令和2年度末までは受審が完了している場合のみで可）および受審が完了した翌月の請求時にNo8と併せて提出。
7	指定通知書（平成30年4月1日以降に指定を受けた事業所のみ） <u>写し</u>	世田谷区に初めて請求される時および、毎年4月（又は年度初月）請求までにNo8と併せて提出。
8	区加算請求書（別紙）（共同生活援助） ※2	世田谷区に初めて請求される時および、毎年4月（又は年度初月）請求までに提出する。 また、上記No6・7提出時に併せて提出する。

※1 令和2年1月時点で受審が完了している事業所につきましてはNo6・8を速やかに提出してください。

※2 必要に応じて外部研修の受講状況がわかる資料の提出を求めます。必ず5年間資料を保管してください。

※3 各書類は、ホームページからダウンロードできます。

(2) 算定方法及び請求書類の記載方法次頁以降を参照してください。

# 【区加算】請求事務について

## 【事前準備】

- ・『【区加算】様式』のファイルをダウンロードしてください。  
※世田谷区様式のダウンロード先：世田谷区ホームページ「トップページ」>「くらしのガイド」>○福祉・健康「障害のある方」>○障害福祉サービス等事業者の方向け情報「障害福祉サービス、障害児通所支援、計画相談支援等」>「事業者の方」>「【都加算、区加算】請求関係（短期入所、共同生活援助）」
- ・世田谷区が支給決定を行っている利用者について、国保連に請求した国費の明細書を用意してください。

## 【都加算請求書類の作成手順の概要】

以下の①から③までの手順で区加算請求書類を作成してください。

① 『【区加算】様式』のファイルを開き、『区加算請求書』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 『区加算明細書』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、区加算額が自動で計算されます。

なお、「請求コード」欄は、事前準備で用意した国費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、『区加算請求書』シートの「請求金額」欄に記載して

ください。また、作成した『区加算明細書』の件数を「明細書件数」欄に入力してください。

## 【留意事項】

- ・『区加算請求書』シートの入力（上記①）がされていないと、②の『区加算明細書』の自動計算が行われません。
- ・『区加算請求書（別紙）』は補助要件を満たしているか確認するものです。経過措置期間終了後は必ず記載してください。
- ・『区加算明細書』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。
- ・月の途中で障害支援区分が変更となった場合は、区加算明細書を2枚（区分変更前・変更後）作成してください。
- ・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事前に東京都に届出が必要です。  
※毎月15日締め切り（都に必着）で翌月1日から算定可

# 手順①

## 区加算請求書 (共同生活援助)

## 記入例

令和 2 年 2 月 10 日

世田谷区長

あて

下記のとおり請求します。

請求事業者	法人住所 (所在地)	〒0000-0000 東京都世田谷区世田谷0-0-0	
	法人名称	社会福祉法人世田谷会	
	代表者 職・氏名	理事長 世田谷花子	印

押印

事業所	指定事業所番号	1 3 2 0 4 0 0 0 0							
	事業所名称	世田谷ホーム							
	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	算定可							

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」にしてください。

サービス提供月	令和	0	2	年	0	1	月分
---------	----	---	---	---	---	---	----

明細書件数	4
-------	---

全ての区加算明細書を作成後に、作成した『区加算明細書』の件数を記入

請求金額			百万			千			円
	¥	4		0		0		0	0

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

金額の先頭に「¥」マークを入力

# 手順④

請求担当者	氏名	世田谷 太郎
	連絡先	03-0000-0000

# 手順②

## 記入例

区加算請求用

区加算明細書  
(共同生活援助)

黄色いセルに入力してください。

『区加算請求書』を入力すると自動的に記載されます。

令和	0	2	年	0	1	月	分
受給者証番号	/ / / / / / / / / / / / / / / /						
支給決定障害者氏名	世田谷 二郎						
主たる障害の種別	精神障害者						
障害支援区分	区分2	当該月の区基準日数	31 日				
ユニット名	世田谷ホーム 1						
通過型の指定	指定有						
事業所番号	1 3 2 0 4 0 0 0 0 0 0						
事業所の名称	世田谷ホーム						
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	算定可						

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」の基本報酬及び夜間支援等体制加算Ⅰ、Ⅱの「サービスコード」を入力してください。(右ページをご覧ください)

