

松江市
計画相談支援マニュアル

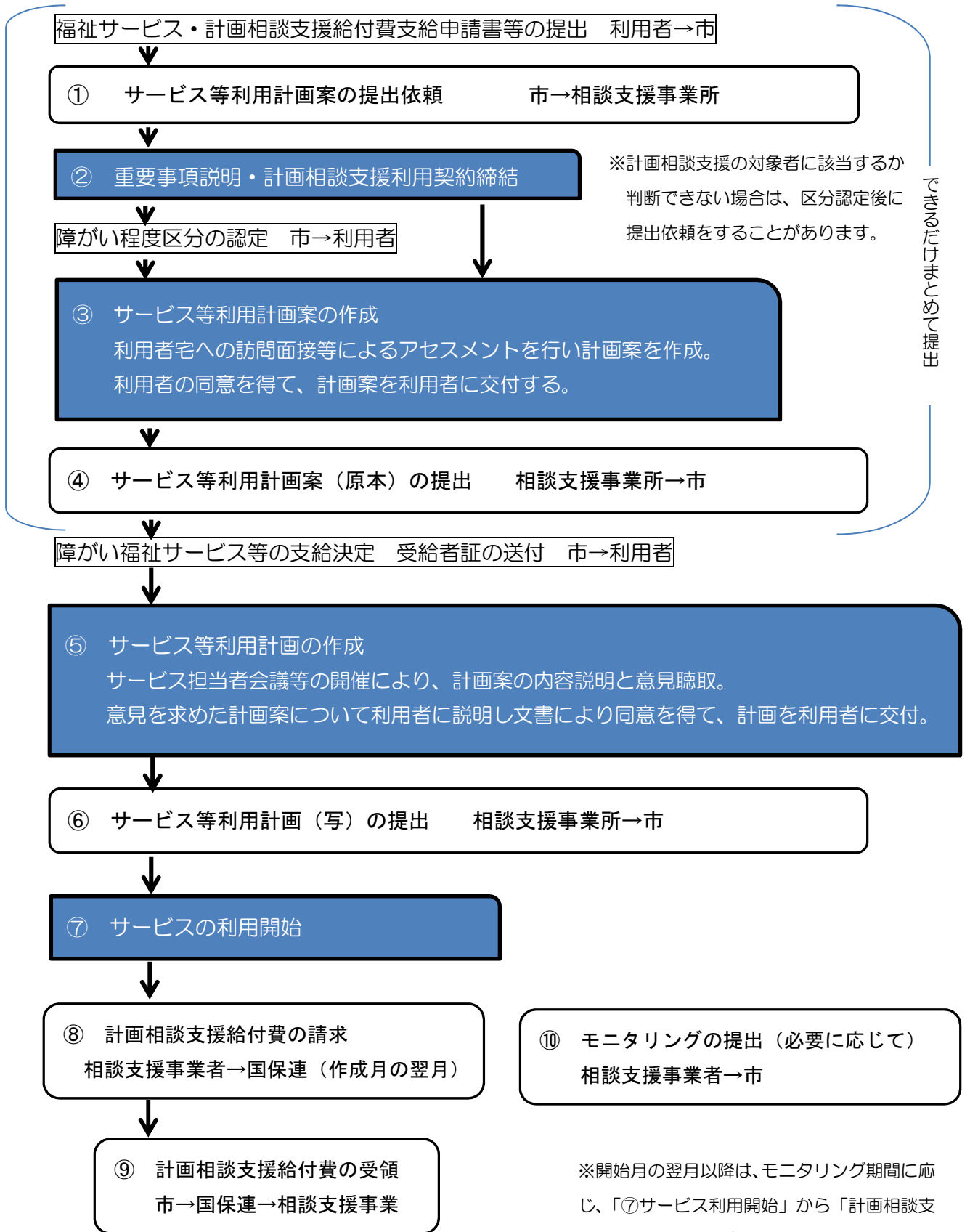
平成 26 年 1 月 1 日

松江市 健康福祉部 障がい者福祉課

(目次)

1	サービスの利用開始までの流れ	・・・1
2	対象者	・・・2
3	提出書類	・・・4
4	具体的手続き	・・・5
5	モニタリング期間の設定	・・・10
6	サービス等利用計画様式	・・・14
	その他	・・・20

1 サービスの利用開始までの流れ



2 対象者

計画相談支援及び障がい児相談支援の対象者は、原則、サービスを利用するすべての障がい者となります（別表1、2、3参照）。

別表1 計画相談支援（障がい者総合支援法）の対象者

	対象者	留意事項
サービス 利用支援	障がい福祉サービスの申請若しくは変更の申請に係る障がい者若しくは障がい児の保護者又は地域相談支援の申請に係る障がい者	
継続サービス 利用支援	指定特定相談支援事業者が提供したサービス利用支援によりサービス等利用計画が作成された支給決定障がい者等又は地域相談支援給付決定障がい者	指定特定相談支援事業者以外の者がサービス等利用計画案を作成した場合については継続サービス利用支援の対象外

別表2 障がい児相談支援（児童福祉法）の対象者

	対象者	留意事項
障がい児支援 利用援助	通所給付決定の申請若しくは変更の申請に係る障がい児の保護者	
継続障がい児 支援利用援助	指定障がい児相談支援事業者が提供した障がい児支援利用援助により障がい児支援利用計画が作成された通所給付決定保護者	指定障がい児相談支援事業者以外の者が障がい児支援利用計画案を作成した場合については継続障がい児支援利用援助の対象外

- ※ 申請者が、介護保険制度のサービスを利用する場合については、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画（ケアプラン）の作成対象者となります。ただし、松江市では、障がい福祉サービスで居宅介護（通院介助以外）を利用する場合は、当面の間サービス等利用計画の作成が必要となります。（申請者は、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画の写しを市に提出します。）
- ※ 申請者が、障がい児通所支援と障がい福祉サービスの両方を利用する場合には、サービス等利用計画及び障がい児支援利用計画を一体的にまとめた計画の提出を申請者に依頼します。（相談支援事業者の報酬は、障がい児相談支援給付費のみ算定することとなります。）
また、高校在学中に18歳に到達し放課後等デイサービスと障がい福祉サービスを併給している者については、放課後等デイサービスを利用している間については、障がい児相談支援給付を算定することとなります。放課後等デイサービスの利用が終了した時点で、計画相談支援給付費を算定することとなります。
- ※ 申請者自身や家族が、サービス等利用計画を作成する場合には、申請者又は家族が作成したサービス等利用計画（セルフプラン）を市に提出します。

