

「新型コロナウイルスに係わる対応について」
各市町村別の「通知文」及び別紙申請用紙・様式など

～ 目 次 ～

市町村名（枚数）	頁
鎌ヶ谷市（5枚）・・・・・・・・	2
佐倉市（3枚）・・・・・・・・	8
白井市（1枚）・・・・・・・・	12
千葉市（5枚）・・・・・・・・	14
船橋市（13枚）・・・・・・・・	23
八街市（6枚）・・・・・・・・	38

鎌ヶ谷市

通知文・・・・・・・・1枚

別紙・・・・・・・・3枚

令和2年5月12日

障害児通所事業所各位

鎌ヶ谷市 障がい福祉課

新型コロナウイルス感染防止のための学校の臨時休業に伴う放課後等デイサービス利用増加についての調査（依頼）

当市の障がい福祉行政の推進につきましては、日頃からご理解とご協力を賜り厚く感謝申し上げます。

さて、このたび新型コロナウイルス感染防止のための学校の臨時休業に伴う放課後等デイサービスの利用増加（令和2年3月2日から春休み前日まで）について下記のとおりご回答いただきますようお願い申し上げます。

なお、今回の利用増加による保護者負担額の増加分については下記過誤申立手続により市から事業所に返還いたします【令和2年7月請求分として処理】。すでに保護者から増加分を徴収している場合には、大変お手数ではございますが各事業所から返金していただくようお願い申し上げます。

※4月分以降については別途依頼いたします。

記

- 1 新型コロナウイルスに係る放課後等デイサービス増加分計算シート（別紙1）
…今回の臨時休業に伴う利用があったすべての事業所が対象。各児童につき1枚ずつコピーして作成ください。
- 2 学校の臨時休業に伴う保護者負担額かかりまし分（別紙2）
…今回の臨時休業に伴う利用があったすべての事業所が対象。1事業所につき1枚作成してください。
- 3 放課後等デイサービス通所給付費過誤申立書（別紙3）
…臨時休業に伴う利用増加によって保護者負担額が増加した利用者がいる場合のみ作成してください。なお、差額分請求に係る過誤請求は令和2年7月をお願いいたします。入力方法については別紙4参照。
- 4 提出期限 令和2年6月5日必着

鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷二丁目6番1号
鎌ヶ谷市障がい福祉課 支援係
担当：井上 仲村
TEL：047-445-1307（直通）

新型コロナウイルス感染症対策に係る放課後等デイサービス補助対象額計算シート (3月2日～春休み前日分)

1. コロナ関連による新規契約者受け入れ数

- ① 3月2日から春休みの前日までのコロナ関連による新規受け入れ延べ人数
- ② その事業所の一人当たりの基準の単価(円)
- ③ ①×②

人
単位
単位

※基準の単価とは基本報酬(休園日単価)に、児童指導員等配置加算、児童支援員等配置加算(Ⅰ,Ⅱ)、管理職員配置加算、福祉専門職員配置加算(Ⅰ～Ⅲ)で算定しているものを加えたもの。

2. 既に契約済み児童のコロナ関連による利用費の増加分

- ① 既に契約済み児童のうち、3月2日から春休みの前日までにコロナ関連で利用が増加した児童の利用延べ人数
- ② その事業所一人当たりの基準の単価
- ③ ①×②

人
単位
単位

3. 1. 2. の対象に係る各種加算

※3月2日から春休み前日までの事業所での延べ算定回数

- ① 家庭連携加算(1時間未満)
- ② 家庭連携加算(1時間以上)
- ③ 事業所内相談支援加算
- ④ 訪問支援特別加算(1時間未満)
- ⑤ 訪問支援特別加算(1時間以上)
- ⑥ 欠席時対応加算
- ⑦ 特別支援加算
- ⑧ 通産障害児支援加算
- ⑨ 医療連携体制加算(Ⅰ)
- ⑩ 医療連携体制加算(Ⅱ)
- ⑪ 医療連携体制加算(Ⅲ)
- ⑫ 医療連携体制加算(Ⅳ)
- ⑬ 医療連携体制加算(Ⅴ)
- ⑭ 医療連携体制加算(Ⅵ)
- ⑮ 送迎加算
- ⑯ 送迎加算(重心児の場合)
- ⑰ 関係機関連携加算(Ⅰ)、(Ⅱ)
- ⑱ 保育・教育等移行支援加算
- ⑳ ①～⑱の合計

