

「医療的ケア児日中受入事業所促進補助金」 申請マニュアル

担当部署：川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課

～目次～

1. 補助対象の確認
2. 補助対象経費
3. 補助金額の上限額確認
4. 交付申請書類の記載方法
5. 申請取り下げ申請書類の記載方法
6. 実績報告書の記載方法
7. 問い合わせ先

【巻末資料】

①各書式 記載例

②Q&A

1. 補助対象の確認

本事業の対象事業所は以下の事業所として、当市から指定を受けた事業所(以下、対象事業所)です。

- ① 主として重症心身障害児を通わせる児童発達支援事業所(児童発達支援センター以外)
- ② 主として重症心身障害児を通わせる放課後等デイサービス事業所
- ③ 短期入所事業所のうち、日中のみサービスを提供する事業所
(日中のみサービスを提供するとは、宿泊を伴わないサービス提供を指します。)

上記の対象事業所のうち、補助対象年度に看護師を雇用している事業所に対して、医療的ケア児の受入日数に応じて補助金を交付します。

医療的ケア児の受入日数は、通所されている方の受給者証をご確認いただき、①②の事業所に関しては医療的ケアスコア16点以上と記載された方、③の事業所に関しては障害児支援区分1以上かつ医療的ケアスコア16点以上と記された方を受け入れた日数をもって評価します。また、記載された医療的スコアについて、夜間と日中がある場合には、日中におけるスコアをもって評価します。

なお、受給者証に医療的ケア区分の記載がなく、明らかに医療的ケア区分に該当すると考えられる場合は、対象の方がお住いの区役所までご相談ください。

2. 補助金対象経費

補助対象となる経費(以下、補助対象経費)は、対象事業所において雇用している看護師の人件費のうち、以下に該当するものを合計した金額です。

- ① 給料
- ② 職員手当
- ③ 共済費

ただし、補助対象となる看護師(以下、交付対象看護師)は、要綱第5条に定める各事業所の条件を満たす看護師に限定します。

3. 補助金額の上限額確認

補助金額は、補助金対象経費の2分の1の金額と要綱第8条に定める別表に定めた上限金額のうち、低いほうの金額とします。(1000円未満の端数については、端数を切り捨てます。)

上限金額は交付対象看護師の雇用期間と医療的ケア児の受入日数によって異なります。

< 交付対象看護師の雇用期間が補助金申請年度内において**6か月未満の場合**の交付上限額 >

第6条に規定する日数(以下「受入日数」という。)が100人以上	750,000円
受入日数が200人以上	上記に加えて250,000円

< 交付対象看護師の雇用期間が補助金申請年度内において**6か月以上の場合**の交付上限額 >

受入日数が200人以上	1,500,000円
受入日数が400人以上	上記に加えて500,000円

「医療的ケア児日中受入事業所促進補助事業実施要綱」より抜粋

(例)補助経費対象額の合計額が 2,200,000 円の場合

A 交付対象看護師の雇用期間が6か月未満で医療的ケア児の受入日数が 200 人以上

補助対象経費の2分の1の金額→1,100,000 円

交付上限金額→1,000,000 円(750,000 円+250,000 円)

**補助対象経費の2分の1(2,200,000 円×1/2) > 交付上限金額(1,000,000 円)ですので、
交付金額は 1,000,000 円です。**

B 交付対象看護師の雇用期間が6か月以上で医療的ケア児の受入日数が 200 人以上

補助対象経費の2分の1の金額→1,100,000 円

交付上限金額→1,500,000 円

**補助対象経費の2分の1(2,200,000 円×1/2) < 交付上限金額(1,500,000 円)ですので、
交付金額は 1,100,000 円です。**

4. 交付申請書類の提出と記載方法

交付申請書類の提出期間は、**2月15日から3月15日まで**となります。

< 第1号様式 医療的ケア児日中受入事業所促進補助金交付申請書 >

① 申請者記載欄の各項目に記載します。

住所…法人の所在住所を記載してください。

法人名…法人の名称を記載してください。

代表者名…代表者の方の職及び氏名を記載してください。

事業所名…補助対象として申請する事業所の名称を記載してください。

事業所番号…上記事業所の事業所番号を記載してください。

② 交付金額を記載します。

金額については、第2号様式の申請金額を記載する欄に記載した金額を記載してください。

③ 添付書類を揃えてください。

(1) 配置職員算定様式(第2号様式)

