

グループホーム都加算の請求事務手続き

- 1.都加算制度について
- 2.都加算補助要件
- 3.請求の流れ
- 4.請求提出書類について
- 5.都加算請求書類の作成にあたっての注意事項
- 6.その他

江戸川区 福祉部
障害者福祉課 庶務係



ともに、生きる。
江戸川区

1.都加算制度について

概要

共同生活援助を利用した場合、介護給付費・訓練等給付費に上乗せして支払う加算です。

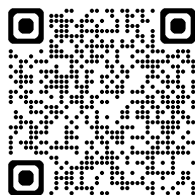
対象

- (1) 対象施設：東京都または八王子市からグループホームの指定を受けた事業所
- (2) 対象者：江戸川区が共同生活援助の支給決定をした利用者

その他

- (1) 共同生活援助の**都加算補助要件を満たしている場合に算定**できます。
要件を満たさない場合、都加算の請求はできません。
- (2) 東京都福祉局【東京都障害者サービス情報】より制度の詳細をご確認ください。

東京都障害者サービス情報



→「A【共同生活援助（グループホーム）】指定申請書・変更届等」

2.都加算補助要件

要件①：福祉サービス第三者評価の受審（3年に1回）

- 新規開設事業所は、当初指定年月日を起算日として、3年間は都加算の補助要件を満たしているものとみなします。
(例：令和7年2月1日が指定日の事業所は令和10年2月サービス提供分まで請求できます。)
- すでに第三者評価を受審したことがある事業所は、「福祉サービス第三者評価結果報告書」の右上の日付（＝受審完了日）の翌月1日を起算日として、3年間都加算の補助要件を満たしているものとします。
(例：令和7年2月28日に受審を完了した事業所は令和10年2月サービス提供分まで請求できます。)
- 受審を完了せずに3年を経過した場合、3年を過ぎた月から次に受審を完了した月までのサービス提供分の都加算は請求できません。
- 受審の福祉サービス種別は、「共同生活援助」です。

福祉サービス第三者評価結果報告書 【令和7年度（2025年度）】

年 月 日

東京都福祉サービス評価推進機構

『都加算請求書(別紙)』にある「福祉サービス第三者評価受審完了年月日」は、第三者評価結果報告書の右上の日付を記入してください。

※新規開設事業者で、みなし期間中の場合は、「当初指定年月日」を記入してください。

番号



都加算請求書（別紙）
（共同生活援助）

法人名称	0
指定事業所番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
事業所名称	0
事業所定員(前年度4月1日時点)	

当初指定年月日 又は
福祉サービス第三者評価受審完了年月日 令和 年 月 日

※当初指定年月日と福祉サービス第三者評価受審完了年月日のうち、近い方の年月日を記入してください。
※確認のため、「指定通知書」又は「福祉サービス第三者評価の評価機関が作成した評価調査結果報告書の表紙」の写しを添付してください。

2.都加算補助要件

要件②：外部研修等の受講（年に1回）

- ・前年度4月1日時点の事業所の定員数を30で除した数(小数点以下切り上げ)以上の世話人又は生活支援員が外部研修等を受講してください。(ユニットごとに一人以上が、年に1回以上外部研修等を受講できるように努めてください)
- ・「外部研修等」とは、運営法人以外の者が当該グループホーム事業所外または事業所内で実施する研修で、主として、障害理解に関する内容の研修です。
- ・障害理解を含まない研修、組織運営や制度に関する研修、加算の要件として受講する研修は対象外です。