回数	単価	合計	単位
回	×187単位		単位
回	×280単位		単位
回	×35単位		単位
回	×187単位		単位
回	×280単位		単位
回	×94単位		単位
回	×54単位		単位
回	×155単位		単位
回	×500単位		単位
回	×250単位		単位
回	×600単位		単位
回	×100単位		単位
回	×1,000単位		単位
回	×500単位		単位
回	×64単位		単位
回	×37単位		単位
回	×200単位		単位
回	×500単位		単位
回			単位

4. 3月2日から春休みの前日までの休園日単価との乗積分

- ① 事業所の児童数にの一人当たりの基本報酬単価
- ② 事業所の学校休園日の一人当たりの基本報酬単価
- ③ 補助金対象単価(①-②)
- ④ 利用日数
- ⑤ ③×④

単位
単位
単位
単位
単位

5. 3月2日から春休みの前日までの居宅支援の実績分

3月2日から春休みの前日までの間の居宅支援加算単価(※算定の仕方は別紙参照)

- ① 1時間未満(重心以外)
- ② 1時間以上2時間未満(重心以外)
- ③ 2時間以上(重心以外)
- ④ 1時間未満(重心の場合)
- ⑤ 1時間以上2時間未満(重心の場合)
- ⑥ 2時間以上(重心の場合)
- ⑦ ①～⑥の合計

回数	単価	合計	単位
回	×61単位		単位
回	×92単位		単位
回	×123単位		単位
回	×128単位		単位
回	×192単位		単位
回	×256単位		単位
回			単位

6. A+B+C+D+E

単位

7. F×(福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員処遇改善特別加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算)のいずれか

単位

報酬合計 単位

学校の臨時休業に伴う保護者負担額かかりまし分 (3月分)			事業所番号		
			事業所名		
			担当者名		
			TEL		
児童氏名	休業がなかった場合の利用日数	休業がなかった場合の保護者負担額	今回の利用日数 (休業による増加分含む)	今回の保護者負担額 (休業によるかかりまし分含む)	差額

417

放課後等デイサービス通所給付費過誤申立書

市町村番号 : 1 2 2 2 4 2
 市町村名 : (あて先) 鎌ヶ谷市原

事業所番号	
事業所名称	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



下記の通所給付費について、過誤を申し立てます。

申立年月日 : 令和 年 月 日

番号	受給者証番号	フリガナ 受給者氏名	サービス提供年月	請求年月
1			令和2年3月	
2			令和2年3月	
3			令和2年3月	
4			令和2年3月	
5			令和2年3月	
6			令和2年3月	
7			令和2年3月	

※申立事由コード (前2桁: 様式番号、後2桁: 申立理由番号)

【様式番号】(前2桁)

1 0	介護給付費・訓練等給付費等明細書 (様式第二)
1 1	<共同生活介護、共同生活援助以外> 介護給付費・訓練等給付費等明細書 (様式第三)
2 0	<共同生活介護、共同生活援助> サ一ビス利用計画作成費請求書 (様式第四)
3 0	特例介護給付費・特例訓練等給付費明細書 (様式第六)
5 0	<養護施設> 地域生活支援事業明細書

【申立理由番号】(後2桁)

0 1	台帳誤り修正による市町村申立の過誤調整
0 2	請求誤りによる実績取り下げ
0 9	時刻による市町村申立の取り下げ
1 1	台帳誤り修正による事業所申立の実績取り下げ
3 2	提供実績記録票誤りによる実績の取り下げ
3 3	上限の誤りによる実績取り下げ
9 0	その他の事由による台帳過誤
9 9	その他の事由による実績の取り下げ

別紙4

(例)

(様式第二)

