

**令和6年度大阪府重度障がい者グループホーム等整備事業費補助金協議に係る  
利用者受入れ（予定）及び事業所状況の申出書**

**1. 事業者等情報（各項目を記入）**

法人名	事業所名		提供サービス名	定員
	事業所番号：	指定権者：	市区町村	
※整備する住居の名称や所在地が事業所の名称や所在地と異なる場合は、以下もご記入ください。				
整備する住居等の名称				
整備する住居等の所在地				
整備する住居の名称や所在地が事業所の名称や所在地と異なる場合は、指定権者へ提出した障がい福祉サービス事業者の指定申請書または変更申請書等の写しも添付してください。				

整備する事業所は、グループホームの「サテライト型住居」や短期入所事業所の「空床利用型」ではない。

**2. 令和6年4月1日以降に受け入れる（予定の）入居者（利用者）の概要**

・利用予定者について、以下にご記入ください。利用予定者が決まっていない場合は、最終列の「状況」の欄のみ入力してください。

	障がい支援 区分 5または6を記入	行動関連項目	年齢	性別	支援の実施市 町村	入居（予定） 年月日 ※日付はわかる場合 のみ	入居前の居所、入居の理由 例）在宅から入居/障がい者支援施設から移行 在宅の方の緊急時等に備えて体験利用など	状況 ※に記載の①～ ③の中から選択し てください。
A								
B								
C								
D								
E								

※行動関連項目は、「10点以上」、「1～9点」、「0点または不明」を記入してください。

※利用予定者の概要については、実績報告時に入居者の実績を提出いただきます。

※行が不足する場合は、行を挿入してご記入ください。

※「状況」欄は、以下の①～③の中から選択してください。

- ① グループホームまたは短期入所の利用申請済み、もしくは支給決定済み ※グループホームの場合は体験利用も含む
- ② グループホームまたは短期入所の利用予定者について、地域の事業所、家族等から利用相談があり、法人内で検討している、もしくは市町村と調整している。
- ③ 利用予定者は決まっていないが、地域から相談があり受入れを検討している。
- 短期入所における受け入れ実績について（短期入所において上記③を選択した場合は、実績を記入してください）
- ・貴事業所において、令和6年4月末までに障がい支援区分5または6の利用者を受け入れた実績がある（該当箇所を☑してください）
- ある：直近の受け入れ年月を記入 令和 年 月
- ない

**3. 整備する目的と内容の詳細**

・1で記載した入居者（利用者）について、整備する目的及び内容についての詳細をご記入ください。

	整備場所	工事内容	障がい特性や現状等	見込まれる効果	見積書の該当箇所
例	居室	壁及び天井の防音工事	聴覚過敏があり他者の生活音を嫌がる	壁及び天井の防音対策をすることにより、周囲の音が軽減し、穏やかに居室で過ごすことができる。	2ページ目、1F居室 壁クロス貼、壁天井クロス貼
A					
B					
C					
D					
E					

※「見込まれる効果」については、「工事内容」と「障がい特性や現状等」の関連性がわかるように記載してください。

**4. 地域生活支援拠点等として、市町村へ登録している機能**

※地域生活支援拠点登録証書の写し等を添付してください。

- 地域生活支援拠点等の登録済み 登録市町村： 市町村
- 貴事業所が登録している機能（該当箇所を☑してください）
- 相談  緊急時の受け入れ・対応  体験の機会・場
- 専門的人材の確保・養成  地域の体制づくり

- 拠点等の登録をしていない（以下に市町村との連携状況をご記入ください。）

--

5. 職員の専門性（該当箇所を☑、または数字を記入してください）

※強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修・実践研修）を修了している場合は、修了証書の写しを添付してください

- 当事業所に在籍するサービス管理責任者又は、生活支援員で強度行動障がい支援者養成研修の実践研修修了者（または行動援護従事者養成研修修了者）が1名以上、かつ、基礎研修修了者の割合が2割以上
- 当事業所に在籍するサービス管理責任者又は、生活支援員で強度行動障がい支援者養成研修の実践研修修了者（または行動援護従事者養成研修修了者）が1名以上、または、基礎研修修了者（または行動援護従事者養成研修修了者）の割合が2割以上

・当該事業所に在籍するサービス管理責任者又は、生活支援員のうち

実践研修修了者の人数	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 人	基礎研修修了者の割合	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> %	基礎研修修了者数	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 人
				<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 人中	

- 強度行動障がい支援者養成研修（基礎研修・実践研修）（または行動援護従事者養成研修）を修了している者はいない

6. 法人の適格性の確認（該当するものすべてに☑）

- 当年度及び過去3年以内に指定権者が実施した指導監査等において指定取り消し等の処分（指定の取り消し、指定の全部もしくは一部効力の停止）の事由に該当する重大な指摘を受けていない。
- 当年度及び過去3年以内に法上の勧告（人員基準違反または運営基準違反）を受けていない。
- 当年度及び過去3年以内に法上の勧告を受け、さらに当該勧告に係る事業者が取るべき措置について命令を受けている場合、当該命令に対する改善が完了している。

7. 補助所要額算出内訳

内容	支出予定額(※消費税込)	うち補助対象経費
工事・工事請負費	円	円 (a)
工事事務費 (工事施工のため直接必要な事務に要する費用であって、旅費、消耗品費、通信運搬費、印刷製本費及び設計監督料等)	円	0 円 (b)
		以下(a)の額の2.6%相当額が限度額 0
計	円	0 円 (a) + (b)
		0 円 (千円未満切捨)
		[ 協議申請書「4 補助所要額」欄の額 ]

8. その他の確認事項

- 大阪府において整備内容及び対象経費を審査するため、協議額どおりの採択とならない場合があります。
- 事業完了後は、整備内容や受入れた利用者等の実績を報告していただきます。
- 当補助金を活用して実施した整備内容については、法人ウェブサイトやSNS等で公表していただきます。公表したURLは、大阪府ホームページにも掲載し、整備効果について紹介いたします。

・1～7に記載の内容は、事実に相違ありません。また8記載の内容を確認しました。  
 ・1及び6の内容について大阪府から市町村に問い合わせをすることに同意します。

令和6年 月 日

所在地：

称号又は名称：

代表者：

担当者：

電話番号：

メールアドレス：