

川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金交付要綱

（趣 旨）

第1条 この要綱は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第5条第17項に規定する共同生活援助事業（以下、「共同生活援助事業」という。）を市内で実施する法人（以下、「事業者」という。）に対し、市が予算の範囲内で補助金を交付することについて必要な事項を定めることにより、障害者の福祉の向上を図ることを目的とする。

（補助の対象等）

第2条 この補助金の対象者は事業者とし、補助事業の対象期間は本市会計期間（4月1日～翌年3月31日まで）とし、その対象経費は、次のとおりとする。

- （1） 事業者が身体障害者又は知的障害者を主たる対象として共同生活援助事業を行うにあたって、入居者の日常生活の援助及び介護に要する事務的経費
- （2） 事業者が精神障害者を主たる対象として共同生活援助事業を行う住居の確保、維持にかかる経費

（補助額等の算出方法等）

第3条 補助金の費目、対象範囲及び補助基準等は別表のとおりとする。

（申請等）

第4条 第2条に規定する補助金の交付申請は、事業者が川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金交付申請書（第1号様式）に別紙1から別紙4までの対象となる書類を添付し、市長に申請するものとする。

（交付の決定）

第5条 市長は、前条の規定により受理した申請書を審査し適当と認めるときは、補助金の交付決定を行い、川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金交付決定通知書兼指令書（第2号様式）により事業者へ通知するものとする。

2 市長は、前条の規定により受理した申請書を審査し不相当と認めるときは、補助金の不交付決定を行い、川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金不交付決定通知書（第3号様式）により事業者へ通知するものとする。

（交付の方法）

第6条 市長は、事業者の運営資金等の状況により、必要と認められる場合は補助金を概算払いで交付することができる。

2 補助金の交付は、予算執行の都合により分割して交付することができるものとする。

（補助金交付の変更申請）

第7条 事業者は、共同生活援助事業の内容変更に伴い、補助金交付額に変更が生じる場合は、川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金交付変更申請書（第4号様式）により、市長に申請するもの

とする。

2 前項の変更申請に係る手続きについては、補助金交付申請の手続きに準じるものとする。

(調査)

第8条 市長は、必要と認めるときには、補助金の交付を受けた事業者に対し、経理等の状況について調査することができる。

(実績報告)

第9条 第5条に規定する交付決定を受けた事業者は、川崎市障害者共同生活援助事業運営費実績報告書(第5号様式)により共同生活援助事業完了の日から起算して30日以内に実績報告を行わなければならない。

(額の確定及び精算)

第10条 市長は、前条の規定による報告書を受領したときは、内容を審査し交付条件に適合すると認めるときは、補助金の額を確定し、補助金の精算を行うものとする。

(交付決定の取消し)

第11条 市長は、補助金の交付決定の内容若しくはこれに付した条件に違反したとき又は他の目的に使用したときは、当該補助金の交付の決定の全部又は一部を取消すことができる。

(返還)

第12条 市長は、前条の規定により補助金の交付の決定を取消した場合、既に補助金が交付されているときは、その全部又は一部の返還を命ずることができるものとする。

2 市長は、第10条の規定により補助金の額を確定した場合、既にその額を超える補助金が交付されているときは、その返還を命ずるものとする。

(書類の整備等)

第13条 補助金の交付決定を受けた事業者は、当該補助事業に関する収支を明らかにした帳簿を備え、かつ証拠書類を整備保管しておかななければならない。

2 前項に規定する帳簿及び証拠書類は、当該年度の完了の日の属する市の会計年度の翌年度から5年間保管しなければならない。

(報告及び監査)

第14条 市長は、必要と認めるときには、事業者に対して、関係書類の提出及び報告を求め、事業内容を監査することができるものとする。

(委任)

第15条 この要綱に定めのない事項については、健康福祉局長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

(川崎市知的障害者共同生活介護・共同生活援助補助金交付要綱等の廃止)

2 この要綱の施行に伴い、川崎知的障害者共同生活介護・共同生活援助運営事業補助金交付要綱(平

成18年10月1日施行)及び川崎市精神障害者グループホーム事業補助金交付要綱(平成2年10月1日施行)は、廃止する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年10月1日から施行し、平成20年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成21年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、決裁日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

別表1 身体障害者又は知的障害者を主たる対象とする共同生活援助事業

費目	対象範囲	補助基準	
		事業者の総利用定員（名）	基準額（年額）
バックアップ 事務費	入居者の日常生活の援助及び 介護に要する事務的経費	4から5名	100,000円
		6から10名	200,000円
		11から15名	300,000円
		16から20名	400,000円
		21から25名	500,000円
		26から30名	600,000円
		31名以上	700,000円

※ 補助額は、基準額と実際に要した経費を比較して、いずれか少ない額とする。

※ 年度途中で新規開設及び廃止する場合は、月割計算により基準額を算定する。

算定式：基準額×年度内の開設月数／12（10円未満の端数は切り捨て）

※ 年度途中で増設する場合は、増設前後の基準額にそれぞれの月数を乗じた和を12で除して算定する。

算定式：{(基準額×月数) + (基準額×月数) + …} / 12（10円未満の端数は切り捨て）

別表2 精神障害者を主たる対象とする共同生活援助事業

費目	対象範囲	補助基準額（共同生活住居単位）
家賃等補助	家賃、償還金返済、その他家屋確保及び 契約に必要な諸経費（共益費、更新料、 火災保険料）	110,000円／月
賠償責任保険料 補助	賠償責任保険の加入に要する経費	3,000円／年

