

令和8年度は、重度障がい者の受入れにあたり、障がい特性等のアセスメント及び関係機関との協議・連携を図って実施する事業所が対象です。  
なお、次年度以降、実績報告を基に府より、そのプロセスを府内市町村にも周知する予定であることを踏まえ、申請してください。

1. 申請者情報

| 法人名 | 事業所名   | 提供サービス名                      | 定員 |  |
|-----|--------|------------------------------|----|--|
|     |        |                              |    |  |
|     | 住 所：   | 短期入所の場合<br>事業所の形態（フルダウンから選択） |    |  |
|     | 事業所番号： | 指定権者：                        |    |  |

※整備する住居の名称や所在地が事業所の名称や所在地と異なる場合は、以下もご記入ください。

|                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 整備する住居等の名称                                                                        |  |
| 整備する住居等の所在地                                                                       |  |
| 整備する住居の名称や所在地が事業所の名称や所在地と異なる場合は、指定権者へ提出した障がい福祉サービス事業者の指定申請書または変更申請書等の写しも添付してください。 |  |

☐ 整備する事業所は、グループホームの「サテライト型住居」や短期入所事業所の「空床利用型」ではない。

2. 本事業で受け入れる対象者の概要（お二人以上いる場合は、お二人目は「R8（お二人目）」のシートに記入してください。）

| 障がい支援区分 | 行動関連項目点数 | 年齢 | 性別 | 支援の実施市町村 | 計画相談支援の有無 | 計画相談支援が「有」の場合 | 入居（予定）年月日<br>※日付はわかる場合のみ | 入居前の居所 |
|---------|----------|----|----|----------|-----------|---------------|--------------------------|--------|
|         |          |    |    |          |           | 計画相談支援事業所名    |                          |        |
|         |          |    |    |          |           |               |                          |        |

※障がい支援区分、行動関連項目点数、性別、支援の実施市町村、計画相談の有無、入居前の居所はフルダウンから選択してください。

3. 本事業の対象者の状況を把握している市町村担当課及び担当者

| 市区町村担当課 | 担当者名 | 連絡先（電話番号） |
|---------|------|-----------|
|         |      |           |

4. 整備する事業所において受け入れに向けての経緯

|                                            |
|--------------------------------------------|
| 誰（市町村・関係機関等）からどのような相談を受けたか。経緯を詳細に記載してください。 |
|                                            |

5. アセスメントの実施

（1）本事業で受け入れる対象者の地域移行（又は地域生活の継続）に向けたアセスメント

| アセスメント実施機関 | アセスメントのための連携先 | 実施時期 | 方法（使ったツール等） | 地域移行（又は居所が変わること）について     |                          |
|------------|---------------|------|-------------|--------------------------|--------------------------|
|            |               |      |             | 対象者の意向の確認<br>（フルダウンから選択） | 家族等の意向の確認<br>（フルダウンから選択） |
|            |               |      |             |                          |                          |

| 対象者の現在の居所における生活状況、ニーズ、支援が必要な行動等 | 左記に対して行っている支援 |
|---------------------------------|---------------|
|                                 |               |

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| 整備する事業所の見学や体験利用等の状況（内容、回数や時期などを記載）※未実施の場合も調整状況を記載してください。 |
|                                                          |

（2）相談支援専門員等への確認事項

|                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|
| 地域移行（又は居所が変わる）後の日中活動の場の見学や体験利用等の状況（内容、回数や時期などを記載）※未実施の場合も調整状況を記載してください。 |
|                                                                         |

|           |
|-----------|
| その他確認したこと |
|           |

（3）受け入れのために協議を行った関係機関とその内容

|  |
|--|
|  |
|--|

（4）改修の必要性

|                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|
| 現在の居所で行われている支援（ソフト面）のみでは対応が困難な点、又は支援を引き継ぐために必要な環境調整（改修の必要性）を踏まえて具体的に記載してください。 |
|                                                                               |

