

別記様式第1号（第6条関係）

文京区長 殿

網掛けの部分に必要事項を記入してください。
なお、変更交付申請書類及び実績報告書類の記載方法も、基本的には同じです。



① 年 月 日

主たる事業所の所在地
東京都文京区春日〇-〇-〇
法人名: 社会福祉法人 文京の会
代表者名: 理事長 文京 花子
事業所名: 文京区障害者日中活動センター



①日付は空欄にしてください。

②法人の代表者印を押印してください。

③事務処理の効率化のため、捨印を押印してください。

文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付申請書 (令和×年度)

④年度を記入してください。

文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付要綱第6条の規定により補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、以下のとおり申請します。

申請額 金 16,306,000 円

(申請額の内訳)

基本補助	10,506,000 円
メニュー選択式加算	3,894,000 円
障害者等雇用加算	1,306,000 円
第三者評価受審経費	600,000 円
合計	16,306,000 円

(申請書類)

- ④ 令和×年度 文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金所要額調査書 (別紙1) のとおり
- 基本補助算定内訳 (別紙2) のとおり
- メニュー選択式加算選択メニュー一覧表 (別紙3) のとおり
- 障害者等雇用加算雇用者名簿 (別紙4) のとおり
- 福祉サービス第三者評価の実施状況 (別紙5) のとおり

事業所名	文京区障害者日中活動センター
担当者	文京 花子
電話	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇
e-mail	〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇

⑤ 令和×年度文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金所要額調書

⑤年度を記入してください。

法人名	社会福祉法人 文京の会
事業所名	文京区障害者日中活動センター

(単位:円)

補助基準		単価	延べ人数	申請額
基本補助		17,000 円	618 人	10,506,000円
メニュー選択式加算		72,000 円	50 人	3,600,000円
医療的ケア児受入あり	○	98,000 円	3 人	294,000円
障害者等雇用加算		1,306,000 円		1,306,000円
第三者評価 受審経費	当該年度受審の場合○↓ ○			⑥ 600,000円
合計				16,306,000円

⑥交付申請及び変更交付申請時は自動で計算されるため、入力不要です。実績報告時は、実際にかかった金額を直接入力してください。

別紙3 「メニュー選択式加算」 選択メニュー一覧表

事業所名	文京区障害者日中活動センター
------	----------------

選択メニュー	達成状況
(1) 重度者の受入れ ア 生活介護事業所について 前年度に障害支援区分4～6（4は行動関連項目10点以上）の利用者を30%以上受け入れている。 イ 自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援事業所について 前年度に障害支援区分4～6（4は行動関連項目10点以上）の利用者、身体障害者手帳1級、愛の手帳1度若しくは精神保健福祉手帳1級を持つ利用者又は障害基礎年金1級を受給している利用者を30%以上受け入れている。 ※満50歳以上の利用者は1区分上位として扱う。	○
(2) 医療的ケアを要する者の受入れ 前年度に医療的ケアを要する者の受入れを実施している。	○
(3) グループホームのバックアップ施設 共同生活援助のバックアップ施設である。	○
(4) 東京都障害福祉計画に定める就労移行実績の達成 ア 全事業所（就労継続支援B型事業所を除く。） 直近2年間のいずれかで障害福祉計画に定める就労移行実績を達成している。 イ 就労継続支援B型事業所 直近2年間のいずれかで就労継続支援実績又は別に定める工賃実績を達成している。	○
(5) 地域移行者の受入れ 前年度に地域移行者の受入れを実施している。	○
(6) 都の指定する研修の受講及び事業所内研修の実施 3年（当該年度及び過去2年）に一度、東京都が指定する研修を受講し、かつ、当該研修を踏まえた事業所内研修を実施している。	○

判定	○
----	---

2. 各メニューの添付様式

- (1) 重度対象者名簿〔別紙3添付様式1〕
 - (2) 医療的ケアを要する利用者の受入れ状況〔別紙3添付様式2〕
 - (3) GH, CHに対するバックアップの実施状況〔別紙3添付様式3〕
 - (4) ア 障害福祉計画における就労移行実績の達成状況〔別紙3添付様式4-1〕
 - (4) イ 目標工賃の達成状況〔別紙3添付様式4-2〕
 - (5) 地域移行者の受け入れ状況〔別紙3添付様式5〕
 - (6) 都の指定する研修の受講及び事業所内研修の実施状況〔別紙3添付様式6〕
- ※また、以下の資料について、事業所内で備えおくこと。
- ・指定研修を受講したことが確認できる書類（研修修了証、受講証明書等）
 - ・事業所内研修を実施したことが確認できる書類（研修報告書、研修資料等）