対象研修の例

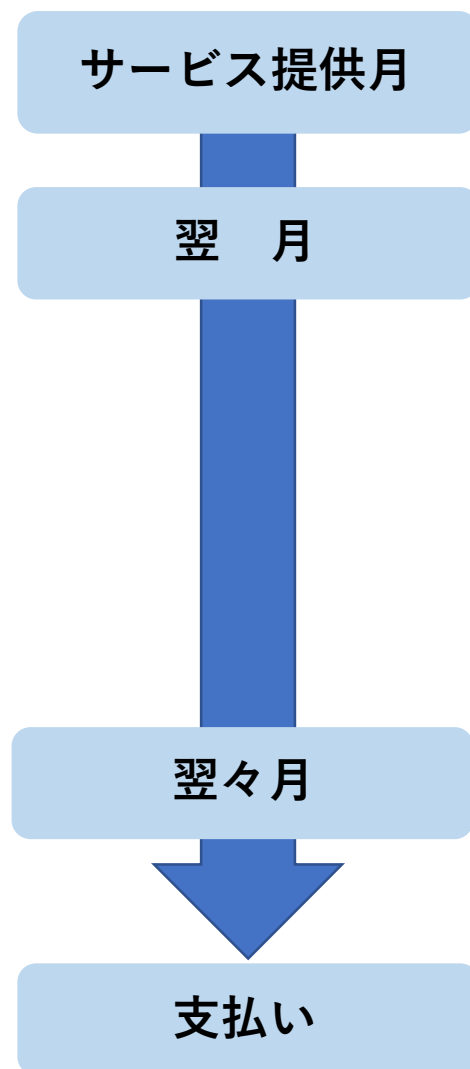
グループホーム従事者の基礎研修（都の委託事業）

対象外研修の例

グループホーム管理者研修・サビ管研修・防火管理者研修・料理教室・感染症対策研修
虐待防止研修・権利擁護研修 等

- ・新規指定の事業所は指定年度は受講が免除となっています。翌年度から受講してください。
- ・要件を満たさない場合、その翌年度1年間のサービス提供分について請求はできません。

3.請求の流れ



■提出期限

サービス提供した月の**翌月10日必着**（祝・休日の場合は、翌開庁日）

■提出方法

郵送もしくは、直接窓口に出してください。
郵送の場合には、郵便事情を考慮して提出方法をご検討ください。
☞江戸川区役所南棟2階 福祉総合窓口

■提出先

〒132-8501 東京都江戸川区中央1-4-1
江戸川区役所福祉部障害者福祉課庶務係 宛

■支払い予定日

請求書類提出月の翌月10日ごろ振込み

■注意事項

国報酬の支払いが確定した請求内容について、
都加算をお支払いいたします。

4.請求提出書類

	提出書類	
初回	・ 通過型グループホーム指定通知書の写し	通過型グループホームのみ
	・ 指定通知書の写し、または指定から3年経過している事業所は第三者評価結果報告書	
	・ 支払金口座振替依頼書	
	・ 都加算請求書（別紙）	
年度当初	・ 都加算請求書（別紙）	
毎月	・ 都加算請求書（別紙）	
	・ 都加算明細書	
	・ 訓練等給付費等明細書	国保連へデータで送信したものの写し
	・ 共同生活援助サービス提供実績記録票の写し	提出は写し（白黒コピー） 利用者の確認が必要

5.都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

都加算明細書

⑦利用者の受給者証番号、氏名、障害種別および支援区分を記入

①「当該月の都基準日数」は、月途中の入退去の場合は入居日からの日数または退去日までの支援した日数を記入してください。

【支援した日数の考え方】

都基準日数として算定できる日は、入居者に対して次の支援を行った日とする。また、これらの支援を行う旨を、予め「個別支援計画」に記載、サービス提供記録にその支援内容を記録することを算定要件とする。

- ア 日常生活支援
- イ 食事提供支援
- ウ 介護等支援
- エ 入院時における病院等との連絡調整等支援
- オ 帰宅時における家族等との連絡調整等支援
- カ その他入居者に対する支援

上記の支援をしていない日は、算定できません。

⑦ユニット名は必ず記入してください

- ②・半角で1字ずつ入力してください
- ・国保連請求時に使う「訓練等給付費等明細書」に「給付費明細欄」の基本報酬および夜間支援等体制加算Ⅰ・Ⅱの「サービスコード」および「日数」を入力してください。

「都加算請求書」を入力すると自動的に記載されます

都加算額請求用									
明細書									
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇 日									
受給者証番号					事業所番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				
支給決定障害者氏名					事業所の名称 〇				
主たる障害の種別					類型 〇				
障害支援区分					地域区分 〇				
当該月の都基準日数 〇 日					人員配置区分 6対1				
ユニット名					精神科医療連携体制加算 〇				
通過型の指定					人員配置体制加算 〇				
サービスコード	サービス内容	算定単価額	日数	当月算定額	摘要				
333	基本報酬			0					
333	基本報酬			0	休職				
333	基本報酬			0	特例				
333	基本報酬		0	0	人員配置加算				
333	基本報酬		0	0	人員配置加算(特例)				
国基本報酬算定無		#N/A	0	0					
小計				A	0				
都夜間加算									
333	都夜間加算								
333	都夜間加算								
333	都夜間加算								
3335640	生後夜間支援等体制加算Ⅲ								
(1)-(2) (ただし(1)-(2)≤0なら0)				B	0				
通過型加算				800	0				
精神科医療連携体制加算				330	0				
小計				C	0				
算定日数	月日	補助基準額	日割り額	補足給付	(ア) a-b				
69,800		a	b						
家賃額	更新料・礼金	補足給付	住宅扶助	(イ) c+d-b-e					
c	d	b	e						
0		0		0					
当月都加算請求額 (A+B+C+D)				0	円				