別表3 利用するサービスと対象となる相談支援の種類

	利用するサービス	計画 相談支援	障がい児 相談支援
障がい者	障がい福祉サービスのみ	○	×
	地域相談支援のみ（地域移行・定着）	○	
	地域生活支援事業のみ（移動・日中・地活等）	×	
	障がい福祉サービス＋地域生活支援事業	○	
	障がい福祉サービス （行動援護、同行援護、自立訓練（生活訓練）、 就労移行支援、就労継続支援等） ＋ 介護保険制度のサービス	○	
	障がい福祉サービス （居宅介護（通院介助）の上乗せのみ） ＋ 介護保険制度のサービス	△	
	障がい福祉サービス （居宅介護（通院介助以外）の上乗せのみ） ＋ 介護保険制度のサービス	△	
障がい児	障がい福祉サービスのみ	○	×
	障がい児通所支援のみ	×	○
	地域生活支援事業のみ（移動・日中・地活等）	×	
	障がい福祉サービス＋障がい児通所支援	×	○
	障がい福祉サービス＋地域生活支援事業	○	×
	障がい児通所支援＋地域生活支援事業	×	○

※障がい福祉サービスと障がい児通所支援を両方利用する障がい児については、障がい児相談支援での対応

例) 4月1日から居宅介護を利用している障がい児が、9月1日から障がい児通所支援も利用することになった場合⇒8月31日までは計画相談支援、9月1日からは障がい児相談支援

○：(必須) 支給決定日の2週間前までに○の書類をそろえて提出。

●：(必須) 翌月10日までに●の書類をそろえて提出。

☆：H27年3月までの特例

3 提出書類 市に提出する「サービス等利用計画」の様式(障がい児相談支援も準ずる。)

支給決定プロセス 別途提出が必要な書類は、本マニュアル P21 参照。		福祉サービス		「サービス等利用計画」の様式								請求単位	
		申請様式		受給者証	申請	別紙		様式1(原本)		様式2(写)			様式3
		1号	9号			1	2	1	2	1	2		
		福祉サービス申請書一式	福祉サービス変更申請書一式			申請者の現況(基本情報)	申請者の現況(基本情報)(週間)	サービス等利用計画案	サービス等利用計画案(週間)	サービス等利用計画	サービス等利用計画(週間)		
1. 新規	○			○	○	○	○	○	●	●		1,600	
2. モニタリング月	(1): サービス種類や量の変更		○ ※1	○		○ ※2	○ ※3	○	○	●	●	○	1,600
	(2): モニタリング期間のみ変更			○						●	●	○	1,300
	(3): (1)・(2) 以外の軽微な変更									●	●	●	
	(4): 変更なし												
3. 継続	(1): サービス種類や量の変更	○ ※1				○ ※2	○ ※3	○	○	●	●	○	1,600
	(2): モニタリング期間のみ変更	○ ※1								●	●	○	
	(3): (1)・(2) 以外の軽微な変更	○ ※1								●	●	○	
	(4) 変更なし	○ ※1・4										●	
4. 変更	市へ連絡が必要		○ ※1	○		○ ※2	○ ※3	○	○	●	●		1,600
5. 特例	(継続手続き時は除く) ※計画相談を追加するだけの場合			☆	☆	☆	☆			☆	☆		1,600

軽微な変更の例：サービスの曜日のみ、事業所のみ、目標のみ 等の変更をする場合

※1：区分認定を伴う場合は、福祉サービス申請書一式（1号 or 9号）を認定終了日の2か月前までに提出

※2：変更前と後をふまえた現況を記載

※3：変更前の現況を記載

※4：計画省略の同意について記載が必要（本マニュアルP9参照）

4 具体的な手続き

1) 新規

①申請者⇒市

〔福祉サービスの申請関係〕

- 「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」（様式第1号）
- 「世帯状況・収入等申告書」（様式第2号）
- 「介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告及び同意書」（様式第3号）

〔計画相談支援の申請関係〕

- 「計画相談支援給付費支給申請書」（様式第19号3）
- 「計画相談支援依頼（変更）届出書」（様式第19号4）

②市⇒申請者または相談支援事業所

「サービス等利用計画案提出依頼書」の送付（新規の場合のみ送付）

③市⇒申請者

「障がい程度区分認定通知書」の送付 ←新規で区分認定が必要な方のみ

④指定相談支援事業所⇒市

新規の支給決定に必要。サービス利用開始日の2週間前までに市へ提出

〔計画案 関係〕

- 「申請者の現況（基本情報）」（別紙1）
- 「申請者の現況（基本情報）（週間）」（別紙2）
- 「サービス等利用計画案」（様式1-1）
- 「サービス等利用計画案（週間）」（様式1-2）

⑤市⇒申請者

支給決定・受給者証の交付

⑥指定相談支援事業所⇒市

翌月10日までに市へ提出

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」（様式2-1）
- 「サービス等利用計画（週間）」（様式2-2）

国保連請求審査に必要な書類

（翌月10日までに市へ提出）

「計画提出者名簿」

2) モニタリング月

(1) サービスの種類・量が変更

①申請者⇒市

書類を全部そろえて提出

変更の支給決定に必要。サービス変更日の2週間前までに資料をそろえて提出

(区分認定が必要な場合は、福祉サービス申請書関係のみを2ヵ月前までに提出)

※受給者証

[福祉サービスの変更申請書関係]

○「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第9号)

○「介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告及び同意書」(様式第3号)

[モニタリング関係]

○モニタリング報告書(様式3)

[計画案関係]

○「申請者の現況(基本情報)」(別紙1)

○「申請者の現況(基本情報)(週間)」(別紙2)

○「サービス等利用計画案」(様式1-1)

○「サービス等利用計画案(週間)」(様式1-2)

②市⇒申請者(支給決定・受給者証の交付)

③指定相談支援事業所⇒市

翌月10日までに市へ提出。

[計画 関係]

●「サービス等利用計画」(様式2-1)

●「サービス等利用計画(週間)」(様式2-2)