別紙3 添付様式1

生活介護事業所用 重度対象者名簿（メニュー選択式加算用）

事業所名 文京区障害者日中活動センター

No.	サービス種別 ^⑨	氏名	年齢	実施機関	利用開始日 ^⑩	障害支援区分	上位区分該当 ^⑪	行動関連項目点数 ※区分4のみ
1	生活介護	文京 太郎	25	文京区	平成〇年〇月〇日	5		
2	生活介護	春日 次郎	60	文京区	平成〇年〇月〇日	4	○	
3	生活介護	後楽 三郎	50	文京区	平成〇年〇月〇日	2	○	10点
4	生活介護	小石川 四郎	49	文京区	平成〇年〇月〇日	3		12点
5	生活介護	本郷 五郎	36	文京区	平成〇年〇月〇日	3		13点
6	生活介護	白山 六郎	62	文京区	平成〇年〇月〇日	5	○	
7	生活介護	小日向 七郎	55	文京区	平成〇年〇月〇日	3	○	15点
8	生活介護	根津 八郎	33	文京区	平成〇年〇月〇日	5		
9	生活介護	水道 九郎	45	〇〇市	平成〇年〇月〇日	4		11点
10	生活介護	目白台 十郎	46	〇〇区	平成〇年〇月〇日	5		
11	生活介護	音羽 十一郎	53	〇〇区	平成〇年〇月〇日	6	○	
12	生活介護							
13	生活介護							
14	生活介護							
15	生活介護							
16	生活介護							
17	生活介護							
18	生活介護							
19	生活介護							
20	生活介護							

⑨交付申請時及び変更交付申請時は前年度末に在籍している方、実績報告時は当年度末現在に在籍している方を記入してください。なお、対象者の氏名のみ記入してください。

⑩実際の障害支援区分を記入してください。50歳以上の場合でも、1区分上位にしないでください。

⑪区分4の方(50歳以上は区分3の方)は必ず記入してください。

⑫	年度当初の定員等(a)	必要人数 (a)×30%(端数切り上げ)	該当者数	算定要件
	50名	15名	15名	○

⑫定員、必要人数及び該当者数は、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援の合計人数で算出されます。

(注) 年齢、障害支援区分、行動関連項目は前年度末現在を記入してください。なお、満50歳以上の利用者の障害支援区分は1区分上位となります。行が足りない場合は適宜追加してください。

別紙3 添付様式1

自立訓練、就労継続支援A型・B型、就労移行支援事業所用 重度対象者名簿（メニュー選択式加算用）

事業所名 文京区障害者日中活動センター

No.	サービス種別	氏名	年齢	実施機関	利用開始日	障害支援区分	上位区分該当	行動関連項目点数 ※区分4のみ	身体障害者手帳 1級	愛の手帳 1度	精神保健福祉手帳 1級	障害基礎年金 1級
1	就労継続支援B型	向丘 十二郎	45	文京区	平成〇年〇月〇日	4		10点		○		
2	就労継続支援B型	関口 十三郎	39	文京区	平成〇年〇月〇日	5					○	
3	就労継続支援B型	西片 十四郎	28	〇〇市	平成〇年〇月〇日	4		10点			○	
4	就労継続支援B型	湯島 十五郎	34	〇〇区	平成〇年〇月〇日	6				○		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

年度当初の定員等(a)	必要人数 (a)×30%(端数切り上げ)	該当者数	算定要件
50名	15名	15名	○

(注) 年齢、障害支援区分、行動関連項目は前年度末現在を記入してください。
 なお、満50歳以上の利用者の障害支援区分は1区分上位となります。
 行が足りない場合は適宜追加してください。

別紙3 添付様式2

医療的ケアを要する利用者の受入れ状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター
医療的ケア者の人数	3

No.	氏名	実施機関	医療的ケアの内容
1	本郷 一郎	文京病院	1 人工呼吸器（鼻マスク式補助換気法、ハイフローセラピー、間歇的陽圧吸入法、排痰補助装置、高頻度胸壁振動装置を含む）の管理
2	小石川 二郎	文京病院	2 気管切開の管理
3	大塚 三子	文京病院	3 鼻咽頭エアウェイの管理
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

グループホームに対するバックアップの実施状況

事業所名 文京区障害者日中活動センター

1. バックアップ先グループホーム及び事業者指定上の連携体制等の有無

バックアップ先のグループホーム			
事業者番号	住居名称（上段） 事業所名（下段）	事業者指定上の 連携体制の有無	事業者指定年月日 （有の場合のみ）
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	文京ホーム グループホーム文京	有 ・ 無	平成20年4月1日
		有 ・ 無	
		有 ・ 無	