5.都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

都加算明細書

施設借上費は入居者が精神障害または通過型のグループホームのみ請求できます。
対象外については何も入力しないでください。

「月総日数」欄は、該当月の暦の日数を記入してください。
月途中の入退去の場合も同様に、該当月の暦の日数です。

- ・ 1、3、5、7、8、10、12月は「31」
- ・ 4、6、9、11月は「30」
- ・ 2月は「28」または「29」

「算定日数」欄は、月途中で入居した場合、その日からの日数をご記入ください。

補足給付額は、国保連へ請求した金額と同額を入力してください。
またグループホームからグループホームへの転居の場合やグループホーム在籍中に他グループホームへの体験利用は事業者間で調整を行い、合計額が上限額を超えないように注意が必要です。

「家賃額」欄は、月途中の入退去の場合はその月の入居日数に応じた家賃額（日割り）を記入してください。

生活保護受給者の方の住宅扶助費は、「決定通知書」等で受給金額を確認の上、記入してください。

都加算額請求用

都加算明細書 (共同生活援助)		令和 00 年 00 月 00 日																																																																		
受給者証番号		事業所番号																																																																		
支給決定障害者氏名		事業所の名称																																																																		
主たる障害の種類別		類型																																																																		
障害支援区分	当該月の都基準日数																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>分</th> <th>算定日数</th> <th>月総日数</th> <th>補助基準額</th> <th>日割り額</th> <th>補足給付</th> <th>(ア)</th> <th>請求額</th> <th>(イ)</th> <th>請求額</th> <th>(ア)(イ)の低い方の額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>施設借上費</td> <td></td> <td></td> <td>69,800</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>家賃額</td> <td>住宅扶助</td> <td>補足給付</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>c</td> <td>d</td> <td>b</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">当月都加算請求額 (A+B+C+D)</td> <td colspan="4">0 円</td> </tr> </tbody> </table>		分	算定日数	月総日数	補助基準額	日割り額	補足給付	(ア)	請求額	(イ)	請求額	(ア)(イ)の低い方の額	施設借上費			69,800											家賃額	住宅扶助	補足給付									c	d	b											0						当月都加算請求額 (A+B+C+D)							0 円				
分	算定日数	月総日数	補助基準額	日割り額	補足給付	(ア)	請求額	(イ)	請求額	(ア)(イ)の低い方の額																																																										
施設借上費			69,800																																																																	
			家賃額	住宅扶助	補足給付																																																															
			c	d	b																																																															
					0																																																															
当月都加算請求額 (A+B+C+D)							0 円																																																													

5.都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

共同生活援助サービス提供実績記録票

・備考欄の活用と都基準日数の算定要件について

・入院や外泊等の理由でグループホームを丸一日不在にし、国保連の基本報酬の請求ができない日において、利用者に支援を行った場合は**備考欄に「支援あり」と記入**してください。

【支援した日数の考え方】

都基準日数として算定できる日は、入居者に対して次の支援を行った日とする。また、これらの支援を行う旨を、予め「**個別支援計画**」に記載、サービス提供記録にその支援内容を記録することを算定要件とする。

- ア 日常生活支援
- イ 食事提供支援
- ウ 介護等支援
- エ 入院時における病院等との連絡調整等支援
- オ 帰宅時における家族等との連絡調整等支援
- カ その他入居者に対する支援

上記の支援をしていない日は、算定できません。

・備考に**【支援あり】**と記入がある場合は、支援した日の記録をする必要がありますが、江戸川区で用意する**（都加算請求用）サービス提供記録票（次頁）**もご活用ください。

・支援記録は区の求めに応じて提出していただく場合があります。

・**体験利用**の場合は、備考欄に「**体験利用**」と記入してください。

・サービス提供実績記録票の**利用者の内容確認は必須**です。利用者のチェック（✓）やサイン等があるものを提出してください。また「写し」になりますので原本を送付しないようにご注意ください。白黒のコピーで構いません。

・「サービス提供実績記録票」は厚生労働省ホームページに掲載の最新様式をお使いください。また記載例もご確認ください。

令和 年 月 分		共同生活援助サービス提供実績記録票											
受給者氏名		天祐決定機関署名		事業所番号		事業所名称		事業所住所		事業所電話番号		事業所FAX番号	
日付	曜日	サービス提供状況	住居外利用	通所支援	夜間支援等	入院時支援	集中時支援	集中時支援	集中時支援	集中時支援	集中時支援	集中時支援	集中時支援
1	土												
2	日												
3	月												
4	火												
5	水												
6	木												
7	金	入院											
8	土	入院											支援あり
9	日	入院											
10	月	入院											
11	火	入院											支援あり
12	水	入院											
13	木	入院											
14	金	入院											
15	土	入院											支援あり
16	日	入院											
17	月												
18	火												
19	水												
20	木												
21	金	外泊											
22	土	外泊											支援あり
23	日	外泊											
24	月												
25	火												
26	水												
27	木												
28	金	外泊											
29	土	外泊											
30	日	外泊											
31	月												
合計													