サービスコード	サービス内容	算定単価額	日数	当月算定額	摘要
3:3:1:1:6:1	生活援助Ⅰ2	803	20	16,060	
3:3:1:5:6:1	生活援助Ⅳ2	455	5	2,275	体験
3:3:	国基本報酬算定無	4,190	6	25,140	特例
小計				A	43,475
区夜間加算 ①		991	31	30,721	
3:3:5:6:2:0	生援夜間支援等体制加算Ⅰ3 ②	3,897	18	70,146	
3:3:5:6:	②				
3:3:5:6:	②				
3:3:5:6:4:0	生援夜間支援等体制加算Ⅲ	-	7	-	
①-② (ただし①-②≤0なら0)				B	0
通過型加算		926	31	28,706	
精神科医療連携体制加算		330	31	10,230	
小計				C	38,936

体験利用の時に使用

個人ホームヘルプ利用の時に使用

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「回数」欄を入力してください。

国費の夜間支援等体制加算の当月算定額が、区夜間加算の当月算定額を上回っている場合、0円になります。

当月区加算請求額 (A+B+C) 82,411 円

# 集計表

事業所番号	事業所類型	人員配置区分	受給者証番号	障害種別	障害支援区分	基本報酬分①			基本報酬分②(体験)			基本報酬分③(特例)			基本報酬無		夜間加算(都)		通達型加算		精神科医療連携体制加算		算定額計		
						コード	回数	算定額	コード	回数	算定額	コード	回数	算定額	回数	算定額	回数	算定額	回数	算定額	回数	算定額		回数	算定額
①																									
②																									
③																									
④																									
⑤																									
⑥																									
⑦																									
⑧																									
⑨																									
⑩																									
合計																									

## 手順③

総合計金額	
-------	--

受給者証番号	算定額計
合計	

- ・本シートは入力不要です。『都加算明細書』を作成すると自動的に集計されます。
- ・「総合計金額」を『都加算請求書』の請求金額欄に入力してください。
- ・着色されているセルは編集可能です。集計等にご活用ください。

(様式第三)

# 参考：国費明細書例

## 訓練等給付費等明細書

(共同生活援助)

市町村番号	*	*	*	*	*	*
助成自治体番号	*	*	*	*	*	*

令和 0 2 年 0 1 月分

受給者証番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1
支給決定障害者等氏名	世田谷 二郎								
支給決定に係る障害児氏名									

指定事業所番号	1	3	2	0	4	0	0	0	0	0
事業者及びその事業所の名称	社会福祉法人世田谷会 世田谷ホーム									
地域区分	1級地									

利用者負担上限月額 ① \* \* \* \* \*

障害支援区分 2

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

サービス種別	*	*	開始年月日	令和	*	*	年	*	*	月	*	*	日	終了年月日	平成	*	*	年	*	*	月	*	*	日	入院日数	*	*	外泊日数	*	*
--------	---	---	-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	-------	----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------	---	---	------	---	---

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位	摘要
生活援助 I 2	3 3 1 1 6 1 0 2 9 2	2 0 0	5 8 4 0		
生活援助 IV 2	3 3 1 5 6 1 0 3 2 2	0 5 0	1 6 1 0		
生援福祉専門職員配置等加算 I	3 3 6 0 3 7 0 0 1 0	2 5 0	0 2 5 0		
生援夜間支援等体制加算 I 3	3 3 5 6 2 0 0 0 3 3 6	1 8 0	0 5 3 8 4		
生援夜間支援等体制加算 III	3 3 5 6 4 0 0 0 1 0	0 7 0	0 0 7 0		

日中介護等支援加算欄	指定事業所番号	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
日中活動先事業所	事業所名称	* * * * * * * * * * * * * * * *												

サービス種類コード	サービス利用日数	給付単位数	単位数単価	総費用額	1割相当額	利用者負担額②	上限月額調整①②の内少ない数	調整後利用者負担額	上限額管理後利用者負担額	決定利用者負担額	請求額	給付費	自治体助成分請求額
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