(2) モニタリング期間のみ変更 [例：毎月⇒半年ごと]

①申請者⇒市

変更の支給決定に必要。モニタリング期間の変更が必要と判断したモニタリング実施月の月末までに市へ提出

※受給者証

[モニタリング関係]

○モニタリング報告書(様式3)

②市⇒申請者(受給者証の交付)

翌月10日までに市へ提出。

[計画 関係]

●「サービス等利用計画」(様式2-1)

●「サービス等利用計画(週間)」(様式2-2)

(3) (1)・(2)以外の軽微な変更

①申請者⇒市

翌月10日までに市へ提出。

〔モニタリング関係〕

- 「モニタリング報告書」(様式3)

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」(様式2-1)
- 「サービス等利用計画(週間)」(様式2-2)

書類を全部そろえて提出

(4) 変更なし

①申請者⇒市

支給決定に係る書類提出は無(モニタリング報告者名簿のみ提出)

※モニタリングの結果の記録は、5年間保存義務付けられています(基準第30条)。
支給決定時にモニタリング報告書の提出は不要ですが、市は必要なときにモニタリング報告書等の提出を求める場合がありますので、保管には注意をお願いします。

国保連請求審査に必要な書類

(翌月10日までに市へ提出)

「モニタリング報告者名簿」

3) 継続

(1) サービスの種類・量が変更

①申請者⇒市

書類を全部そろえて提出

支給決定に必要。サービス継続開始日の2週間前までに書類をそろえて提出

(区分認定が必要な場合は、福祉サービス申請書関係のみを2ヵ月前までに提出)

〔福祉サービスの申請 関係〕

- 「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第1号)
- 「世帯状況・収入等申告書」(様式第2号)
- 「介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告及び同意書」(様式第3号)

〔モニタリング関係〕

- モニタリング報告書(様式3)

〔計画案 関係〕

- 「申請者の現況(基本情報)」(別紙1)
- 「申請者の現況(基本情報)(週間)」(別紙2)
- 「サービス等利用計画案」(様式1-1)
- 「サービス等利用計画案(週間)」(様式1-2)

②市⇒申請者(支給決定・受給者証の交付)

③指定相談支援事業所⇒市

翌月10日までに市へ提出。

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」(様式2-1)
- 「サービス等利用計画(週間)」(様式2-2)

(2) モニタリング期間のみ変更、

(3) (1)・(2)以外の軽微な変更

①申請者⇒市

書類を全部そろえて提出

継続の支給決定に必要。サービス継続開始日の2週間前までに市へ提出

〔福祉サービスの申請 関係〕

- 「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第1号)
- 「世帯状況・収入等申告書」(様式第2号)
- 「介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告及び同意書」(様式第3号)

〔モニタリング関係〕

- モニタリング報告書(様式3)

②市⇒申請者(支給決定・受給者証の交付)

翌月10日までに市へ提出。

〔計画 関係〕

- 「サービス等利用計画」(様式2-1)
- 「サービス等利用計画(週間)」(様式2-2)

(4) 変更なし

①申請者→市

継続の支給決定に必要。サービス継続開始日の2週間前までに、書類を全部そろえて提出

区分認定が必要な場合は、2ヵ月前までに提出。

〔福祉サービスの申請 関係〕

- 「介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」(様式第1号)
- 「世帯状況・収入等申告書」(様式第2号)
- 「介護給付費等の支給決定等に係る申請に伴う申告及び同意書」(様式第3号)

申請書(様式第1号)の「申請に係る具体的内容」に

【平成〇年〇月〇日のサービス等利用計画と同じ内容の計画で継続することに同意する。】と、記載すること。(様式2-1、2-2は省略)

書類を全部そろえて提出

②市→申請者(支給決定・受給者証の交付)

翌月10日までに市へ提出。

〔モニタリング関係〕

- モニタリング報告書(様式3)

国保連請求審査に必要な書類

(翌月10日までに市へ提出)

「モニタリング報告者名簿」

5 モニタリング期間の設定

(1) モニタリング期間

モニタリング期間については、指定特定相談支援事業者・障がい児相談支援事業者（計画作成担当）の提案を踏まえて、以下の勘案事項及び期間を勘案して、市が個別の対象者ごとに定めます。標準のモニタリング期間は、別表4のとおりです。

(勘案事項)

- a 障がい者等の心身の現況
- b 障がい者等の置かれている環境
 - ・地域移行等による住環境や生活環境の変化、家族の入院、死亡又は出生等による家庭環境の変化、ライフステージ（乳幼児期から学齢期への移行、学齢期から就労への移行等）の変化の有無等
- c 総合的な援助の方針（援助の全体目標）
- d 生活全般の解決すべき課題
- e 提供されるサービスの目標及び達成時期
- f 提供されるサービスの種類、内容及び量
- g サービスを提供する上での留意事項

別表4 モニタリング期間一覧（標準）

	対象者	モニタリング期間
①	新規に支給決定又は支給決定の変更によりサービス種類、内容又は量に著しく変動があった者	1ヵ月目・3ヵ月目・6ヵ月目のち半年ごと
②	居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、生活介護、短期入所、共同生活介護、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、児童発達支援、放課後等デイサービス又は地域定着支援を利用する者で、次の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・障がい者支援施設からの退所等に伴い、一定期間、集中的に支援を行うことが必要である者 ・単身世帯に属するため又はその同居している家族等の障害、疾病等のため、自ら指定障がい福祉サービス事業所等との連絡調整を行うことが困難である者 ・重度障がい者等包括支援に係る支給決定を受けることができる者 	毎月
③	居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、生活介護、短期入所、共同生活介護、共同生活援助、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、児童発達支援、放課後等デイサービス、地域定着支援又は地域移行支援を利用する者	半年ごと
④	療養介護、重度障がい者等包括支援又は施設入所支援を利用する者	1年ごと
⑤	特例 ※計画相談を追加するだけの場合 (本マニュアルp4「5. 特例」の場合)	半年ごと ただし 上記②の場合：毎月 上記③の場合：1年ごと

※セルフプラン作成者は、自ら計画を作成できる者であることから、指定特定相談支援事業者・障がい児相談支援事業者（計画作成担当）によるモニタリングは実施しないこととします。

(2) 計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の支給期間

計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の支給期間（月単位）については、以下の取扱いとします。