○がついている日が都基準日数に算定できる。
この場合は25日となる。

5.都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

(都加算請求用) サービス提供記録票

支援した日について記録が必要です。原則、提出は不要ですが、必要に応じて提出していただくことがあります。

㊦入院や外泊の際に支援を実施した日をご記入ください。

㊦支援した内容をご記入ください。

(例) 入院時の場合

- ・被服等の準備
- ・利用者の相談支援
- ・退院後の生活移行のための病院との連絡調整 等

(例) 外泊時の場合

- ・帰省に伴う、家族等との連絡調整
- ・生活状況の把握
- ・服薬等の確認支援

㊦本人の状況や療養状況についてご記入ください。

・記載した支援日数については、「都加算明細書」の「都基準日数」に含みます。

支援をしていない日は都基準日数に算定できません。

参考様式 (事業所名)

利用者氏名 事業者名 ユニット名

サービス提供記録(都加算請求用) 入院時における病院等との連絡調整等の支援			
日付	令和 年 月 日	病院名 対応職員	支援者記録者
来院時刻		支援内容	㊦
訪問	有 無		
本人の状況	㊦		
特記事項			
日付	令和 年 月 日	病院名 対応職員	支援者記録者
来院時刻		支援内容	
訪問	有 無		
本人の状況			
特記事項			
日付	令和 年 月 日	病院名 対応職員	支援者記録者
来院時刻		支援内容	
訪問	有 無		
本人の状況			
特記事項			
日付	令和 年 月 日	病院名 対応職員	支援者記録者
来院時刻		支援内容	
訪問	有 無		
本人の状況			
特記事項			

なお、長期におよぶ入院が予想される場合は、必ず障害相談第一係および第二係までご連絡下さい。

障害相談第一係 03-5662-0052
障害相談第二係 03-5662-0053

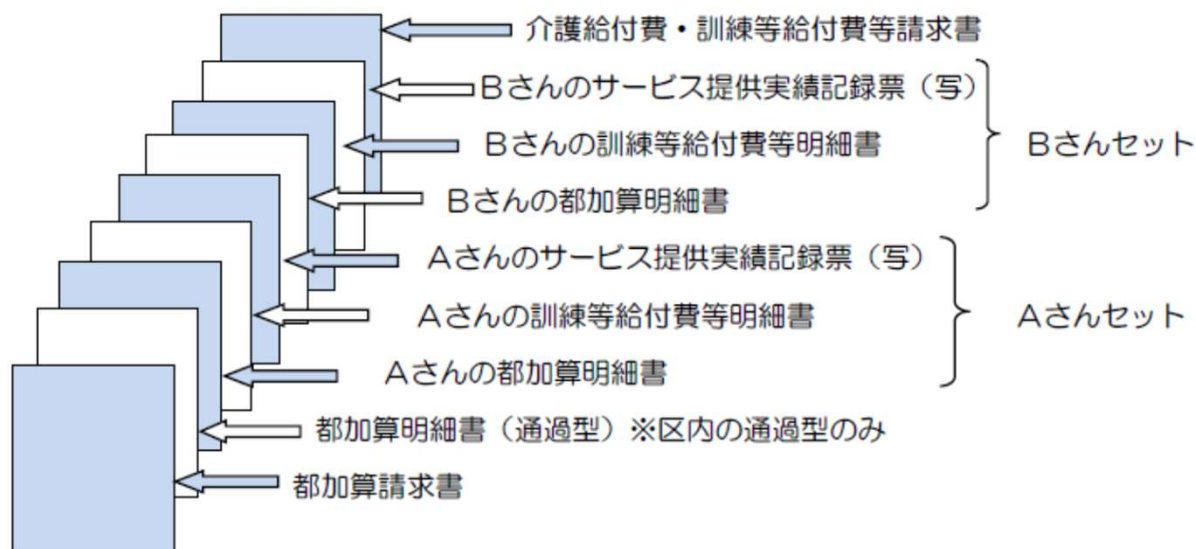
※都加算請求の根拠となりますので、記入漏れのないようご注意ください。
なお、長期に及ぶ入院が予定される場合は、必ず障害相談第一係及び第二係(5662)0052・0053へご連絡下さい。

5.都加算請求書類の作成にあたっての注意事項

提出の際のお願い

※請求関係書類の並べ方について

提出するときは都加算請求書を先頭にして、受給者番号の低い順で利用者ごとに都加算明細書、訓練等給付費等明細書、サービス提供実績記録票、最後に訓練等給付費等請求書を並べてください。ホチキス留めはしないでください。





6.その他

問合せ先

福祉部障害者福祉課庶務係

03-5662-0054