2. 補助事業所が事業者指定上の連携体制等となっていない場合
（上記1が「無」しか無い場合のみ記入） ⑬

事業者指定上の連携体制等事業所			
連携体制等事業所名称	該当 番号	事業者指定上と異なる理由 （当てはまる番号を左欄に記入してください）	
		(1) GHの定員が多数	(2) 複数住居が分散して所在
		(3) 多数の重度者が利用	(4) その他
（具体的な理由を記入してください）			

⑬事業者指定上の連携体制を取っていないが、事実上連携しているグループホーム等の名称、その理由を記入してください。

※連携体制が証明できる書類（任意可）を添付してください。

3. 別の通所事業所からのバックアップ状況

1のグループホームが補助事業所以外の通所事業所からもバックアップを受けている場合			
住居名称（上段） 事業所名（下段）	通所事業所①	通所事業所②	通所事業所③

⑭

4. 具体的な連携体制

補助事業所とバックアップ先グループホームとの具体的な連携体制
（具体的に記入してください）
緊急時に連絡を行う。

⑭必ず記入してください。

別紙3 添付様式4-1

東京都障害福祉計画における就労移行者実績の達成状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター
------	----------------

※ 令和3年度に就労移行実績がある場合、この様式を使用してください。

サービス種別	実施の有無	令和3年度 就労移行実績（人）	就労移行実績（人）		令和3年度か らの伸び率	達成状況	考え方
			令和4年度	令和5年度			
生活介護			令和4年度		#DIV/0!	#DIV/0!	各年度において、令和3年度の 一般就労への移行実績の1.2 8倍以上
			令和5年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
自立訓練			令和4年度		#DIV/0!	#DIV/0!	各年度において、令和3年度の 一般就労への移行実績の1.2 8倍以上
			令和5年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
就労継続支援A型			令和4年度		#DIV/0!	#DIV/0!	各年度において、令和3年度の 一般就労への移行実績の1.2 9倍以上
			令和5年度		#DIV/0!	#DIV/0!	
就労継続支援B型	○	2	令和4年度	1	0.50	×	各年度において、令和3年度の 一般就労への移行実績の1.2 8倍以上
			令和5年度	3	1.50	○	
就労移行支援			令和4年度		#DIV/0!	#DIV/0!	各年度において、令和3年度の 一般就労への移行実績の1.3 1倍以上
			令和5年度		#DIV/0!	#DIV/0!	

別紙3 添付様式4-1

東京都障害福祉計画における就労移行者実績の達成状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター
------	----------------

※ 令和3年度に就労移行実績が0人の場合、この様式を使用してください。

サービス種別	実施の有無	就労移行実績（人）		判定	考え方
		令和4年度	令和5年度		
生活介護		→ 令和4年度		×	令和3年度は就労移行実績が0人であるが、令和4年度又は令和5年度のいずれかの年度において、2人以上の就労移行実績がある。
		令和5年度		×	
自立訓練		→ 令和4年度		×	
		令和5年度		×	
就労継続支援A型		→ 令和4年度		×	
		令和5年度		×	
就労継続支援B型	○	→ 令和4年度	1	×	
		令和5年度	3	○	
就労移行支援		→ 令和4年度		×	
		令和5年度		×	

目標工賃の達成状況（メニュー選択式加算用）

事業所名 文京区障害者日中活動センター

※ 補助対象年度に就労継続支援事業B型を運営している場合のみ回答ください。

【手順1】 令和元年度の平均工賃を入力してください。

令和元年度平均 工賃（円）	17,000
------------------	--------

【手順2】 以下、A及びBのうち、該当する項目について、各年度の平均工賃額を入力してください。

【A 令和元年度の平均工賃が16,154円以上の事業所】

平均工賃額		達成状況	考え方
令和3年度	16,600	/	令和4年度又は令和5年度のいずれかで、平均工賃16,154円以上かつ前年度から1割増加しているか否かで達成状況を判定
令和4年度	17,800		
令和5年度	19,900		

【B 令和元年度の平均工賃が16,154円未満の事業所】

平均工賃額		達成状況	考え方
令和4年度		×	令和4年度又は令和5年度のいずれかで、平均工賃16,154円以上か否かで達成状況を判定
令和5年度		×	

都が指定する研修の受講及び事業所内研修の実施状況（メニュー選択式加算用）

事業所名	文京区障害者日中活動センター
------	----------------

都が指定する研修の受講状況（当該年度及び過去2か年度）

⑮

	法人名	事業所名	受講者氏名	研修名称	受講年月日 (※)	事業所内研修実 施の有無	事業所内研修 の実施年月日(※)
1	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター	文京 花子	障害者虐待防止・権利擁護研 修（管理者コース）	令和〇年〇月〇日	有	令和△年△月△日
2	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター	千駄木 太郎	東京都障害者ピアサポート研 修	令和×年×月×日	有	令和□年□月□日
3	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター	本駒込 次郎	障害者虐待防止・権利擁護研 修（基礎編）	令和◇年◇月◇日	有	令和☆年☆月☆日
4	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター					
5	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター					
6	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター					
7	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター					
8	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター					
9	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター					
10	社会福祉法人 文京の 会	文京区障害者日中活動 センター					