ア 支給期間の開始月

- ・新規に計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の対象となる者
⇒サービス利用支援・障がい児支援利用援助を実施する月（サービス等利用計画を作成する月）
- ・既に計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の対象となっている者
⇒継続前の支給期間の翌月

イ 支給期間の終期月

利用する障がい福祉サービスの支給決定、地域相談支援給付決定又は障がい児通所支援の給付決定の有効期間のうち最長の有効期間の終期月

(3) モニタリング期間に係る開始月と終期月

モニタリング期間の設定に当たっては、継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の実施月を特定するため、併せて、当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の開始月と終期月を設定します。

具体的な取り扱いは以下のとおりです。

ア 当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の開始月

開始月については、支給決定の有効期間の終期月において継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助を実施することを前提に、当該者に係るモニタリング期間を勘案して設定する。

（支給決定の有効期間の終期月においては、対象者の現況に応じて、継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助と併せて支給決定の継続等のためのサービス利用支援・障がい児支援利用援助を実施（報酬はサービス利用支援・障がい児支援利用援助の報酬のみ算定。）

なお、1人の者に対して複数の支給決定の有効期間の終期が設定される場合には、複数の支給決定の有効期間のうち最長の有効期間の終期月に継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助を実施することを前提に、当該者に係るモニタリング期間を勘案して、継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の開始月を設定する。

この場合、できる限り、複数の有効期間の終期月と継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の実施月が同一月となるよう、各々のサービスの支給決定の有効期間を設定することが望ましい。（結果として、サービス利用支援の実施月と継続サービス利用支援の実施月が異なる場合であっても、各々の報酬の算定は可とする。）

イ 当該モニタリング期間に係る継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の終期月

原則として、計画相談支援給付費・障がい児相談支援給付費の支給期間の終期月（サービス

の支給決定の有効期間の終期月)と同じとする。

ただし、モニタリング期間が「毎月」の者については、継続サービス利用支援・継続障がい児支援利用援助の開始月を含め最長1年以内で終期月を設定する(支給決定又は支給決定の変更によりサービス内容に著しく変動があった者については、当該支給決定等から概ね3ヶ月以内を基本とする。)

(4) 具体的な例

例1 平成25年4月から、1年間の支給期間のサービスを利用する場合(居宅介護等)
 (サービスの支給期間 平成25年4月1日～平成26年3月31日)
 (計画相談支援の支給期間 平成25年3月15日～平成26年3月31日)

① 1ヵ月目、3ヵ月目、6ヵ月目のち半年ごとに実施(主に新規や変更の場合)

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
H25	計画作成	モ		モ			モ						モ計

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 1ヵ月目、3ヵ月目、6ヵ月目のち半年ごと(平成25年4月～平成26年3月)」

② 半年に1回実施

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
H25	計画作成						モ						モ計

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 半年ごと(平成25年9月～平成26年3月)」

③ モニタリングにより9月より支給量に変更になった場合

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
H25	計画作成						モ計	モ		モ			モ計

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 1ヵ月目、3ヵ月目、6ヵ月目のち半年ごと(平成25年10月～平成26年3月)」

例2 平成25年4月から、3年間の支給期間のサービスを利用する場合（生活介護等）
 （サービスの支給期間 平成25年4月1日～平成28年3月31日）
 （計画相談支援の支給期間 平成25年3月15日～平成28年3月31日）

① 1カ月目、3カ月目、6カ月目のち半年ごとに実施（主に新規や変更の場合）

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
H25	計画作成	モ		モ			モ						モ
H26							モ						モ
H27							モ						モ計

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 1カ月目、3カ月目、6カ月目のち半年ごと（平成25年4月～平成28年3月）」

② 半年に1回実施。

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
H25	計画作成						モ						モ
H26							モ						モ
H27							モ						モ計

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 半年ごと（平成25年9月～平成28年3月）」

③ 1年に1回実施

	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
H25	計画作成												モ
H26													モ
H27													モ計

← サービスの支給期間 →

※受給者証への記載内容

「モニタリング期間 1年ごと（平成26年3月～平成28年3月）」

6 サービス等利用計画様式

(1) 基本情報

申請者の現況(基本情報)												別紙1	
基本情報												別紙1	
〇 新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例													
1. 概要(支援経路・現状と課題等) ※赤枠の中に入力すると、計画表・計画の青色部分にリンクします。													
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者を記入 医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等													
生活歴 ※受診歴等含む													
本人の主眼(意向・希望)													
2. 支援の状況(本人と関わりをもつ機関・人物等(役割)も含む)													
提供機関・提供者												支障内容 頻度 備考	
名称													
公的支援 (福祉課 社会一七 ス、介護 保険等)													
その他 の支援													

〇 1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例												基本情報									
申請者の現況(基本情報)【現在の生活】 ※計画導入前または計画変更前の現況を記載												別紙2 松江市(H25.12)									
作成日		利用者氏名		0																	
						月		火		水		木		金		土		日・祝		主な日常生活上の活動 ※ない場合は「無」と記入	
4.00																					
6.00																					
8.00																					
10.00																					
12.00																					
14.00																					
16.00																				週単位以外のサービス ※ない場合は「無」と記入	
18.00																					
20.00																					
22.00																					
0.00																					
2.00																					

(2) サービス等利用計画案

松江市(H25.12版) サービス等利用計画・障害児支援利用計画案												計画案		様式 1-1					
○ [1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例]																			
障害福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号			児童通所受給者証番号			相談支援事業者名			計画作成担当者										
利用者氏名			生年月日			18歳未満の場合 保護者名(続柄)			初回計画作成日			計画案作成日							
居住町名			障がい程度区分			区分			希望モニタリング期間(開始年月)			次回モニタリング年月							
※希望期間がその他の場合は、様式1-2「サービス提供によって実現する生活の全体像」等へ理由を記載																			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)																			
総合的な援助の方針(モニタリング時に確認)																			
長期目標																			
短期目標																			
優先順位	本人の具体的な目標・課題	目標達成・課題解決に向けた本人の役割	周りの人の支援内容(モニタリング時に確認)	達成時期	福祉サービス等		評価時期	その他留意事項											
					種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)													
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
上記計画について同意します。																			
氏名												印		※自署以外は押印が必要		自宅訪問日 (障がい児の場合は必須)		平成 年 月 日	

