

埼玉県心身障害児（者）特別療育費補助金交付要綱

（趣旨）

- 第1条 県は、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号に規定する措置又は第24条の3第2項に規定する支給決定を受けた重症心身障害児若しく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22条第1項に規定する支給決定を受けた重症心身障害者の処遇の向上を図るとともに、主に重症心身障害児（者）を処遇する児童福祉施設及び障害福祉サービス事業所の円滑な運営を図るため、児童福祉施設及び障害福祉サービス事業所の設置者に対して、毎年度予算の範囲内において補助金を交付する。
- 2 前項の補助金の交付に関しては、補助金等の交付手続等に関する規則（昭和40年埼玉県規則第15号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、この要綱に定めるところによる。

（定義）

- 第2条 次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。
- (1) 「措置費」とは、児童福祉法第21条の6又は第27条第1項第3号に規定する措置に要する費用とする。
- (2) 「障害児入所給付費」とは児童福祉法第24条の2第1項に規定する障害児入所給付費とする。
- (3) 「介護給付費」と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第29条第1項に規定する介護給付費とする。

（補助対象）

- 第3条 埼玉県内に医療型障害児入所施設又は療養介護事業所（入所させる児童（者）の主な障害の種別は、重症心身障害児（者）に限る。）を設置し、運営している社会福祉法人（以下「補助対象事業者」という。）を補助の対象とする。

（補助対象経費）

- 第4条 補助の対象となる経費は、別紙「心身障害児（者）施設特別療育費補助基準額表」（以下「基準額表」という。）に掲げる経費とする。
- 2 補助対象経費が、措置費、障害児入所給付費、介護給付費、寄附金及び雑収入によって支出されている部分については補助しない。
- 3 補助対象事業者の設置している施設に入所する児童（者）のうち、次の各号に規定する児童（者）に係る経費について、補助する。

- 一 埼玉県 の措置又は支給決定により入所している児童
- 二 埼玉県内の市町村（さいたま市除く。）の措置又は支給決定により入所している者
- 三 埼玉県外の市区町村の支給決定により入所している者のうち、平成24年3月31日時点で埼玉県の支給決定又は措置により入所していた児童であって、平成24年4月1日以降も引き続き入所している者

（補助額）

第5条 前条の経費に対する補助額は、基準額表によって算定した額とする。

（申請書の様式及び申請時期）

第6条 規則第4条第1項の申請書の様式は、様式第1号のとおりとする。

2 前項の申請書の提出期限は、別途定める期日とする。

（申請書の添付書類）

第7条 規則第4条第2項第5号に規定する知事の定める事項は、次のとおりとする。

（1）本年度の施設会計予算書

2 規則第4条第2項第1号から第4号までに掲げる事項に係る書類の添付は要しない。

（変更交付申請及び変更交付申請時期等）

第8条 補助対象事業者は、規則第9条第1項第1号又は第2号に掲げる事情が生じたときのほか、補助金の交付決定後に補助対象経費の所要額に増減が生じた場合は、様式第3号により変更交付申請を行うものとする。

2 前項の申請書の提出期限は、毎年度3月5日とする。

3 第1項の規定による変更交付申請書には補正予算書を添付することを原則とする。

（交付決定通知書等の様式）

第9条 規則第7条の交付決定通知書の様式は、様式第2号のとおりとする。

2 知事は、前条の変更交付申請に基づき、補助金の交付額の変更を決定したときは、その旨を様式第4号の変更交付決定通知書により、速やかに補助対象事業者に対して通知するものとする。

（状況報告）

第10条 補助対象事業者は、補助対象事業の遂行状況について、知事から要求があったときは遅滞なく書面で知事に報告しなければならない。

(実績報告書の様式)

第11条 規則第13条の報告書の様式は、様式第5号のとおりとする。

(添付書類)

