

## グループホーム都加算請求提出書類一覧兼チェックリスト

※本様式は提出不要

No.	提出頻度	文書名	押印	提出	項目	主な注意事項	チェック
1	初回のみ	口座振替依頼書	要	必須	NA	内容に変更がある場合や、前回の請求から長期間空いた場合には再提出する。	<input type="checkbox"/>
					口座名義	口座名義が口座振替依頼書の提出者および都加算請求書の請求者と一致しているか。	<input type="checkbox"/>
					代表者印	代表者印は、今後請求書に押印するものと一致しているか。法人印不可。	<input type="checkbox"/>
2	初回のみ	口座振替依頼の委任状	不要	口座名義人と請求者とが異なる場合	NA	口座名義人と都加算請求書の請求者とが異なる場合に必要。様式は任意。内容に変更がある場合や、前回の請求から長期間空いた場合には再提出する。	<input type="checkbox"/>
3	初回のみ	通過型指定通知書の写し	不要	通過型加算を算定する場合	NA	内容に変更がある場合や、前回の請求から長期間空いた場合には再提出する。	<input type="checkbox"/>
4	例年	都加算請求書(別紙)	不要	必須	第三者評価	第三者評価を3年に1回受審しているか。 ※猶予期間の設定あり、詳細は指定を受けた際の東京都説明会資料を参照。	<input type="checkbox"/>
					研修の受講	前年度に必要数の職員が研修を受講しているか。 ※猶予期間の設定あり、詳細は指定を受けた際の東京都説明会資料を参照。	<input type="checkbox"/>
5	例年	第三者評価結果報告書の写し	不要	必須	NA	共同生活援助事業の評価を実施しているか。	<input type="checkbox"/>
6	例年	研修修了証等の写し	不要	必須	NA	主として障害理解に関する内容の研修であるか。前年度かつ外部研修であるか。必要人数を満たすか。	<input type="checkbox"/>
7	例年	施設借上費確認表	不要	施設借上費を算定する場合	主たる障害種別	利用者の主たる障害種別が精神障害である場合に算定可。 通過型ユニットに居住している場合は、主たる障害種別が知的障害でも算定可。	<input type="checkbox"/>
					家賃額	家賃額は、利用者との契約書および賃貸借契約書と整合が取れるか。 月途中の入居または退去の場合、日割り計算しているか。	<input type="checkbox"/>
					更新料・礼金	更新料等は、生活保護や開設準備経費等と重複していないか。	<input type="checkbox"/>
					住宅扶助	生活保護の住宅扶助基準額または特別基準額と等しいか。 入院時や収入が認定された際には特に注意する。	<input type="checkbox"/>
					請求額	上限額69,800円(補足給付費10,000円の場合、59,800円)を超えていないか。	<input type="checkbox"/>
8	例年	利用者との契約書の写し	不要	施設借上費を算定する場合	NA	記名押印欄および家賃額が明記されている部分を含むこと。	<input type="checkbox"/>
9	例年	賃貸借契約書の写し	不要	施設借上費を算定する場合	NA	記名押印欄および家賃額が明記されている部分を含むこと。	<input type="checkbox"/>
10	例月	都加算請求書	要	必須	作成日	作成日とサービス提供月とが矛盾していないか。	<input type="checkbox"/>
					請求事業者	請求事業者の住所、代表者、代表者印は口座振替依頼書と一致しているか。 請求書に代表者印を押しているか。(法人印不可)	<input type="checkbox"/>
					事業所	事業所情報に誤りは無いか。	<input type="checkbox"/>
					サービス提供月	サービス提供月は、第三者評価受信日の翌月から3年以内か。	<input type="checkbox"/>
					明細書件数	明細書件数は都加算明細書の枚数と等しいか。	<input type="checkbox"/>
					請求金額	請求金額の左に、空欄を作らず詰めて「¥」が入力されているか。	<input type="checkbox"/>
11	例月	都加算明細書	不要	必須	請求担当者	請求担当者欄には、請求書作成の実務を担当している者を記載しているか。	<input type="checkbox"/>
					サービス提供月	サービス提供月が都加算請求書と一致しているか。	<input type="checkbox"/>
					障害支援区分	区分は最新の受給者証に基づき、適切に入力されているか。 月途中で区分変更した場合は明細書を2枚に分けているか。	<input type="checkbox"/>
					当該月の都基準日数	当該月の都基準日数は適切に入力されているか。 月途中に入居、退去または区分変更した場合には、特に注意する。	<input type="checkbox"/>
					通過型の指定	通過型の指定「有」の場合、練馬区に通過型指定通知書の写し等を提出済か。	<input type="checkbox"/>
					基本報酬分	基本報酬のサービスコードは、訓練等給付費明細書と一致しているか。	<input type="checkbox"/>
					基本報酬分	人員配置体制加算のサービスコードは、訓練等給付費明細書と一致しているか。	<input type="checkbox"/>
					夜間加算分	夜間支援体制加算のサービスコードは、訓練等給付費明細書と一致しているか。	<input type="checkbox"/>
12	例月	訓練等給付費明細書の写し	不要	必須	その他	精神科医療連携体制加算を算定する場合、東京都福祉局に届け出ているか。	<input type="checkbox"/>
					施設借上費	施設借上費確認表は提出済か。施設借上費確認表と請求内容とが一致しているか。	<input type="checkbox"/>
					サービス提供月	サービス提供月が都加算請求書と一致しているか。	<input type="checkbox"/>
13	例月	サービス提供実績記録票の写し	不要	必須	受給者	受給者証番号や受給者氏名等が都加算明細書と一致しているか。	<input type="checkbox"/>
					利用者確認欄	利用者が確認し、押印、署名またはチェック等をしているか。	<input type="checkbox"/>
					ユニット名	ユニットは練馬区に所在しているか。(住居所在地の自治体が援護するため。)	<input type="checkbox"/>
14	例月	都加算明細書(通過型加算)	不要	通過型加算を算定する場合	退去した居室名	退去後、次の利用者が入居していないか。	<input type="checkbox"/>