1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例												計画案		様式 1-2 松江市(H25.12版)	
計画開始日		利用者氏名		サービス等利用計画・障害児支援利用計画案【週間計画表】 ※計画導入後または計画変更後の予定を記載。											
	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 ※ない場合は「無」と記入							
4:00															
6:00															
8:00															
10:00															
12:00															
14:00															
16:00								週単位以外のサービス ※ない場合は「無」と記入							
18:00															
20:00															
22:00															
0:00															
2:00															
サービス提供によって実現する生活の全体像															
障がい福祉サービスの種類		支給量/月		積算根拠											
①															
②															
③															
④															

(3) サービス等利用計画

松江市 (H25.12版) サービス等利用計画・障害児支援利用計画										計 画	様式 2-1														
○ [1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例]										利用者負担上限額	円														
障害福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号		3	2	2	0	1	0	0	0	0	児童通所受給者証番号		3	2	2	0	1	0	0	0	0	相談支援事業者名	0	計画作成担当者	0
利用者氏名	0	生年月日	M33.1.0	18歳未満の場合保護者名(続柄)	0	初回計画作成日						計画作成日													
居住町名	0	障がい程度区分	区分 0	続柄()						遠征モニタリング期間(開始年月)	<input type="checkbox"/>	標準1.3.6のち6か月	<input type="checkbox"/>	標準6か月	<input type="checkbox"/>	その他()	次回モニタリング年月	年 月							
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)																									
総合的な援助の方針(モニタリング時に確認)																									
長期目標																									
短期目標																									
優先順位	本人の具体的な目標・課題	目標達成・課題解決に向けた本人の役割	周りの人の支援内容(モニタリング時に確認)	達成時期	福祉サービス等		評価時期	その他留意事項																	
					種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)																			
1																									
2																									
3																									
4																									
5																									
上記計画について同意します。										氏名	印	※自署以外は押印が必要		自宅訪問日(障がい児の場合は必須)	平成	年	月	日							

○ 1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例										計 画	様式 2-2 松江市 (H25.12版)
計画開始日	利用者氏名 0									サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】※新しい計画導入後の生活を記載。	
	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動 ※ない場合は「無」と記入			
4:00								<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 週単位以外のサービス ※ない場合は「無」と記入 </div>			
6:00											
8:00											
10:00											
12:00											
14:00											
16:00											
18:00											
20:00											
22:00											
0:00											
2:00											
サービス提供により実現する生活の全体像											
障がい福祉サービスの種類	支給量/月	積算根拠									
①											
②											
③											
④											

(4) モニタリング報告書

松江市 (H25.12版)												モニタリング報告書				モニタリング		様式 3-1	
障害福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号			3 2 2 0 1 0 0 0 0 0 0			児童福祉受給者証番号			3 2 2 0 1 0 0 0 0 0			相談支援事業者名		0		計画作成担当者		0	
利用者氏名			0			生年月日			M33.1.0			18歳未満の場合		0		モニタリング日		○	
居住町名			0			障がい程度区分			0			保護者名(続柄)		続柄()		決定モニタリング期間		<input type="checkbox"/> 標準1.3.6のち6ヵ月 <input type="checkbox"/> 標準6ヵ月 <input type="checkbox"/> その他()	
総合的な援助の方針(サービス等利用計画より)												全体の状況							
0												※モニタリング期間の変更がある場合は、理由を記載すること。							
優先順位		周りの人の支援内容(サービス等利用計画より)		達成時期		サービス提供状況(事業者からの聞き取り)		本人の感想満足度		相談支援専門員の評価				【特記事項】					
								<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ほぼ満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明		達成度 <input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要 今後の課題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 再アセスメントの必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり サービス種類の変更 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり サービス量の変更 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		満足度 <input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> おおむね満足 <input type="checkbox"/> 検討が必要 今後の課題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 再アセスメントの必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり サービス種類の変更 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり サービス量の変更 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		満足度(不満・やや不満・不明)、評価(検討が必要・あり)の場合は、記載必須					
1		○		○															
2		○		○															
3		○		○															
4		○		○															
5		○		○															

