

北区重度障害者等就労支援事業の請求について

1. サービスの利用料金

北区重度障害者等就労支援事業利用料金表のとおり。

2. 利用者負担額

サービスの利用料金の1割が利用者負担額となります。ただし利用者が属する世帯の課税状況に応じ、下記の月額が利用者負担上限額となります。

第一欄 (区分)	第二欄 (世帯の収入状況等)	第三欄 (負担上限月額)
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	対象者等が区市町村民税非課税世帯	0円
一般(課税)	【対象者が障害児(18歳未満)】 対象者等の区市町村民税課税の所得割が28万円未満	4,600円
	【対象者が障害者(18歳以上)】 対象者等の区市町村民税課税の所得割が16万円未満	9,300円
	上記以外	37,200円
備考 1 第二欄の「対象者等」 対象者および対象者同一の世帯に属する方(障害者にあつてはその配偶者に限る。) 2 第二欄の「所得割」 扶養親族を有する方については、地方税法等の一部を改正する法律(平成22年法律第4号)による改正前の地方税法(昭和25年法律第226号)第314条の2第1項第11号の規定を適用して計算した額。		

3. 請求に必要な書類

請求にあたっては、以下の書類をご提出ください。

- ・東京都北区重度障害者等就労支援事業補助金請求書(第7号様式)各月1通
- ・東京都北区重度障害者等就労支援事業補助金明細書(第8号様式)各月1通
- ・東京都北区就労支援サービス提供実績記録票(第9号様式)各月1通

★請求書の日付は空白のままをご提出ください。

★翌月10日迄に担当までご提出(必着)ください。

※記入例を参考に記載ください。

北区重度障害者等就労支援事業利用料金表

【重度訪問介護を利用した場合】

所要時間（1日当たり）	金額
1時間未満	¥2,900
1時間以上1時間30分未満	¥4,300
1時間30分以上2時間未満	¥5,700
2時間以上2時間30分未満	¥7,100
2時間30分以上3時間未満	¥8,500
3時間以上3時間30分未満	¥9,900
3時間30分以上4時間未満	¥11,400
以降30分ごとに加算	¥1,300

【移動加算（重度訪問介護のみ）】

所要時間（1日当たり）	金額
1時間未満	¥1,100
1時間以上1時間30分未満	¥1,400
1時間30分以上2時間未満	¥1,700
2時間以上2時間30分未満	¥2,000
2時間30分以上3時間未満	¥2,200
3時間以上	¥2,800

【同行援護を利用した場合（区分2以下又は盲ろう者以外の場合）】

所要時間（1日当たり）	金額
1時間未満	¥4,300
1時間以上1時間30分未満	¥6,200
1時間30分以上2時間未満	¥7,100
2時間以上2時間30分未満	¥8,000
2時間30分以上3時間未満	¥9,000
3時間以上3時間30分未満	¥9,900
3時間30分以上4時間未満	¥10,800
以降30分ごとに加算	¥900

【同行援護を利用した場合（区分3以上又は盲ろう者の場合）】

所要時間（1日当たり）	金額
1時間未満	¥5,500
1時間以上1時間30分未満	¥7,900
1時間30分以上2時間未満	¥9,100
2時間以上2時間30分未満	¥10,300
2時間30分以上3時間未満	¥11,500
3時間以上3時間30分未満	¥12,700
3時間30分以上4時間未満	¥13,900
以降30分ごとに加算	¥1,200

【行動援護を利用した場合】

所要時間（1日当たり）	金額
1時間未満	¥6,100
1時間以上1時間30分未満	¥8,900
1時間30分以上2時間未満	¥11,100
2時間以上2時間30分未満	¥13,400
2時間30分以上3時間未満	¥15,600
3時間以上3時間30分未満	¥17,900
3時間30分以上4時間未満	¥20,100
以降30分ごとに加算	¥2,200

東京都北区重度障害者等就労支援事業補助金請求書

東京都北区長 殿

請求金額	十億			百万	¥	5	8	5	0	0
------	----	--	--	----	---	---	---	---	---	---

サービスの利用者数を記入してください。

内 訳		5	年		9	月分		
	サービス内容		明細書件数		金額			
	就労支援		1		¥58,500-			
	合計							

上記のとおり請求します。

日付は空欄でご提出ください。

年 月 日

事業所番号	1 3 6 1 7 0 0 0 0 0									
請求事業者	住所 (所在地)	〒114-0000 東京都北区〇〇〇-〇〇-〇								
	電話番号	03-3908-〇〇〇〇								
	名称	株式会社〇〇 〇〇サービス王子								
	職・氏名	代表取締役 〇〇 〇〇								

東京都北区重度障害者等就労支援事業補助金明細書

サービス提供年月	令和〇年 〇月	費用負担上限月額	〇円
受給者証番号	1234567890	フリガナ	●● ▲▲
		支給決定障害者氏名	〇〇 ▲▲
事業所番号	1361700000	事業所名	株式会社 〇〇
サービスの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護		

番号	日付	曜日	サービス提供時間 (時間 分)	移動介護加算 (時間 分)	費用額 (円)	
1	1	火	2時間以上2時間半未満		7,100	
2	2	水	3時間30分以上4時間未満	1時間以上1時間30分未満	11,400+1,400=12,800	
3	5	土	6時間以上6時間30分未満		17,900	
4	6	日	6時間以上6時間30分未満	4時間以上4時間30分未満	17,900+2,800=20,700	
5					サービス提供時間ごとの費用額は、利用料金表をご確認ください。	
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
合計(A)						58,500 円
利用者負担額(B)						0 円
給付費(A)-(B)						58,500 円

支給対象者の署名が必要です。

上記内容について確認しました。
 なお、給付費については、請求及び受領する権限を貴事業所に委任します。

令和 〇年 〇月 〇日

支給決定障害者氏名 〇〇 ▲▲

東京都北区就労支援サービス提供実績記録票

サービス提供年月	令和〇年 〇月	サービスの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護
提出年月	令和〇年 〇月	契約支給量	40 時間/月
受給者証番号	1234567890	フリガナ	●● ▲▲
		支給決定障害者 (児童)氏名	○○ △△
事業所番号	1361700000	事業所名	株式会社 ○○

番号	日付	曜日	サービス提供時間		算定時間数		派遣 人数	利用者 確認欄	備考
			開始時間	終了時間	時間	移動			
1	1	火	10 : 30	12 : 45	2		1	押印又は署名	
2	2	水	8 : 30	12 : 00	3.5	1	1	押印又は署名	
3	5	土	11 : 00	17 : 20	6		1	押印又は署名	
4	6	日	13 : 20	19 : 20	6	4	1	押印又は署名	
5			:	:					
6			:	:					
7			:	:					
8			:	:					
9			:	:					
10			:	:					
11			:	:					
12			:	:					
13			:	:					
14			:	:					
15			:	:					
16			:	:					
17			:	:					
18			:	:					
19			:	:					
20			:	:					
21			:	:					
22			:	:					
23			:	:					
合計					17.5	5	提供日数		4 日