※ 家賃等補助の算定は、「補助基準額」と「対象範囲の経費に要した実支出額から利用者が負担した額を差し引いた額」を比較し、いずれか少ない額とする。ここでいう「利用者が負担した額」とは、利用者が事業者に支払った家賃等に障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成18年政令第10号）第21条第1項第2号に規定する特定障害者特別給付費を加えた額とする。

※ 家賃等補助については、補助対象月は、事業開始の日の属する月からとする。また、廃止の場合は、廃止による事業終了の日が属する月までを補助対象月とする。

(第1号様式)

年 月 日

川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金交付申請書

(あて先) 川崎市長

住 所

法 人 名

代 表 者

年度川崎市障害者共同生活援助運営事業について補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 交付申請額 円

2 交付申請額の算出内訳 別紙のとおり

3 添付書類

(1) 共同生活援助事業計画書

(2) 法人収支予算書

(3) 事業所収支予算書

(4) 主たる対象が身体障害者又は知的障害者とする共同生活援助事業の申請の場合
別紙1

(5) 主たる対象が精神障害者とする共同生活援助事業の申請の場合
別紙2, 3, 4

(6) その他参考となる書類

(第2号様式)

川崎市指令健障施第 号
年 月 日

住 所
法人名
代表者

川崎市長

川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金交付決定通知書兼指令書

年 月 日付で申請のあった 年度川崎市障害者共同生活援助事業
運営費補助金については、次の条件を付けて金 円を交付します。

- 1 この補助金は、他の経費に流用しないでください。
- 2 この補助金に係る申請の内容を変更する必要があるときは、川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金交付要綱第7条に基づき、所定の手続きをとってください。
- 3 共同生活援助事業を完了したとき（中止又は廃止の場合を含む。）は、実績報告書（第5号様式）を完了の日から起算して30日以内に提出してください。
- 4 この補助金に係る収支を記載した帳簿を備え、他の経理と区分して、収入額を記載し、補助金の使途を明らかにしておいてください。
- 5 前項の支出額に係る支出内容を証する書類を整備し、前項の帳簿とともに当該事業の完了した月の属する年度の終了後5年間保存しておいてください。
- 6 次の各号のいずれかに該当すると、市長が認めるときは、交付決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部を返還していただくことがあります。
 - (1) 正当な理由無く共同生活援助事業の施行を著しく変更し、又は遅延させたとき。
 - (2) 共同生活援助事業を中止又は廃止したとき。
 - (3) 偽りその他不正な方法でこの補助金の交付を受けたとき。
 - (4) この交付条件に違反したとき。
 - (5) この補助金を概算払いで交付され、共同生活援助事業完了後に余剰金が生じたとき。

(第3号様式)

川健障施第 号
年 月 日

住 所
法人名
代表者

川崎市長 印

川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金不交付決定通知

年 月 日付けで申請のあった 年度川崎市障害者共同生活援助事業
運営費補助金については、次の理由により不交付と決定しましたので通知します。

(理由)

(第4号様式)

年 月 日

川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金交付変更申請書

(あて先) 川崎市長

住 所

法 人 名

代 表 者

年度川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金について、変更が生じたので関係書類を添えて、変更交付申請します。

- | | |
|---------------------|--------|
| 1 変更後の申請額 (A) | 円 |
| 2 既交付決定額 (B) | 円 |
| 3 追加交付申請額 (A) - (B) | 円 |
| 4 追加交付申請額の算出内訳 | 別紙のとおり |

(第5号様式)

年 月 日

川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金実績報告書

(あて先) 川崎市長

住 所

法 人 名

代 表 者

年 月 日付で交付決定を受けた川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金の実績報告を次のとおり報告します。

1 補助金精算書 別紙のとおり

2 添付書類

(1) 共同生活援助事業報告書

(2) 法人決算書

(3) 共同生活援助事業所決算書

(4) 主たる対象が身体障害者又は知的障害者とする共同生活援助事業の報告の場合
別紙5

(5) 主たる対象が精神障害者とする共同生活援助事業の報告の場合
別紙4, 6, 7

法人名 :

令和 年度川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金算定内訳

※ のセルに入力してください

1. 補助対象共同生活住居

	共同生活住居名称	住 所	定 員
1			名
2			名
3			名
4			名
5			名
6			名
7			名
合 計			0 名

2. 定員変更があった場合

年度当初基準額	対象月数	①変更後基準額	対象月数	②変更後基準額	対象月数
	× /12 +		× /12 +		× /12
		③変更後基準額	対象月数	④変更後基準額	対象月数
	+ × /12 +		× /12 =	0	

3. 算定補助額

法人総定員	補助金申請額
0 名	(円/年)

(参考)