※モニタリング結果の記録は、5年間保存。

(5) 記載例

松江市 (H25.12月版)												計画案				様式 1-1					
サービス等利用計画・障害児支援利用計画案												1.新規、2.モニタリング実施時の変更、3.継続手続き時の変更、4.変更、5.特例									
障害福祉サービス及び地域相談支援受給者証番号			3 2 2 0 1 0 0 0 0 0			児童福祉受給者証番号			3 2 2 0 1 0 0 0 0			相談支援事業者名		0		計画作成担当者		0			
利用者氏名			0			生年月日			M33.1.0			18歳未満の場合		0		初回計画作成日		初めて計画を作成した日(計画案作成日ではない)			
居住町名			0			障がい程度区分			0			保護者名(続柄)		続柄()		希望モニタリング期間(開始年月)		<input checked="" type="checkbox"/> 標準1.3.6のち6ヵ月 <input type="checkbox"/> 標準6ヵ月 <input type="checkbox"/> その他()			
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)												「こうやって生活したい」、「こんなことをやってみたい」という、利用者等が希望する生活の全体像を記載する。できるだけ利用者等の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。「働くための支援を受けながら、早く就職できるようにしたい。稼げるようにしたい。」						次々実施するモニタリングの年月を記載			
総合的な援助の方針(モニタリング時に確認)												上記記載の意向を、相談専門員の立場から捉えなおしたもので、計画作成の指針となる。(支援にかかわる関係機関に共通の、最終的に到達すべき方向性や状況として記載) サービス提供事業所が、個別支援計画の方向性やサービス内容を定める際にも参考にしやすいように、具体的に記載する。「生活リズムを安定させて、スケジュールに基づいた生活が送れるようになる。」						本人の意思決定を尊重した社会・生活モデルを基本とし、望む生活を可能とする支援が提供される。かかわる人たちがそれぞれ役割を果たせるような、利用者の生活を総合的に支援する計画をつくる。(利用者ご自身で決めることであると同時に、支援にかかわる提供者や機関等が支援の方向性を共有できるツールになる必要がある)			
長期目標												総合的な支援方針をふまえた長期目標で、利用者が希望する生活に近づくための目標を記載。(支援者側の目標を設定しない事)「就労移行支援事業所へ、休むことなく通勤し、一人で仕事ができるようになる。」									
短期目標												「こうやって生活したい」、「こんなことをやってみたい」という、利用者等が希望する生活の全体像を記載する。できるだけ利用者等の言葉や表現を使い、前向きな表現で記載する。「朝きちんと起きて、就労移行支援事業所へ週3日以上通勤し、規則正しい生活を送れるようになる。」									
本人の具体的な目標・課題		目標達成・課題解決に向けた本人の役割		周りの人の支援内容(モニタリング時に確認)		達成時期		福祉サービス等				評価時期		その他留意事項							
記載内容		利用者や家族の生活に対する意向と連動している。利用者が希望する生活を達成するためのニーズ(解決すべき課題)を記載。		利用者が取り組むべきことを、できるだけ具体的に記載		「本人の解決すべき課題」を、相談支援専門員の立場から捉えなおしたもので、支援にかかわる側からの目標を記載。モニタリングでサービスの効果や必要性を判断するための項目になる。		段階的に達成できる時期						達成時期をふまえた評価時期		記載しきれない取り組み関係機関の役割分担等、サービス提供に当たっての留意事項を記載。					
表現方法		相談支援専門員がアセスメント等を適した専門職の視点として必要な事はないかを考え、具体的にその内容を表現する。		利用者の言葉や表現を適宜引用しながら、意欲を高め、利用者が自分ごととして主体的に取組むことと思えるように表現する。		短期目標からさらに細分化した具体的な支援目標。															
1		週末に一週間のスケジュールを決めて、週3日は、通勤できるようにする。		通勤日の前夜に荷物の準備をし、朝はスムーズに出勤できるようにする。		無断欠勤をしないように支援する。		6ヵ月		就労移行支援・クリーニング・週4日・5H/日				6ヵ月		体調に合わせて無理のないスケジュールに変更した場合など、家族との連携の取り方を、関係者間で統一しておく。					
2		服薬忘れにより、体調不良が増える為、薬を毎日飲む。		お薬カレンダーを活用して、飲み忘れを防ぐ。		同居している母親に、お薬カレンダーの確認をしてもらい、服薬忘れを防ぐ。		6ヵ月		服薬：毎食後・夜寝る前				6ヵ月		同居(同居中)					
3		毎月、定期通院をする		次の通院の日をカレンダーに記入する。		同居している母親に、カレンダーの確認をしてもらい、通院忘れを防ぐ。		6ヵ月		通院：月1回				6ヵ月		〇〇病院 (Dr.△△、55-5054)					
上記計画について同意します。												氏名		印		※自署以外は押印が必要		自署訪問日		平成 年 月 日	

1.新規		2.モニタリング実施時の変更		3.継続手続き時の変更		4.変更		5.特例		計画案	様式 1-2 松江市(H25.12版)														
計画開始日	H25.12.1	利用者氏名	0	サービス等利用計画・障害児支援利用計画案【週間計画表】※計画導入後または計画変更後の予定を記載。																					
<p>記載方法</p> <p>主日常生活上の活動 ※ない場合は「無」と記入</p> <p>重要になる日常生活上の行動や特記で、計画表に記載しきれなかった情報を記載。余暇活動や趣味など。</p> <p>利用者の強みやできること、楽しみ、生活の豊かさに着目して記載。 無い場合は「無」と記載</p> <p>本是一回/月、24/回外に出るのを苦手が、本屋は好き。</p> <p>週単位以外のサービス ※ない場合は「無」と記入</p> <p>隔週・不定期に利用しているサービス(短期入所など)、利用者の状態や運送の変化により、一時的に必要となるサービスについて記載。 利用者が自ら進んで実施している主日常生活上の活動と異なり、相談支援専門員や事業所等が手配しているものを記載。 無い場合は「無」と記載</p> <p>通院:1回/月(〇〇病院)</p>																									
<p>【記載方法】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●「別紙2:基本情報(週間)」と比較することによって、新たに障がい福祉サービスを導入する意義が明確に確認できるように記載 ●公的支援(障がい福祉サービス、介護保険サービス)とその他の支援の違いが分かるように記載 ●変更で新たに増えたサービスがわかるように記載 <p>【週間計画表の役割】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○週単位で行われる支援内容を、曜日・時間帯で示すことで、利用者・家族は自分たちの生活の流れを管理することができる。 ○支援チームとして他のサービスがどのように組み込まれているか把握できるので、連携を図る上で活用できる。 																									
<p>サービス提供によって実現する生活の全体像</p> <p>ひきこもりがらだった生活から、福祉サービスをすることにより、少しずつ経験を増やしていく。まずは就労や家事など、本人の望む生活を見出すことを目的とする。</p> <p>計画作成、福祉サービスの提供により、利用者はどのような生活を目指すのか、専門員としての判断</p>																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>障がい福祉サービスの種類</th> <th>支給量/月</th> <th>積算根拠</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>① 就労移行支援</td> <td>23日/月</td> <td>実際に利用するのは、週3日、約12日/月</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>③</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>④</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>障がい福祉サービス・松江市地域生活支援事業(移動支援・日中一時・地活2型)情報のみを記入 積算根拠を記載すること。 【地域生活支援事業(基準時間)】 移動支援:30時間/月以内・日中一時:6日/月以内 ※基準時間を超える場合は、必要理由を申請の都度記載すること。</p>											障がい福祉サービスの種類	支給量/月	積算根拠	① 就労移行支援	23日/月	実際に利用するのは、週3日、約12日/月	②			③			④		
障がい福祉サービスの種類	支給量/月	積算根拠																							
① 就労移行支援	23日/月	実際に利用するのは、週3日、約12日/月																							
②																									
③																									
④																									