特定障害者特別給付費	
給付費請求額	実費算定額
* * * * *	* * * * *

**ここに注目!!!**  
 「サービス内容」欄のうち、基本報酬と夜間支援等体制加算について、それぞれに対応する「サービスコード」と「回数」を『区加算明細書』に記入してください。  
 (例の場合)  
 「生活援助 I 2」と「生活援助 IV 2」(←体験利用の場合)が基本報酬となるため、『都加算明細書』の「基本報酬分」の「サービスコード」欄に「1161」と「1561」を入力し、「回数」欄にそれぞれ「20」と「5」を入力する。  
 ※サービス内容が「〇〇加算」となっていないものが基本報酬になります。  
 また、「生援夜間支援等体制加算 I 3」が夜間支援等体制加算となるため、『都加算明細書』の「夜間加算分」の「サービスコード」欄に「20」を入力し、「回数」欄に「18」と入力する。  
 ※サービス内容が「生援夜間支援等体制加算 I 〇」または「生援夜間支援等体制加算 II 〇」となっているものが夜間支援等体制加算 I または II になります。



# 記入例

## 区加算請求書(別紙) (共同生活援助)

第三者評価受審及び外部研修等受講の補助要件を確認するためのものです。経過措置期間の終了後は、必ず作成してください。

法人名称	社会福祉法人世田谷会								
指定事業所番号	1	3	2	0	4	0	0	0	0
事業所名称	世田谷ホーム								
事業所定員(前年度4月1日時点)	25人								

『都加算請求書』を入力すると自動的に記載されます。

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 02 年 01 月 22 日

※当初指定年月日と福祉サービス第三者評価受審完了年月日のうち、近い方の年月日を記入してください。  
 ※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。

外部研修等受講(前年度実績)

必要研修受講者数 1人

「事業所定員」欄を入力すると、「必要研修受講者数」が自動的に記載されます。

研修受講者氏名	研修受講年月日	研修名/研修開催者/研修概要
世田谷 太郎	令和2年1月10日	発達障害とは ～障害理解と支援の実践～ 東京〇〇センター 発達障害の理解と支援方法の例について

※前年度4月1日時点の事業所定員数を30で割った数以上の従業者が受講する必要があります。  
 ※必要な研修受講者数が4名を超える場合は、複数枚ご提出ください。  
 ※平成30年度から平成31年度までの間は空欄でも結構です。

# 参考

福祉サービス第三者評価結果報告書(令和〇〇年度) 年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構  
公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

『区加算請求書(別紙)』にある「福祉サービス第三者評価受審完了年月日」はこちらの日付を記載してください。

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名	担当分野	修了者番号
①	<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
②	<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
③	<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
④	<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
⑤	<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
⑥	<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	

福祉サービス種別 共同生活援助(グループホーム)

評価対象事業所名称 指定番号

現地調査をしたユニット名

現地調査をしたユニットの選定理由(複数選択可)

ユニットの特徵  
 前回の評価で訪問していないユニット  
 利用者調査結果  
 その他( )

事業所連絡先 所在地 TEL

事業所代表者氏名

契約日 年 月 日 契約日を入力してください。  
 利用者調査票配付日(実施日) 年 月 日 利用者調査票配付日(実施日)を入力してください。  
 利用者調査結果報告日 年 月 日 利用者調査結果報告日を入力してください。  
 自己評価の調査票配付日 年 月 日 自己評価の調査票配付日を入力してください。  
 自己評価結果報告日 年 月 日 自己評価結果報告日を入力してください。  
 訪問調査日 年 月 日 訪問調査日を入力してください。  
 評価合議日 年 月 日 評価合議日を入力してください。

コメント  
(利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。本報告書の内容のうち、  
 機関が定める部分を公表することに同意します。  
 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。  
 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名 印