後述に記載しています。

(2) 対象児童算定表(第3号様式)

後述に記載しています。

(3) 医療的ケアスコアが分かる書類の写し

第3号様式の「対象児童算定表」に記載した児童の医療的ケアスコアが記載された受給者証の写しを添付してください。受給者証に医療的ケアスコアの記載がない場合は、医療的ケアスコア表の写しを添付することも可能です。

(4) 医療的ケア対象児童のサービス提供実績記録表の写し

第3号様式の「対象児童算定表」に記載した児童のサービス提供実績記録表の写しを全て添付してください。

(5) 申請期間中の事業所体制届における人員基準等体制確認シートの写し

補助対象年度において届け出ている人員基準等体制確認シートの写しを添付してください。補助対象年度中に体制の変更を届け出た場合は、変更した人員基準等体制確認シートの写しも併せて提出してください。

(6) 交付対象看護師の資格証の写し

第2号様式の「配置職員算定様式」に記載した看護師の資格証の写しを人数分添付してください。

(7) 対象看護師の補助金対象年度における、雇用とその雇用期間を証する書類

第2号様式の「配置職員算定様式」に記載した看護師の給料明細や雇用証明書など補助対象年度において雇用をしていたことを証明する書類を人数分添付してください。

(8) 口座振替登録届

本補助金を入金する口座を記載してください。既に本市において口座登録をいただいている方は提出不要です。口座を登録しているか不明な方は当課にご連絡ください。

(9) 上記口座の通帳の写し

上記の登録届に記載した口座の通帳の写しを添付してください。既に本市において口座

登録をいただいている方は提出不要です。

(10) 登記簿謄本

法人の登記簿謄本の原本を提出してください。

<第2号様式 配置職員算定様式>

① 対象事業所の事業所名及び事業所番号を記載してください。法人が複数事業所を運営している場合は、事業所ごとに作成してください。

② 「対象施設における勤務時間の算定表」を記載してください。

(1) 開所日

開所日に○をつけてください。

(2) 営業時間

事業所指定上、当市に届け出ている営業時間を時間数で記載してください。

(3) サービス提供時間

事業所指定上、当市に届け出ているサービス提供時間を時間数で記載してください。

(4) 定員

事業所指定上、当市に届け出ている事業所の定員を記載してください。

(5) 看護師の勤務時間記載欄

補助対象事業所において、交付対象看護師の勤務形態、氏名、対象事業所において勤務している時間(休憩時間は除く)を記載してください。なお、交付対象看護師が兼務している場合は、本紙上部に記載した事業所において勤務している時間数を記載してください。