松江市(H25.12版)		記載方法		モニタリング報告書		モニタリング	様式 3-1
障害福祉サービス及び地域福祉支援受給者証番号	3 2 2 0 1	児童福祉施設受給者証番号	3 2 2 0 1	相談支援事業者名	0	計画作成担当者	0
利用者氏名	0	生年月日	M33.1.0	モニタリング日	0	計画作成日	0
居住町名	0	障がい程度区分	0	決定モニタリング期間	<input type="checkbox"/> 標準13.6のち6ヵ月 <input type="checkbox"/> 標準6ヵ月 <input type="checkbox"/> その他()	モニタリング月の変更(1)記入)	0
				変更後のモニタリング期間()		変更後、次のモニタリング月	H 年 月
総合的な援助の方針(サービス等利用計画より)				全体の状況			
生活リズムを安定させて、スケジュールに基づいた生活が送れるようになる				※モニタリング期間の変更がある場合は、理由を記載すること。			
総合的な援助の方針に対する取り組み経過、取り組みの結果としての評価、現在の実態を踏まえた今後の取り組みの方向性について記載。より客観的に状況を把握するため、サービス等調整会議等を開催し、利用者と関係機関等が評価することが必要。総合的な援助の方針で想定した生活が実現できているか。							
優先順位	支援内容(サービス等利用計画より)	達成時期	サービス提供状況(事業者からの聞き取り)	本人の感想満足度	相談支援専門員の評価		【特記事項】
1	サービス等利用計画(様式2-1)に記載した支援内容・達成時期を転記		サービス提供の内容・頻度・事業者としての意見等について、提供事業者から聞き取り記載。 ●いつだれにどのように確認したか記載	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ほぼ満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 達成度 今後の課題 再アセスメントの必要性 サービス種類の変更 サービス量の変更	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<ul style="list-style-type: none"> ●満足度(不満・やや不満・不明)、評価(検討が必要・あり)の場合は、状況について記載必須 ●計画変更の必要性がある場合、サービス種類・量・週間計画の何を変更するか確認し、具体的な変更内容記載。 ●新たな課題が生じた場合は、新たな課題に対応した支援目標の追加理由・種類・量の変更事項について記載。
2			●いつだれにどのように確認したか記載	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ほぼ満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 達成度 今後の課題 再アセスメントの必要性 サービス種類の変更 サービス量の変更	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
3	無断欠勤をしないように支援する。	6ヵ月	〇〇事業所(△△さん)無断欠勤はない。体調不良の日が多く、週1or2回程度の通所になっている。	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ほぼ満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 達成度 今後の課題 再アセスメントの必要性 サービス種類の変更 サービス量の変更	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	体調に合わせた勤務のスケジュール管理を行い、無断欠勤の問題については改善される。体調不良が改善されるのを待ち、徐々に通所回数を増やす。
4	同居している母親に、お薬カレンダーの確認をしてもらい、服薬忘れを助ける。	6ヵ月	母(電話)お薬カレンダーの確認ができていない。週に2日は服薬忘れあり。	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ほぼ満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 達成度 今後の課題 再アセスメントの必要性 サービス種類の変更 サービス量の変更	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	服薬管理が出来ていないことによる体調不良により、通所も出来なくなっていると思われるため、服薬管理を徹底する。母親との連携を強化する。
5	同居している母親に、カレンダーの確認をしてもらい、通院忘れを助ける。	6ヵ月	母(電話)毎月通院は出来ている。	<input type="checkbox"/> 満足 <input type="checkbox"/> ほぼ満足 <input type="checkbox"/> やや不満 <input type="checkbox"/> 不満 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 達成度 今後の課題 再アセスメントの必要性 サービス種類の変更 サービス量の変更	<input type="checkbox"/> 達成 <input type="checkbox"/> おおむね達成 <input type="checkbox"/> 検討が必要 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

※モニタリング結果の記録は、5年間保存。

〔その他〕

- | | |
|--------------------|-------|
| 1) 利用サービスに応じて必要な書類 | ・・・21 |
| 2) 申請時の注意点 | ・・・22 |
| 3) 報酬請求・手続き早見表 | ・・・24 |

(支給決定又は地域相談支援給付決定の申請に係る援助)

第10条 指定特定相談支援事業者は、支給決定又は地域相談支援給付決定に通常要すべき標準的な期間を考慮し、支給決定の有効期間又は地域相談支援支給決定の有効期間の終了に伴う支給決定又は地域相談支援支給決定の申請について、必要な援助を行わなければならない。

〔出典〕障害者総合支援法に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（抜粋）

1) 利用サービスに応じて必要な書類

(1) 全 員 申請書（様式1号または9号）、申告書（様式2号）、同意書（様式3号）

(2) 利用サービスにより別途必要なもの

- ・就労継続支援A・Bを利用中の方：障がい年金の等級のわかるもの
- ・ケアホーム・グループホームを利用中で、市民税非課税の方：家賃証明
- ・自立訓練（機能・生活・宿泊）または就労移行支援を利用中の方
：事業所意見書（サービス提供事業所が作成）
- ・施設入所支援を利用中で、市民税非課税の方
：収入・支出のわかるもの（下記の表参照）
- ・療養介護を利用の方：収入・支出のわかるもの（下記の表参照）、健康保険証の写

表	平成○年1月～12月分の金額（利用開始日H●.7.1～H◎.6.30）
大人（18歳以上） 施設入所は 20歳以上	(1) 本人の年金額がわかるもの （年金証書、振込み通知書、振込額がわかる通帳等） (2) 本人の手当（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当）の額がわかるもの（振込額がわかる通帳等） (3) 工賃証明（事業所で発行してもらう） (4) 仕送り、不動産等収入がわかるもの (5) 税金の額がわかるもの (6) 国保料、社会保険料等の額がわかるもの
児童（18歳未満）施設入所は 20歳未満	(1) 申請者の年金額がわかるもの（振込通知書、振込額がわかる通帳等） (2) 申請者の手当の額がわかるもの（振込額がわかる通帳等）

【注意】：収入・支出は、H○年1月～12月分の金額のわかるものの写しが必要

(3) 状況に応じて、別途必要なもの

- ・平成●年1月1日に松江市に住所がない方（本人及び世帯員） 課税証明書
- ・障がい者手帳を持っていない方・・・診断書

手当等の申請のために提出された証明書により、課税証明書及び診断書の提出を省略できる場合があります。該当の方は、事前に障がい者福祉課へお問い合わせください。

(例) 収入証明確認表

利用開始日（申請日ではない）	課税証明年度（対象の収入期間）		松江市住所
H25.7.1～H26.6.30	H25年度	(H24.1～12月分)	H25.1.1
H26.7.1～H27.6.30	H26年度	(H25.1～12月分)	H26.1.1
H27.7.1～H28.6.30	H27年度	(H26.1～12月分)	H27.1.1

