

●加算届の提出書類一覧(児童福祉法関係)

※変更届出書(第2号様式)のご提出をお願いします。

※加算変更をする場合、①障害児(通所・入所)給付費算定に係る体制等に関する届出書(様式第1号)の添付がないと加算の変更として受領できませんのでご注意ください。

※加算を追加する場合には、算定開始月の前月15日までに財団へ届くよう提出してください。(15日が休業日の場合は、前日の営業日までに財団へ届くよう提出してください。)

※加算が取れなくなった場合は、算定できなくなった事実が発生した後速やかに提出してください。

※実務経験証明書は写しの提出も可能です。

* 勤務形態一覧表を添付する変更事由が生じた際に、従業員の資格証／実務経験証明書を従前の変更届で届け出でない場合は、必ず当該従業者の資格証／実務経験証明書を添付してください。

※育児・介護及び治療のための所定労働時間の短縮等の措置が講じられている従業者について、週30時間以上の勤務により常勤として配置している場合は、勤務形態一覧表の育児介護時短届出欄に適応日を記載し、法人内の手続きで、短時間制度を申請・適用したことが分かる書類を添付してください。

様式は別ファイルです。

必須書類

様式は別ファイルです。

加算区分(請求単位数)が変更になる際は、既に提出の有無に関わらず、加算対象者の資格や実務経験証明書を必ず添付してください。

※資格証や実務経験証明書(資格取得後5年以上)、勤続年数(3年以上)がわかるものなど

・様式は別ファイルです。

・多機能の場合はサービス単位別と全体の一覧表が必要です。

様式は別ファイルです。

様式 加算等	変更届出書(第2号様式)	付表 (サービスにより様式が異なります)	①障害児(通所・入所)給付費算定に係る体制等に関する届出書(様式第1号)	②障害児通所・入所給付費算定に係る体制等に関する届出書	③報酬算定区分に関する届出書	④児童指導員加算に関する届出書	⑤専門的支援体制加算に関する届出書	⑥専門的支援実施加算に関する届出書	⑦看護職員加配加算に関する届出書	⑧福祉専門職配置等加算に関する届出書	⑨栄養士配置体制加算	⑩強度行動障害児支援加算に関する届出書(放デイ)	⑪強度行動障害児支 援実施加算に関する届出書(放デイ)	⑫個別サポート加算に関する届出書(放デイ)	⑬送迎加算に関する届出書(重心児・医ケア児)	⑭延長支援加算に関する届出書(重心児・医ケア児)	⑮中核機能強化加算・中核機能強化事業所加算に関する届出書	⑯視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算に関する届出書	⑰人工内耳装用児支援加算に関する届出書	⑱入浴支援加算に関する届出書	⑲共生型サービス体制強化加算	⑳訪問支援員に関する届出書(特別加算・多職種連携・ケニアーズ対応)	㉑自己評価結果等の公表状況に関する届出書	㉒支援プログラムの公表状況に関する届出書	勤務形態一覧表	資格免状(研修修了証)等の写し	実務経験証明書(写し可)	運営規程 図面又は写真	安全計画
Excelシート番号			①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	⑯	⑰	⑱	⑲	㉑	㉒	様式は別ファイルです。					
③報酬算定区分(医ケア区分含む)	●	●	●	●	●																								
④児童指導員等加配加算	●	●	●	●		●																		●	●	●			
⑤専門的支援体制加算	●	●	●	●			●																	●	●	●			
⑥専門的支援実施加算	●	●	●	●				●																●	●	●			
⑦看護職員加配加算	●	●	●	●					●															●	●				
⑧福祉専門職配置等加算(I)	●	●	●	●						●														●	●	●			
⑨福祉専門職配置等加算(II)	●	●	●	●							●													●	●	●			
⑩福祉専門職配置等加算(III)	●	●	●	●							●													●					
栄養士配置体制加算	●	●	●	●							●													●	●				
⑪食事提供加算	●	●	●	●								●												●	●				
⑫強度行動障害児支援加算(児発、居宅訪問、保育所等)	●	●	●	●									●											●	●				
⑬強度行動障害児支援加算(放デイ)	●	●	●	●										●										●	●				
⑭個別サポート加算(I)	●	●	●	●	●										●									●	●				
⑮送迎加算に関する届出書(重心児、医ケア児)	●	●	●	●												●								●	●				
⑯延長支援加算	●	●	●	●													●												
⑰中核機能強化加算・中核機能強化事業所加算	●	●	●	●														●						●	●	●			
⑱視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算	●	●	●	●														●						●	●				
⑲人工内耳装用児支援加算	●	●	●	●															●					●	●				
⑳入浴支援加算	●	●	●	●															●						●	●			
㉑共生型サービス体制強化加算	●	●	●	●															●						●	●			
㉒訪問支援員加算(特別加算・多職種連携・ケニアーズ対応)	●	●	●	●																●									
定員の変更	●	●	●	●																					●				
㉑自己評価結果等の公表状況に関する届出書	●																												
支援プログラムの公表に関する届出書	●																												
主たる対象児(重心外／重心)の追加	●	●	●	●	▲																			●	▲	●			
開所時間減算	●	●	●	●																				●					
【定員超過利用／サービス提供職員欠如／児童発達支援管理責任者欠如】の各種減算の開始／解除	●	●	●	●																									
【自己評価結果未公表／支援プログラム未公表／身体拘束廃止未実施／虐待防止措置未実施／業務継続計画未策定／情報公表未報告】の各種減算の開始／解除	●																												