(6) 補助対象事業所における勤務従事割合

交付対象看護師が対象事業所に従事している割合を記載してください。

(例) 補助対象事業所の開所時間が8時間で、交付対象看護師の勤務時間が8時間の場合

A 交付対象事業所において8時間勤務している場合…『1.0』と記載

B 交付対象事業所において4時間勤務し、その他事業所で4時間勤務している場合…『0.5』と記載

③ 「対象経費算定表」を記載してください。

(1) 交付対象看護師の勤務形態・氏名

「対象施設における勤務時間の算定表」において記載した交付対象看護師の勤務形態及び氏名を記載してください。

(2) 交付対象看護師の雇用期間

交付対象看護師の補助対象年度における雇用期間を月数で記載してください。

(例)対象看護師の雇用期間が1年であった場合…12か月

(3) 交付対象看護師の雇用期間における対象経費合計金額

交付対象看護師の雇用期間内に掛かった補助対象経費の合計金額を記載してください。

(4) 補助対象施設に勤務した時間にかかった補助対象経費合計金額

「対象施設における勤務時間の算定表」の「対象施設における勤務従事割合」に(3)で記載した補助対象経費合計金額を乗じた金額を記載してください。

(例) (3)で記載した対象経費合計金額が4,000,000円の場合

A 対象施設における従事割合が1.0だった場合…『4,000,000円』と記載

B 対象施設における従事割合が0.5だった場合…『2,000,000円』と記載

(5) 合計金額を記載してください。

(4)で記載した対象経費合計金額を全て合算した金額を記載してください。

(6) 申請金額を記載してください。

(5)で記載した合計金額の2分の1の金額を記載してください。**ただし、2分の1の金額が交付上限額を上回っていた場合は、交付上限額を記載してください。**

(例)補助経費対象額の合計額が2,200,000円の場合

A 看護師の雇用期間が6か月未満で医療的ケア児の受入日数が200人日以上

補助対象経費の2分の1の金額→1,100,000円

交付上限金額→1,000,000円

補助対象経費の2分の1(2,200,000円×1/2) > 交付上限金額(1,000,000円)

ですので、申請金額は『1,000,000円』と記載

B 看護師の雇用期間が6か月以上で医療的ケア児の受入日数が200人日以上

補助対象経費の2分の1の金額→1,100,000円

交付上限金額→1,500,000円

補助対象経費の2分の1(2,200,000円×1/2) < 交付上限金額(1,500,000円)

ですので、申請金額は『1,100,000円』と記載

<第3号様式 対象児童算定様式>

「障害福祉サービス受給者証に障害児支援区分1以上かつ医療的ケアスコア16点以上と記載された児童」もしくは「障害児通所受給者証に医療的ケアスコア16点以上と記載された児