参 考

福祉サービス第三者評価結果報告書（令和〇〇年度）

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構  
 公益財団法人 東京都福祉保健財団理事長 殿

『区加算請求書（別紙）』にある「福祉サービス第三者評価受審完了年月日」はこちらの日付を記載してください。

認証評価機関番号 電話番号 代表者氏名 機構 印

以下のとおり評価を行いましたので報告します。

評価者氏名・担当分野・評価者養成講習修了者番号	評価者氏名		担当分野	修了者番号
	①		<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
	②		<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
	③		<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
	④		<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
	⑤		<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
	⑥		<input type="checkbox"/> 福祉 <input type="checkbox"/> 経営	
福祉サービス種別	共同生活援助（グループホーム）			
評価対象事業所名称				指定番号
現地調査をしたユニット名				
現地調査をしたユニットの選定理由（複数選択可）	<input type="checkbox"/> ユニットの特徵 <input type="checkbox"/> 前回の評価で訪問していないユニット <input type="checkbox"/> 利用者調査結果 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
事業所連絡先	〒			
	所在地			
	TEL			
事業所代表者氏名				
契約日	年	月	日	契約日を入力してください。
利用者調査票配付日（実施日）	年	月	日	利用者調査票配付日（実施日）を入力してください。
利用者調査結果報告日	年	月	日	利用者調査結果報告日を入力してください。
自己評価の調査票配付日	年	月	日	自己評価の調査票配付日を入力してください。
自己評価結果報告日	年	月	日	自己評価結果報告日を入力してください。
訪問調査日	年	月	日	訪問調査日を入力してください。
評価合議日	年	月	日	評価合議日を入力してください。

<p>コメント (利用者調査・事業評価の工夫点、補助者・専門家等の活用、第三者性確保のための措置などを記入)</p>	
----------------------------------------------------------------	--

評価機関から上記及び別紙の評価結果を含む評価結果報告書を受け取りました。

- 本報告書の内容のうち、
- 機構が定める部分を公表することに同意します。
  - 別添の理由書により、一部について、公表に同意しません。
  - 別添の理由書により、公表には同意しません。

年 月 日

事業者代表者氏名 印

記入例

短期入所・グループホーム事業者用

新規  変更

(変更理由 1. 口座変更 2. 代表者変更 3. その他 ( ) )

支払口座振替依頼書

振込先金融機関	○×○×	銀行 信用金庫 信用組合 農協	○×○×	本店 支店 出張所				
金融機関コード	金融機関コード				支店コード			
	1	2	3	4	5	6	7	
預金種別	普通 当座							
口座番号	1	2	3	4	5	6	7	
振込口座	フリガナ	マ ル シ カ ク マ ル シ カ ク シ ッ キ ッ ヨ ウ シ ヨ						
	漢字等	○□○□事業所						

〇〇年 〇〇月 〇〇日

世田谷区長 あて

事業者コード	1	3	1	1	2	0	0	0	0	0
事業所	住所 (事業を実施する所在地)	(〒 154-0000 ) 世田谷区世田谷〇 - 〇 - 〇								
	電話番号	03-5432-0000				FAX	03-5432-0000			
	名称	○×○×								
	代表者名	(事業所の代表者が請求者となる場合のみ記入) 印								
事業者 (法人)	名称	○□○□								
	代表者名	世田谷 太郎 印								
地域区分	特別区 特甲地 甲地 乙地 丙地									

別紙『事業者情報調書』のとおり報告する。 10

世田谷区障害施策推進課から支払われる介護給付費・訓練等給付費は、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。

## 別表

## 支援事業対象者1人当たりの日額単価表（令和2年4月1日～）

（単位：円）

類型	配置 区分	障害支援区分等	都 加 算 日 額 単 価														
			1 級 地	2 級 地	3 級 地	4 級 地	5 級 地	6 級 地	7 級 地	その他							
介 護 サ ー ビ ス 包 括 型	4 対 1	第5条（2）ア、イ、ウ															
		区分6	1,891	2,103	2,156	2,315	2,421	2,632	2,791	2,950							
		区分5	1,413	1,589	1,633	1,764	1,852	2,028	2,159	2,290							
		区分4	1,212	1,362	1,399	1,511	1,587	1,735	1,847	1,960							
		区分3	1,066	1,187	1,216	1,308	1,369	1,490	1,580	1,670							
		区分2	826	920	942	1,012	1,059	1,151	1,220	1,290							
		区分1以下	245	322	341	399	438	515	572	630							
		個人ホームヘルプ（区分5）	0	0	0	0	0	50	146	240							
	個人ホームヘルプ（区分4）	0	107	136	223	281	397	484	570								
	第5条（2）エ、オ、カ																
	区分2以上	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190								
	区分1以下	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040								
	5 対 1	第5条（2）ア、イ、ウ															
		区分6	1,572	1,767	1,816	1,963	2,062	2,257	2,404	2,550							
		区分5	1,295	1,454	1,493	1,613	1,693	1,851	1,970	2,090							
		区分4	1,082	1,216	1,249	1,349	1,417	1,549	1,649	1,750							
		区分3	924	1,030	1,055	1,135	1,188	1,293	1,371	1,450							
		区分2	685	762	781	839	878	955	1,012	1,070							
		区分1以下	246	308	324	371	403	465	513	560							
		個人ホームヘルプ（区分5）	0	0	0	0	0	0	0	40							
	個人ホームヘルプ（区分4）	0	0	0	61	111	211	286	360								
第5条（2）エ、オ、カ																	
区分2以上	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480									
区分1以下	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530									
6 対 1	第5条（2）ア、イ、ウ																
	区分6	1,955	2,139	2,186	2,325	2,417	2,603	2,742	2,880								
	区分5	1,678	1,827	1,864	1,975	2,049	2,197	2,308	2,420								
	区分4	1,476	1,599	1,630	1,722	1,783	1,907	1,999	2,090								
	区分3	1,308	1,402	1,426	1,496	1,544	1,638	1,710	1,780								
	区分2	1,068	1,134	1,152	1,201	1,234	1,300	1,350	1,400								
	区分1以下	569	624	637	678	704	760	801	840								
	個人ホームヘルプ（区分5）	0	0	0	72	121	221	295	370								
個人ホームヘルプ（区分4）	245	334	356	423	468	557	624	690									