障害児通所給付費・入所給付費等明細書																																								
都道府県等番号					令和					年		月分																												
助成自治体番号																																								
受給者証番号					<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">請求事業者</td> <td colspan="5">指定事業所番号</td> <td colspan="5" rowspan="2">事業者及びその事業所の名称</td> <td colspan="5" rowspan="2">地域区分</td> </tr> <tr> <td colspan="5">給付決定保護者氏名</td> </tr> <tr> <td colspan="5">給付決定に係る障害児氏名</td> </tr> </table>										請求事業者	指定事業所番号					事業者及びその事業所の名称					地域区分					給付決定保護者氏名					給付決定に係る障害児氏名				
請求事業者	指定事業所番号															事業者及びその事業所の名称															地域区分									
	給付決定保護者氏名																																							
	給付決定に係る障害児氏名																																							
利用者負担上限月額①					4600																																			
利用者負担上限額					指定事業所番号					管理結果					3					管理結果額					800															
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		令和		年		月		日		利用日数		入院日数																
		開始年月日		令和		年		月		日		終了年月日		令和		年		月		日		利用日数		入院日数																
給付明細欄		サービス内容		サービスコード		単位数		回数		サービス単位数		摘要																												
														通常の 入力																										
サービス種類コード		サービス利用日数		日		日		日		日		合計																												
給付単位数		単位数単価		円/単位		円/単位		円/単位		円/単位		/																												
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																					
		10000		1000		1000		1000		800		800		9200																										
特定入所障害児 食費等給付費		算定日額		日数		給付費請求額		実費算定額																																
										枚中		枚目																												

注、当該給付決定に係る障害児が児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)第24条第3号に定める無償化対象通所児童又は同令第27条の2第3号に定める無償化対象入所児童である場合であっても、「利用者負担上限月額①」欄には、当該給付決定に係る障害児が無償化対象期間外であるものとして算定した利用者負担上限月額を記入することとする。

佐倉市

別紙・・・・・・・・3枚

佐倉市における在宅支援予定者 連絡票

(提出日) 令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名	
サービス種類	

(1) 在宅支援予定の対象者

順	受給者番号	氏名	生年月日	在宅支援開始日
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

(2) 在宅利用者に対するサービス提供内容

【問い合わせ先】

電 話:	
F A X:	
E-mail:	
担当者:	

佐倉市における在宅支援（終了） 連絡票

(提出日) 令和 年 月 日

事業所番号	
事業所名	
サービス種類	

(1) 在宅支援予定の対象者

No.	受給者番号	氏名	生年月日	在宅支援終了日	理由
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

【問い合わせ先】

電話:	
F A X:	
E-mail:	
担当者:	

佐倉市における在宅支援 実績票

(令和 年 月分)

受給者番号	
利用者氏名	
生年月日	

(1) 実績

日	曜日	実績	支援方法	日	曜日	実績	支援方法
1日	水			16日	木		
2日	木			17日	金		
3日	金			18日	土		
4日	土			19日	日		
5日	日			20日	月		
6日	月			21日	火		
7日	火			22日	水		
8日	水			23日	木		
9日	木			24日	金		
10日	金			25日	土		
11日	土			26日	日		
12日	日			27日	月		
13日	月			28日	火		
14日	火			29日	水		
15日	水			30日	木		
				31日			

【問い合わせ先】

電 話：	
F A X：	
E-mail：	
担当者：	

白井市

別紙・・・・・・・・1枚

新型コロナウイルス感染症に係る臨時的取扱いに基づく支援記録

※本記録については対象者及び支援日毎に1枚ずつ記録を保存すること

事業所名		記録者名	
サービス種類		運営状況	通常・休止中・縮小運営 その他()
支援実施日	令和2年 月 日	利用者名	
対応時間	時 分～ 時 分	対応手段	利用者宅・電話 その他()
支援の記録内容 (※利用者又は保護者から支援の要請があった場合のみ算定可能)			
具体的な支援内容			
利用者(保護者)から要請された支援の内容			
事業所が行った具体的支援の内容			
体調の確認(検温、呼吸器系、体調)			
体温: °C 呼吸器系: 異常なし・異常あり			
体調に関すること			
利用者(保護者)に対する説明・同意をとり、上記支援の提供を行いました。			
令和 2年 月 日 サービス提供者氏名 印			

- ※1: 単なる欠席連絡(特段支援が不要との意向の場合)での対応は「欠席時対応加算」になります。
- ※2: 従来通り他事業所・他サービスとの重複があった場合は返戻の可能性があります。
- ※3: 実績記録確認票の「備考欄」に「新型コロナウイルス対応」の旨を記載すること。
- ※4: 本記録については1か月分まとめた記録の写しを、提供翌月の15日までに白井市障害福祉課給付班まで提出してください。
- ※5: 当該支援は各種サービス費の基本報酬となるものです。通常利用と同じ利用者負担が発生しますので、利用者・保護者に対する説明・同意を必ずとること。説明・同意がなかった場合は、報酬算定できませんので、ご注意ください。

