

視覚・聴覚言語障害者支援体制加算に係る添付書類

事業所番号																				
事業所の名称																				
障害福祉サービスの種類 ※該当サービスに○を記入	生活介護	自立訓練(機能訓練)	自立訓練(生活訓練)	多機能型 有・無																
	就労移行支援	就労継続支援A型	就労継続支援B型																	
	施設入所支援	宿泊型自立訓練	共同生活援助																	
利用者数	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">前年度における1日の利用者数の平均値</td> <td style="width: 30%;"></td> <td rowspan="3" style="width: 30%; vertical-align: middle;">←重複のある利用者については1人と計算する</td> </tr> <tr> <td>①身体障害者手帳2級以上を所持する視聴覚障害者, ②身体障害者手帳3級を所持する言語機能障害者, ①, ②のいずれかを満たす利用者の前年度における1日の利用者数の平均値</td> <td></td> </tr> <tr> <td>上記の利用者の割合</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">※別紙9-2を添付してください。</p>				前年度における1日の利用者数の平均値		←重複のある利用者については1人と計算する	①身体障害者手帳2級以上を所持する視聴覚障害者, ②身体障害者手帳3級を所持する言語機能障害者, ①, ②のいずれかを満たす利用者の前年度における1日の利用者数の平均値		上記の利用者の割合										
前年度における1日の利用者数の平均値		←重複のある利用者については1人と計算する																		
①身体障害者手帳2級以上を所持する視聴覚障害者, ②身体障害者手帳3級を所持する言語機能障害者, ①, ②のいずれかを満たす利用者の前年度における1日の利用者数の平均値																				
上記の利用者の割合																				
人員配置の状況	<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%;">人数</th> <th style="width: 20%;">該当者氏名</th> <th style="width: 25%;">内容(資格名称等)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>点字の指導, 点訳, 歩行支援等を行うことができる者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>手話通訳等を行うことができる者</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td>必要人員数</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					人数	該当者氏名	内容(資格名称等)	点字の指導, 点訳, 歩行支援等を行うことができる者				手話通訳等を行うことができる者				合計		必要人員数	
	人数	該当者氏名	内容(資格名称等)																	
点字の指導, 点訳, 歩行支援等を行うことができる者																				
手話通訳等を行うことができる者																				
合計		必要人員数																		

備考

- 1 多機能型事業種別については, その旨を記載してください。
- 2 要件について根拠となる(要件を満たすことがわかる)書類も提出してください。(資格証等)

視覚・聴覚言語障害者の状況に係る一覧表

	氏名	身体障害者手帳			療育手帳	合計数
		視覚 (2級以上)	聴覚 (2級)	言語 (3級)		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

本表は、次に該当する利用者を記載してください。

- 1 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障がある視覚障害を有する者
- 2 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある聴覚障害を有する者
- 3 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障がある言語機能障害を有する者