第5条(2)エ、オ、カ									
	区分2以上	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480
	区分1以下	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530
体 験	第5条(2)ア、イ、ウ								
	区分6	1,543	1,764	1,820	1,986	2,097	2,319	2,485	2,650
	区分5	1,065	1,251	1,297	1,436	1,528	1,713	1,852	1,990
	区分4	864	1,023	1,063	1,183	1,263	1,422	1,541	1,660
	区分3	718	847	880	979	1,045	1,174	1,273	1,370
	区分2	478	580	606	683	735	837	913	990
	区分1以下	0	0	16	81	125	211	275	340
第5条(2)エ、オ、カ									
	区分2以上	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190
	区分1以下	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040

類型	配置 区分	障害支援区分等	都 加 算 日 額 単 価							
			1級地	2級地	3級地	4級地	5級地	6級地	7級地	その他
日 中 サ ー ビ ス 支 援 型	3 対 1	第5条(2)ア、イ、ウ								
		区分6	1,891	2,103	2,155	2,315	2,421	2,632	2,791	2,950
		区分5	1,413	1,589	1,633	1,764	1,852	2,028	2,159	2,290
		区分4	1,211	1,362	1,399	1,511	1,586	1,735	1,848	1,960
		区分3	1,854	1,953	1,978	2,053	2,102	2,202	2,276	2,350
		区分2	1,325	1,405	1,424	1,483	1,523	1,602	1,661	1,720
		区分1以下	685	751	766	816	848	913	961	1,010
		個人ホームヘルプ(区分5)	0	0	0	0	0	51	146	240
		個人ホームヘルプ(区分4)	0	107	136	223	281	396	483	570
	第5条(2)エ、オ、カ									
		区分2以上	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190
		区分1以下	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040
	4 対 1	第5条(2)ア、イ、ウ								
		区分6	1,892	2,103	2,156	2,315	2,422	2,632	2,791	2,950
		区分5	1,413	1,588	1,633	1,764	1,852	2,028	2,159	2,290
区分4		1,211	1,361	1,399	1,511	1,586	1,736	1,848	1,960	
区分3		1,762	1,864	1,889	1,965	2,016	2,118	2,194	2,270	
区分2		1,220	1,303	1,323	1,385	1,426	1,508	1,569	1,630	
区分1以下		592	661	677	728	762	829	879	930	
		個人ホームヘルプ(区分5)	0	0	0	0	0	51	146	240
	個人ホームヘルプ(区分4)	0	106	136	223	281	397	484	570	
第5条(2)エ、オ、カ										