童」の受給者証番号及び月ごとに医療的ケア区分における基本報酬を算定した日数を月ごとに記載してください。

また、日数の合計も記載してください。こちらの日数が交付上限額を決定する医療的ケア児の受入日数になります。

5. 申請取り下げ申請書類の記載方法

<第5号様式 医療的ケア児日中受入事業所促進補助金申請取り下げ申請書>

①申請者記載欄に各項目を記載します。

住所…法人の所在住所を記載してください。

法人名…法人の名称を記載してください。

代表者名…代表者の方の職及び氏名を記載してください。

事業所名…法人が運営している補助対象事業所の名称を記載してください。

事業所番号…上記事業所の事業所番号を記載してください。

②申請の取り下げ理由を記載します。

6. 実績報告書の記載方法

<第7号様式 医療的ケア児日中受入事業所促進補助金に係る実績報告書>

①申請者記載欄に各項目を記載します。

住所…法人の所在住所を記載してください。

法人名…法人の名称を記載してください。

代表者名…代表者の方の職及び氏名を記載してください。

事業所名…法人が運営している補助対象事業所の名称を記載してください。

事業所番号…上記事業所の事業所番号を記載してください。

②交付額の決定日(当市より送付した第4号様式医療的ケア児日中受入事業所促進補助金交付決定通知書の右上に記載された日付)を記載します。

③ 交付額(当市より送付した第4号様式医療的ケア児日中受入事業所促進補助金交付決定通知書に記載された金額)を記載します。

④交付額を充当する経費とその内訳を記載します。合計金額が交付額と一致するように記載してください。

7. 提出時の注意事項

記載内容の確認等のため、ご担当者様に連絡をさせていただく場合があります。お手数ですが、ご担当者様のご連絡先をご記載いただきますようお願いいたします。

8. お問い合わせ先・申請書送付先

本事業の所管課は下記のとおりです。ご不明な点があった際のお問い合わせや書類のご提出は下記をお願いいたします。

<部署名>

川崎市健康福祉局障害保健福祉部障害計画課

<住所>

〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地

<電話番号>

044-200-0079

<FAX>

044-200-3932

Q&A

【申請要件について】

Q1 障害児通所受給者証に医療的ケアスコアの記載がないお子さんは、区役所にて手続きを行い、医療的ケアスコアを記載してもらう必要がありますか。

A1 お持ちの障害児通所受給者証に医療的ケアスコアの記載がない場合、医療的ケアスコア表の写しを代わりに提出していただくことは可能です。

ただし、提出していただいた医療的ケアスコア表の写しは、本補助金の要件確認にのみ使われますので、障害児通所受給者証上に医療的ケアスコアを反映したい場合には、改めて区役所にて手続きが必要となります。

Q2 医療的ケアスコア表は主治医に記載してもらう必要がありますか。

A2 医療的ケアスコアについて、主治医であれば基本スコア及び見守りスコアを記載することが可能です。

ただ、基本スコアのみであれば、事業所の看護師さん等が記載することも可能です。

主治医が医療的ケアスコアを記載する際には、保護者が文書料等を負担する場合がありますと聞いておりますので、状況によりご判断ください。

Q3 医療的ケアスコア表を区役所へ提出しているが、障害児通所受給者証に医療的ケアスコアの記載がありません。

A3 区役所での記載が漏れている可能性があります。担当の区役所までご相談ください。

【書類の記載方法や申請方法について】

Q4 交付申請書類の申し込み期限が、3月の利用実績や給与計算が終了していない時期ですが、見込み量で提出して構いませんか。

A4 見込みでの提出で構いません。ただし、当課にて確認を行った際に、実績が見込みを下回り、補助金の交付要件を満たさなくなった場合には補助金の対象外となりますのでご注意ください。

Q5 提出はどのような方法で行ったらよいですか。

A5 当課に持ち込みにて提出いただくか、郵送(締切日当日消印有効)にて提出してください。ただし、ご郵送の際は個人情報を含む書類が同封されることから、追跡機能を付けるなど十分にご配慮いただきますようお願いいたします。

(宛先)川 崎 市 長

申請者	住 所	〒210-0000 川崎市川崎区本町1-1-1
	法 人 名	社会福祉法人△△福祉会
	代 表 者 名	理事長 ○○ ○○ 印
	事 業 所 名	××事業所
	事業所番号	000000000000

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金交付申請書

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助事業実施要綱第11条の規定により、川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- 1 交付申請額 金 2,000,000 円
- 2 対象となるサービス種類 短期入所 児童発達支援 放課後等デイサービス
- 3 添付書類
 - (1) 配置職員算定様式(第2号様式)
 - (2) 対象児童算定様式(第3号様式)
 - (3) 医療的ケア対象児童のサービス提供実績記録表の写し
 - (4) 医療的ケア対象児童の医療的ケアスコアが分かる書類(写しでも可)
 - (5) 申請期間中の事業所体制届における人員基準等適合確認シートの写し
 - (6) 対象看護師の資格証の写し
 - (7) 対象看護師の補助金対象年度における、雇用とその雇用期間を証する書類
 - (8) 口座振替登録届(補助金振込を受ける口座情報を記載)
 - (9) 上記口座の通帳の写し
 - (10) 登記簿謄本

<配置職員算定様式>

事業所名	××事業所
事業所番号	0

開所している曜日に「○」をし、
営業時間・サービス提供時間

<配置職員算定様式>

対象施設における勤務時間の算定表

交付対象看護師の方の
勤務形態と氏名を記載

曜日	第1週目							第2週目							第3週目							第4週目							対象施設における 勤務従事割合(A) (対象施設における 勤務時間数÷対象 施設以外も含めた 総勤務時間数)
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	
開所日	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			○	○	○	○	○			
営業時間(時間)	8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			8	8	8	8	8			
サービス提供時間(時間)	7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			
定員(名)	5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			5	5	5	5	5			
	週ごとの勤務時間数							週ごとの勤務時間数							週ごとの勤務時間数							週ごとの勤務時間数							
NO	職種	勤務形態	氏名	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	1.00
1	看護師	専従・常勤	□□ □□	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	0.5
2	看護師	兼務・非常勤	△△ △△																										
3	看護師																												
4	看護師																												
5	看護師																												
6	看護師																												