6. 環境整備（改修及び整備）の内容

対象者について、改修・整備する箇所についての詳細をご記入ください。

※設備の老朽化による修繕等は対象外です。新たに受け入れる対象者の障がい特性や行動に応じて必要となる改修工事等が対象になります。

（１）整備内容の概要（氷山モデルの考え方を参考に記載してください。）

| 例 | 対象者の障がい特性                              | 障がい特性に影響する環境・状況 | 主な改修及び整備内容                | 見込まれる行動の変化                          | 改修・整備箇所 | 図面の該当番号 |
|---|----------------------------------------|-----------------|---------------------------|-------------------------------------|---------|---------|
|   | 特定の感覚刺激（聴覚）に敏感であり、それらの要求を言葉で表現することが苦手。 | 居室内でも他者の生活音が響く。 | 壁及び天井への遮音パネルの取付け及びクロス貼替工事 | 防音対策により周囲からの音が軽減し、穏やかに居室で過ごすことができる。 | 居室      | ①       |
|   |                                        |                 |                           |                                     |         |         |
|   |                                        |                 |                           |                                     |         |         |
|   |                                        |                 |                           |                                     |         |         |

※工事図面に整備箇所と該当する番号①、②…を記載してください。

※スプリンクラー、介護用リフト、特殊浴槽の購入及び設置工事費は対象外です。

7. 本事業によって期待される効果

（１）対象者への効果

|                      |
|----------------------|
| 生活の変化等に着眼して記載してください。 |
|----------------------|

（２）地域の支援体制への波及

|                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|
| 本事業が、地域全体の受入体制や支援体制の強化にどのように波及するかを具体的に記載してください。（地域生活支援拠点等の機能の一部を担えるようになる等） |
|----------------------------------------------------------------------------|

（３）その他の効果

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| 改修により、支援のこの部分の補完又は強化ができるようになる、職員が前向きに支援ができるようになる等 |
|---------------------------------------------------|

8. 対象者の地域生活の継続に向けて

|                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------|
| 改修後、市町村及び相談支援専門員等との協議・振り返りにおいて、本事業によって得られた効果をどのように共有するか、具体的に記載してください。 |
|-----------------------------------------------------------------------|

|                                                          |
|----------------------------------------------------------|
| 対象者が安心して生活し続けられるために、事業所内でどのような支援体制を計画しているか、具体的に記載してください。 |
|----------------------------------------------------------|

9. 法人の適格性の確認（該当するものすべてに☐）

- ☐ 当年度及び過去3年以内に指定権者が実施した指導監査等において指定取り消し等の処分（指定の取り消し、指定の全部もしくは一部効力の停止）の事由に該当する重大な指摘を受けていない。
- ☐ 当年度及び過去3年以内に法上の勧告（人員基準違反または運営基準違反）を受けていない。
- ☐ 当年度及び過去3年以内に法上の勧告を受け、さらに当該勧告に係る事業者が取るべき措置について命令を受けている場合、当該命令に対する改善が完了している。

10. 補助所要額算出内訳

| 内 容                                                             | 支出予定額（※消費税込） | 補助対象経費                                    |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|
| 工事・工事請負費 ※                                                      | 円            | 円（a）                                      |
| 工事事務費<br>（工事施工のため直接必要な事務に要する費用であって、旅費、消耗品費、通信運搬費、印刷製本費及び設計監督料等） | 円            | 円（b）<br>0                                 |
|                                                                 |              | 以下（a）の額の2.6%相当額が限度額<br>0                  |
| 計                                                               | 円            | 円（a） + （b）<br>0<br>円<br>協議申請書「4 補助所要額」欄の額 |

※工事の建材や施工内容等の詳細がわかる見積書を提出してください。

※「工事費又は工事請負費」に含まれる諸経費等については、具体的な内容が記載された見積書を提出してください。

11. その他の確認事項

- ☐ 大阪府において整備内容及び対象経費を審査するため、協議額どおりの採択とならない場合があります。
- ☐ 事業完了後は、整備内容や受入れた対象者等の実績を報告していただきます。
- ☐ 当補助金を活用して実施した整備内容やその効果について資料を作成していただき、大阪府ホームページに掲載します。

- ・1～10に記載の内容は、事実と相違ありません。また11に記載の内容を確認しました。
- ・1、3、9の内容について大阪府から市町村に問い合わせをすることに同意します。  
（なお、本申出書は、市町村に情報提供いたします。）

令和8年 月 日

所在地：  
称号又は名称：  
代表者職

担当者：  
電話番号：  
メールアドレス：