5 対 1		区分2以上	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	
		区分1以下	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	
	第5条(2)ア、イ、ウ										
		区分6	1,571	1,767	1,816	1,963	2,061	2,256	2,404	2,550	
		区分5	1,295	1,455	1,494	1,613	1,693	1,852	1,971	2,090	
		区分4	1,081	1,216	1,248	1,349	1,416	1,550	1,650	1,750	
		区分3	1,563	1,650	1,672	1,738	1,782	1,869	1,935	2,000	
		区分2	1,032	1,101	1,117	1,168	1,202	1,269	1,319	1,370	
		区分1以下	547	602	615	656	684	738	779	820	
		個人ホームヘルプ(区分5)	0	0	0	0	0	0	0	40	
		個人ホームヘルプ(区分4)	0	0	0	61	111	210	286	360	
	第5条(2)エ、オ、カ										
		区分2以上	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	
		区分1以下	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	
体 験	第5条(2)ア、イ、ウ										
		区分6	1,571	1,767	1,815	1,963	2,061	2,257	2,404	2,550	
		区分5	1,295	1,455	1,494	1,613	1,693	1,851	1,971	2,090	
		区分4	1,081	1,216	1,249	1,349	1,416	1,550	1,650	1,750	
		区分3	1,759	1,842	1,862	1,924	1,965	2,048	2,109	2,170	
		区分2	1,230	1,292	1,307	1,354	1,386	1,447	1,494	1,540	
		区分1以下	721	771	783	820	846	895	933	970	
	第5条(2)エ、オ、カ										
		区分2以上	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	
		区分1以下	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	

類型	配置 区分	障害支援区分等	都 加 算 日 額 単 価									
			1 級 地	2 級 地	3 級 地	4 級 地	5 級 地	6 級 地	7 級 地	その他		
外 部 サ ー ビ ス 利 用 型	4 対 1	第5条(2)ア、イ、ウ										
			区分2以上	1,395	1,472	1,491	1,549	1,588	1,665	1,722	1,780	
			区分1以下	245	322	341	399	438	515	572	630	
		第5条(2)エ、オ、カ										
			区分2以上	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	
			区分1以下	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	
	5 対 1	第5条(2)ア、イ、ウ										
			区分2以上	1,196	1,258	1,274	1,321	1,353	1,415	1,463	1,510	
			区分1以下	246	308	324	371	403	465	513	560	
		第5条(2)エ、オ、カ										

	区分2以上	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	
	区分1以下	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	
6 対 1	第5条(2)ア、イ、ウ									
	区分2以上	1,519	1,574	1,587	1,628	1,654	1,710	1,751	1,790	
	区分1以下	569	624	637	678	704	760	801	840	
	第5条(2)エ、オ、カ									
	区分2以上	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	3,480	
	区分1以下	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	2,530	
体 験	第5条(2)ア、イ、ウ									
	区分2以上	1,058	1,144	1,166	1,231	1,275	1,361	1,425	1,490	
	区分1以下	0	0	16	81	125	211	275	340	
	第5条(2)エ、オ、カ									
	区分2以上	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	4,190	
	区分1以下	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	3,040	



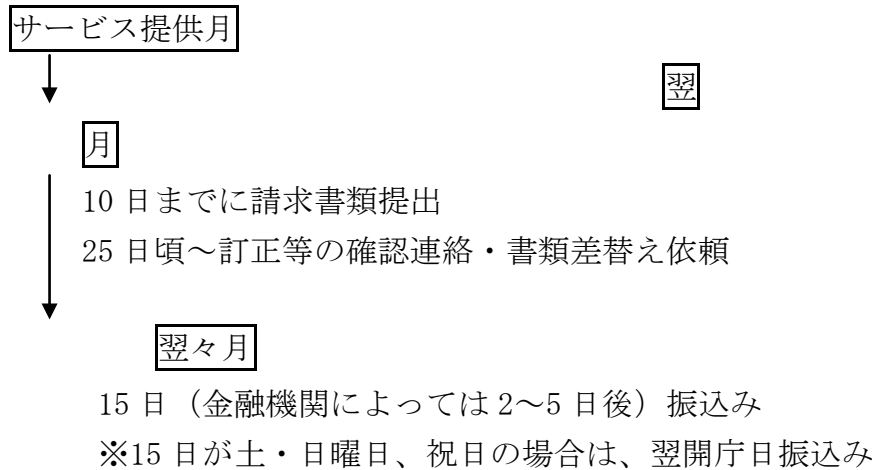
### 3 区からの支払い

区で提出していただいた請求書類を確認後、指定された口座にお振込みします。

振込先の口座を区に届け出していない場合は、様式集の「支払口座振替依頼書」に必要事項を記入して世田谷区障害福祉部障害施策推進課へ提出してください。

また、区から振込み完了の通知はいたしません。振込み日にご確認をお願いします。

#### ☆ 提出から支払いまでのスケジュール



- ◆差替えの書類を提出していただく際は、初回に提出していただいた書類と区別ができるように、差替えである旨を明記したメモ又は付せん等をつけてください。