⑮当該研修を前年度又は前々年度に受講済みの場合、今年度の研修実施日又は実施予定日を記入してください。

※申請年度は受講予定年月日及び実施予定年月日を記入する。

別紙 4

雇用者名簿（障害者等雇用加算用）

事業所名 文京区障害者日中活動センター

No.	氏名	区分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	総雇用 時間数
1	千駄木 太郎	手帳	64	64	64	64	48	64	64	64	64	48	64	64	736
2	本駒込 次郎	母子寡婦	96	96	96	96	80	96	96	96	96	80	96	96	1120
3															
4															
5															
総雇用時間数			160	160	160	160	128	160	160	160	160	128	160	160	1,856時間
適用単価			1,306,000円												

- (※) 雇用契約書の写しを添付してください。
 総雇用時間数には、有給休暇や時間外勤務なども含まれます。
 (単価区分)

総雇用時間数	単価（事業所当たり年額）
400時間～799時間	435,000円
800時間～1,199時間	726,000円
1,200時間～1,599時間	1,016,000円
1,600時間～1,999時間	1,306,000円
2,000時間～2,399時間	1,597,000円
2,400時間以上	1,887,000円

事業所名 文京区障害者日中活動センター

1. 福祉サービス第三者評価の実施(予定)年月日

受審(予定)年月日 令和 △ 年 △ 月 △ 日

※事業所への訪問調査の実施日(複数の日にわたる場合は、その最終日)

⑩

2. 改善計画実施状況報告の具体的な周知方法

- () 事業所内に掲示《必須》
- () 利用者、家族、職員等に配布《必須》
- () 「とうきょう福祉ナビゲーション」第三者評価ページ「事業者のコメント」欄に記入《推奨》
- () 法人又は事業所のホームページに掲載《推奨》

※その他

[Yellow box for additional information]

3. 添付資料

① 受審したこと(すること)が確認できる契約書等の書類

※当該年度受審予定の場合

例：受審予定年月日などが記載された、評価機関からの通知書面の写し 受審申込の検討状況がわかる書面(様式任意) など

※受審済の場合

例：評価結果報告書の写し(受審年月日が入ったもの) など

② 「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

(別紙5別添 改善計画・実施状況に所要事項を記載)

※当該年度が受審年度の場合は、「評価結果に基づく現状分析」及び「改善計画」を記載し、受審していない年度は、「改善計画」に基づいた「実施状況」を記載してください。

⑩《必須》は必ず丸をしてください。

私たちの施設は、「福祉サービス第三者評価」を活用して、利用者サービス向上のために常に努力しています。

「福祉サービス第三者評価」を踏まえたサービス改善計画・実施状況

事業所名	文京区障害者日中活動センター
------	----------------

第三者評価受審年度	令和×年度
-----------	-------

項目	評価結果に基づく現状分析 (令和×年度)	改善計画 (令和×年度末時点)	実施状況 (令和×年度末時点)	実施状況 (令和×年度末時点)
⑰ 事業継続計画 (BCP) について	昨年度策定した、事業継続計画(BCP)について、順次運用を行っている。	職員への周知・徹底を行い、全員が共通認識をもって行動するようにする。	職員から、一部文言が分かりにくいという指摘を受け、現在、一部修正を行っている。	
サービスの質 の向上 について	経験の浅い若手職員が、利用者への支援に対して少し不安を感じている。	ベテラン職員がOJTとして敵機的に声を掛け、必要に応じて支援のサポートを行う。	若手職員が抱える不安を定期的に取り除くことで、各職員が自信をもって支援に向かっている。	
について	実施年度(1年目) に記入	実施年度(1年目) に記入	2年目に記入	3年目に記入

⑰申請年度に第三者評価を受審する場合、交付申請の際は前回受審時の内容を記載してください。
例：令和6年度に受審する場合、令和3年度の現状分析及び改善計画、令和4・5年度の実施状況を記入

※この様式は、「文京区障害者日中活動系サービス推進事業補助金交付要綱」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。

※第三者評価の結果は、施設において公表しています。