2) 申請時の注意点

(1) 40歳以上で介護保険該当者または65歳以上の方

- ①新規申請の場合は、書類を提出する前に、事前に市へ相談（必須）。
障がい福祉サービスの対象となるかどうか、環境や状況等を確認。
- ②福祉サービス申請書類一式及び介護保険資料を提出（開始希望日の2カ月前まで）
介護保険資料とは：介護保険の訪問調査結果、医師の意見書及びケアプラン。
※障がい程度区分の認定を行っても、障がいの状況によっては、障がい福祉サービスの給付をしない場合があります。

介護保険給付と自立支援給付との適用関係については、当該給付調整規定に基づき、介護保険給付が優先される。

市町村において、申請に係る障がい福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握の上、必要としている支援内容について介護保険サービスにより提供を受けることが可能か否かを適切に判断。

〔出典〕事務処理要領（抜粋） 最終改正 平成25年4月1日版

(2) 標準利用期間を超えて利用を希望する方

標準利用期間のあるサービス：就労移行支援24カ月、
自立訓練（宿泊型24カ月・生活24カ月・機能18カ月）

標準利用期間を超えてさらにサービスが必要な場合については、審査会の審査を経て、必要性が認められた場合に限り、最大1年間の更新が可能（原則1回）

〔出典〕事務処理要領（抜粋） 最終改正 平成25年4月1日版

- ① 市から利用者へ勧奨通知の発送（標準利用期間の切れる3カ月前）
- ②-1 サービスの継続を希望する場合（更新一回のみ）
有効期間の切れる2カ月前までに、福祉サービス申請書一式・直近のモニタリング報告書・サービス提供事業所が作成した事業所意見書（継続）を提出
- ②-2 サービスを廃止し、他のサービスを希望する場合
有効期間の切れる2週間前までに、福祉サービス申請書一式・直近のモニタリング報告書・別紙・計画案と計画案（週間）・サービス提供事業所が作成した事業所意見書（廃止）を提出。（区分認定が必要になる場合は、2カ月前に福祉サービス申請書一式のみを提出）

(3) 区分再認定が必要な方

区分認定期間の切れる3ヵ月前に、市から勸奨通知の発送。

区分認定期間の切れる約2ヵ月前までに、福祉サービス申請書一式を提出。

区分認定の切れる15日前までに、モニタリング報告書・サービス等利用計画書の提出。

(例) 区分認定期間 10月末まで

8月1日頃	勸奨通知を利用者宅へ郵送
8月20日まで	福祉サービス申請書一式を提出
9月下旬頃まで	訪問調査の実施・医師意見書の作成
9月下旬～10月中旬	審査会にて区分認定
10月モニタリング実施	モニタリングの実施、サービス等利用計画書案の作成
10月15日まで	モニタリング報告書・サービス等利用計画書案の提出
10月末まで	支給決定（受給者証の送付）
11月10日まで	サービス等利用計画書の提出

(4) 申請提出のタイミング（新規で区分認定が必要な方）

障がい福祉サービスは、障がい程度区分認定日からの支給決定となり、遡っての支給決定は行いません。サービスが必要となる日の2ヵ月前までに、必ず申請の手続きを行ってください。

介護保険：介護度認定後、申請日まで遡って利用可

障がい福祉：障がい程度区分認定以降利用可。申請日までの遡りは不可

ただし、申請した日から障がい程度区分認定日の前日までの間に、緊急・その他やむを得ない理由（災害・主たる介護者の予測できない緊急入院等）があり、障がい福祉サービス等が必要と市が判断した場合は「特例給付」として利用ができます。

※ 居宅介護・短期入所 など

事前に障がい福祉サービス利用の必要性があることがわかっていたにもかかわらず申請が遅れた場合や緊急の必要性が認められない場合などは、支給の対象外です。

特例給付でサービス提供を受けた場合、サービスにかかる費用は一旦全額利用者負担となります。特例介護給付費支給申請書等を提出することにより、自己負担分（総費用額の一割もしくは、利用者負担上限月額）を差し引いた金額（特例介護給付費・特例訓練等給付費）を支給します。ただし、実費については支給の対象外です。

3) 報酬請求・手続き等の早見表

報酬請求	<p>6月に新規で計画案を作成し、7月に利用開始。7月にモニタリングを実施し、8月利用から支給決定の変更が必要になり7月に変更手続きを行った。</p>	<p>サービス利用支援費 6月分の1, 600単位算定 7月分の1, 600単位算定 継続サービス支援費 算定なし</p>
	<p>障害福祉サービスの申請が却下になった。</p>	<p>算定なし</p>
支給決定	<p>新規で介護給付と訓練給付の希望があり、区分認定ができる前に、先に訓練給付の利用をしたい。</p>	<p>全体を通した計画案を作成し提出。訓練給付のみ支給決定し利用開始する。区分認定がでたら、区分をもとに計画内容を確認し変更が必要な場合は、当初の計画案の修正を提出する。</p>
モニタリング実施月	<p>利用者が入院中のとき</p>	<p>モニタリングは可能なので実施する。 変更等の手続きの必要性を判断する。</p>
	<p>支給決定はあるが、利用していない</p>	<p>モニタリングを実施する。 変更や廃止等の手続きの必要性を判断する。</p>
	<p>モニタリングの結果、事業所だけ変更することになった。</p>	<p>2(3)の手続き</p>
	<p>モニタリングの結果、モニタリング月だけ変更することになった。</p>	<p>2(2)の手続き</p>
継続手続きやモニタリング月以外のとき	<p>サービス種類や量の変更が発生した</p>	<p>4の変更の手続き</p>
	<p>状況に変化があり、今後のモニタリング月のみを変更したい</p>	<p>4の変更の手続き</p>
	<p>軽微な変更が発生した サービスの曜日のみ、事業所のみ、簡易な目標変更のみ 等</p>	<p>支援内容に影響が出ないものであれば、次回の継続手続き時やモニタリング実施月に修正。</p>

附 則

このマニュアルは、平成26年1月1日から施行する。

松江市計画相談支援マニュアル
平成 26 年 1 月 1 日
松江市 健康福祉部 障がい者福祉課
〒690-8540 島根県松江市末次町 86 番地
TEL : 0852-55-5241 FAX : 0852-55-5309
E-Mail : s-fukushi@city.matsue.lg.jp