対象施設における
勤務従事割合(A)
(対象施設における
勤務時間数÷対象
施設以外も含めた
総勤務時間数)

交付対象看護師の方が**補助対象年
度内(1年間)**に受け取る給与、

交付対象看護師の方が**週ごとに
対象事業所で勤務している時間**

対象経費算定表

NO	勤務形態	氏名	雇用期間(月)	雇用期間における対象経費合計金額 (B=給料+職員手当+旅費)	対象施設に勤務した時間にか かった対象経費合計金額(A×B)
1	専従・常勤	□□ □□	12か月	4,000,000	4,000,000
2	兼務・非常勤	△△ △△	6か月	2,000,000	1,000,000
3					
4					
5					
6					
計				5,000,000	

左記の合計金額に対象事業所での

交付対象看護師の方が**対象事
業所で勤務している勤務従事**

申請金額 **2,000,000**

上記の金額を合計した金額を記載

第1号様式交付申請書の「交付申
請額」に記載した金額を記載

第3号様式

医療的ケアスコア16点以上の利用児童

<対象児童算定表>

事業所名	××事業所
事業所番号	0

各利用者の医療的ケアスコアを記載

<対象児童算定表>

NO	障害福祉サービス受給者番号 もしくは障害児通所受給者証番号	医療的ケアスコア			月ごとの事業所利用日数(日)												利用日 数計
		基本スコア	見守りスコア	合計	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
1	1111111111	14	2	16	15	13	10	10	17	15	13	13	10	12	10	15	153
2	1111111112	18	6	24	11	10	12	11	15	11	12	10	10	11	8	10	131
3	1111111113	34		34		12	11	8	16	14	13	11	6	8	10	11	120
4	1111111114	18		18					8	7	10	9	9	7	6	10	66
5				0													0
6				0													0
7				0													0
8				0													0
9				0													0
10				0													0
11				0													0
12				0													0
13				0													0
14				0													0
15				0													0
16				0													0
17				0													0
18				0													0
19				0													0
20				0													0
21				0													0
22				0													0
23				0													0
24				0													0
25				0													0
26				0													0
利用日数の合計																470	

対象児童ごとの年間での合計日数を記

各月での利用日数を記載

第5号様式

令和×年 ×月 ×日

(宛先)川崎市長

申請者	住 所	〒210-0000 川崎市川崎区本町1-1-1
	法 人 名	社会福祉法人△△福祉会
	代 表 者 名	理事長 ○○ ○○ 印
	事 業 所 名	××事業所
	事業所番号	000000000000

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金申請取り下げ申請書

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金について、次の事由により申請の取り下げを行いたいの
で、承認を受けたく申請します。

1 申請取り下げの理由

○○の事由により、補助金の申請を取り下げたいため。

(宛先)川崎市長

申請者 住 所 〒210-0000 川崎市川崎区本町1-1-1
法 人 名 社会福祉法人△△福祉会
代表者名 理事長 ○○ ○○ 印
事業所名 ××事業所
事業所番号 000000000000

川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金に係る実績報告書

年 月 日付で交付決定を受けた川崎市医療的ケア児日中受入事業所促進補助金に係る補助事業の実績を次のとおり報告します。

1 交付額 金 2,000,000 円

2 交付額を繰り入れる経費の一覧と内訳

経費区分	補助金からの繰入額
給料	1,500,000 円
職員手当	400,000 円
共済費	100,000 円
計	2,000,000 円