減算を開始する場合、変更届出書(第2号様式)は

(変更前)〇〇〇の減算：なし ⇒ (変更後)〇〇〇の減算：ありと表記

減算を解除する場合、変更届出書(第2号様式)は

(変更前)〇〇〇の減算：あり ⇒ (変更後)〇〇〇の減算：なしと表記

★★★減算開始後は、減算解除の届出が提出されるまで減算算定状態が継続されます。減算を解除する際は必ず「減算解除」の届出が必要です。★★★

※変更後、10日以内に届出ください。

●必要書類／この他参考になる書類がありましたら添付してください。なお、収受印を押した変更届の写しを希望される場合は、変更届の写しと切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

●変更届提出先

〒163-0718

東京都新宿区西新宿2丁目7番1号 新宿第一生命ビル18階
公益財団法人東京都福祉保健財団 事業者支援部 障害福祉事業者指定室
(サービス名) 宛

変更事由／変更後内容を記載の必要書類	① 変更届出書	付表	登記簿謄本 (履歴事項全部証明)	条例 (公営事業所のみ)	事業所の 平面図	③ 設備・備品 リスト	経歴書					④ 管理 者	⑤ 児童発 達支援 管理責任 者	資格 免状 の写 し	児童発達 支援管理 責任者研 修修了証 書(*3)	相談支援 従事者研 修修了証 書(*3)	実務 経験 証明 書	勤務形 態一覧 表(*1)	運営 規程	⑧ 非該当誓 約書 及び 役員等名 簿	協力医 療 機関リス ト	⑨ 耐震 化 調査 票
							③	④	⑤	資格 免状 の写 し	児童発達 支援管理 責任者研 修修了証 書(*3)											
備考	①					③	④	⑤										⑧	⑨			
1 事業所(施設)の名称	●	●														●						
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所) (*4) *電話・FAX番号が変わった場合は必ず電話・FAX番号も記載すること	●	●	法人所轄庁が 変わる場合			(*2)	●										●		●			
3 申請者(設置者)の名称 【法人名変更】	●			●												●						
4 主たる事務所の所在地 【法人本部・区市町村役所の移転】 *電話・FAX番号が変わった場合は必ず電話・FAX番号も記載すること	●		●	●																		
5 代表者の氏名及び住所	●		●													●						
6 登記簿の謄本 又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	●		●	●												●						
7 医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること	●		役員等の変更 の場合は不要																			
8 事業所(施設)の平面図及び設備の概要 (*4)	●					(*2)	●															
9 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	●	●						●							●	●						
10 事業所の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所	●	●						●	●	●	●	●	●	●	●	▲						
11 主たる対象者(重心／重心外の追加含む) (*5)	●	●													●	●	児童発達支援管理責任 者が増減する場合には必 要					
12 運営規程 【営業時間の変更等】	●	●														●	●					
13 障害児(入所・通所)給付費の請求に関する事項 (定員区分の変更を伴う定員の変更も対象となります)																		営業時間変更／送迎 を新たに実施する場合				
14 協力医療機関の名称及び診療科名 並びに当該医療機関との契約内容	●	●															●					

* 1 勤務形態一覧表を添付する変更事由が生じた際に、従業員の資格証／実務経験証明書を従前の変更届で届け出でていない場合は、必ず当該従業者の資格証／実務経験証明書を添付すること。

* 2 写真、賃貸借契約書、設備基準チェックリストを添付すること。

* 3 やむを得ない事情により、児発管が不在になる場合はやむを得ない事由によるみなし配置について都への相談を行うこと。

* 4 移転・レイアウト変更の際は、平面図及びチェックが完了した設備基準チェックリストを変更日の2か月以上前までに都(R5.4以降は東京都福祉保健財団)へメール等で提出する必要があります。

* 5 加算に関する内容が含まれるため、前月15日までに提出が必要です。なお、加算に関する書類についても添付が必要です。(添付書類(報酬関係)ファイルを参照すること)

名称・診療科
名・所在地を
記載
(契約書や協
定書も添付す
ること)