定 員	金 額
4から5名	100,000円
6から10名	200,000円
11から15名	300,000円
16から20名	400,000円
21から25名	500,000円
26から30名	600,000円
31名以上	700,000円

※ 一枚で収まらないときは、別葉で作成してください。

別紙2（精神家賃等補助金）

川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金算出内訳

共同生活住居名	主たるサービス	補助金申請額内訳
	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	家賃等補助 _____ 円 賠償責任保険料補助 _____ 円 合計 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	家賃等補助 _____ 円 賠償責任保険料補助 _____ 円 合計 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	家賃等補助 _____ 円 賠償責任保険料補助 _____ 円 合計 _____ 円
	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神	家賃等補助 _____ 円 賠償責任保険料補助 _____ 円 合計 _____ 円
合 計		家賃等補助 _____ 円 賠償責任保険料補助 _____ 円 合計 _____ 円

※ 一枚で収まらないときは、別葉を作成してください。

※ 川崎市障害者共同生活援助運営費支弁基準に規定する家賃助成加算の支弁を受けた場合、本補助金の申請を行う事は出来ません。

共同生活援助事業所における入居者の状況

法人名 : _____
 共同生活住居名 : _____
 所在地 : _____

○ 入居者の状況

	氏名 (年齢)	障害支援 区分	日中活動先(事業所名等)	入居年月日	実施機関	生保 受給
1	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
2	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
3	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
4	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
5	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
6	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
7	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
8	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
9	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無

※ 共同生活住居ごとに1枚作成してください。

別紙4 (精神家賃等補助金)

算定基礎表

年度川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金 【事業所名称】

枚中 枚目

共同生活住居名 :

※ のセルに入力してください

住居	家賃額(円)	利用月数	その他経費(円)	摘要	更新年月	利用者	利用者負担家賃額(円)	利用月数	その他負担年額(円)	摘要
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
		か月						か月		
	年額計	①	0	②	0		③	0	④	0

⑤ 基準額 110,000(円/月) × 12か月 = 1,320,000 (円/年)

⑥ 法人負担額計(①+②-③-④) 0 (円/年)

⑦ 補助額(⑤と⑥のいずれか少ない方) 0 (円/年)

⑧ 賠償責任保険料	
実金額	(円)
基準額	(円)
補助額	0 (円)

0	算定補助額
家賃補助額	0 (円)
賠償責任保険料	0 (円)
合計	0 (円)

年度川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金 精算書

法人名 :

令和 年度川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金算定内訳

※ のセルに入力してください

1. 補助対象共同生活住居

No.	共同生活住居名称	住 所	補助金申請時定員		事業終了時定員	
			名		名	
1				名		名
2				名		名
3				名		名
4				名		名
5				名		名
6				名		名
7				名		名
合 計			0	名	0	名

2. 定員変更があった場合

年度当初基準額		対象月数		①変更後基準額		対象月数		②変更後基準額		対象月数
	×	/12	+		×	/12	+		×	/12
		③変更後基準額	対象月数			④変更後基準額	対象月数	補助額		
+		×	/12	+		×	/12	=	0	

3. 補助金精算

補助金受入済額(B)	法人総定員		補助金額	
	0	名		(円/年)
事業終了時補助金額(A)	法人総定員		補助金額	
	0	名		(円/年)
差引額(A-B)	0			(円/年)

(参考)

定 員	金 額
4から5名	100,000円
6から10名	200,000円
11から15名	300,000円
16から20名	400,000円
21から25名	500,000円
26から30名	600,000円
31名以上	700,000円

※ 差引額がプラスの場合は追加交付、マイナスの場合は戻入が発生します。

※ 一枚で収まらないときは、別葉で作成してください。

年度川崎市障害者共同生活援助事業運営費補助金 精算書

法人名	
-----	--

※ のセルに入力してください。

1. 既補助金交付決定額(B)		(家賃補助額)	(賠償責任保険料)
0 円		0 円	0 円
内 訳		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
2. 事業終了時補助金額(A)		(家賃補助額)	(賠償責任保険料)
0 円		0 円	0 円
内 訳	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
	0	円	円
3. 精算額(A-B)		(家賃補助額)	(賠償責任保険料)
0 円		0 円	0 円

※精算額がプラスの場合は追加交付、マイナスの場合は戻入が発生します。
 ※上表については算定基礎表を踏まえ作成ください。

共同生活援助事業所における入退居者の状況（ ____枚中 ____枚目）

共同生活住居名 : _____

1. 新た（当初申請時以降）に入居した者の状況

	氏名（年齢）	障害支援 区分	日中活動先（事業所名等）	入居年月日	実施機関	生保 受給
1	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
2	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
3	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
4	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無

2. 新た（当初申請時以降）に退居した者の状況

	氏名（年齢）	障害支援 区分	日中活動先（事業所名等）	退居年月日	実施機関	生保 受給
1	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
2	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
3	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無
4	(歳)	区分		年 月 日	保健福祉C	有 ・ 無

※ 共同生活住居ごとに1枚作成してください。

※ ただし、当初申請時以降に入退居が発生していない共同生活住居については作成不要です。

※ 川崎市外からの入退居者についても記入してください。