第12条 規則第13条の報告書には、当該年度の施設会計決算書（社会福祉法人経理規程準則に基づく貸借対照表及び収支計算書とし、少なくとも中区分の勘定科目まで記載のものとするが、これによりがたいときは、貸借対照表及び収支計算書に、それぞれの決算試算表を添付するものとする。単式会計制度を採用している施設にあっては、収支計算書に本部会計の貸借対照表及び収支計算書を添付するものとする。）を添付しなければならない。

(実績報告書の提出時期等)

第13条 規則第13条の報告書の提出期限は、補助対象事業完了後又は当該年度の終了後（事業の廃止の承認を受けたときは、当該承認通知書を受理した日から。）1か月以内とする。

第14条 補助事業者は、補助対象事業に係る収入及び支出等を明らかにした帳簿を備え、かつ、当該収入及び支出等についての証拠書類を整備保管しておかなければならない。

2 前項に規定する帳簿及び証拠書類は、当該補助事業の完了の日の属する年度の翌年度から5年間保管しなければならない。

附則

この要綱は、昭和55年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、平成4年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成6年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成10年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成12年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成15年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成19年8月8日から施行する。ただし、平成19年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成20年7月3日から施行する。ただし、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8月24日から施行する。ただし、平成21年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成24年8月21日から施行する。ただし、平成24年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成24年10月30日から施行する。ただし、平成24年4月1日から適用する。

附則

この要綱は、平成25年10月21日から施行する。ただし、平成25年4月1日から適用する。

(第4条関係)

心身障害児(者)施設特別療育費補助基準額表

対象児童(者)	医療型障害児入所施設又は療養介護事業所に入所している重症心身障害児(者)																		
対象経費	児童指導員等の直接処遇職員を配置する人件費																		
補助単価	<p>入所児童(者)数及び直接処遇職員数から加配率を算定し、補助単価表に基づき補助単価を設定する</p> $\text{加配率} = (\text{直接処遇職員数} - (\text{入所児童(者)数} \times 0.85)) \div \text{入所児童(者)数}$ <p>補助単価表</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>加配率</th> <th>単価</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6%超8%以下</td> <td>27,100</td> </tr> <tr> <td>8%超10%以下</td> <td>34,900</td> </tr> <tr> <td>10%超12%以下</td> <td>42,600</td> </tr> <tr> <td>12%超14%以下</td> <td>50,400</td> </tr> <tr> <td>14%超16%以下</td> <td>58,200</td> </tr> <tr> <td>16%超18%以下</td> <td>60,100</td> </tr> <tr> <td>18%超20%以下</td> <td>62,000</td> </tr> <tr> <td>20%超</td> <td>64,000</td> </tr> </tbody> </table> <p>※ 非常勤の直接処遇職員は常勤換算のうえ、直接処遇職員数に含める。</p> $\text{常勤換算(小数点以下第2位を四捨五入)} = \frac{\text{非常勤職員の1週あたり勤務時間}}{\text{常勤職員の1週あたり勤務時間}}$	加配率	単価	6%超8%以下	27,100	8%超10%以下	34,900	10%超12%以下	42,600	12%超14%以下	50,400	14%超16%以下	58,200	16%超18%以下	60,100	18%超20%以下	62,000	20%超	64,000
加配率	単価																		
6%超8%以下	27,100																		
8%超10%以下	34,900																		
10%超12%以下	42,600																		
12%超14%以下	50,400																		
14%超16%以下	58,200																		
16%超18%以下	60,100																		
18%超20%以下	62,000																		
20%超	64,000																		
補助基準額	単価×各月初日の対象児童(者)在籍数の合計数																		

※ 入所児童(者)数及び直接処遇職員数は補助対象年度の4月から6月の施設全体の平均人数とする。

※ 計算の過程で小数点以下の端数が生じた場合は、その都度小数点以下第1位を四捨五入し、整数値に直して計算する。

※ 「中川の郷」については草加市、越谷市、八潮市、三郷市、吉川市、松伏町からの入所児童(者)は対象としない。

様式第1号（第6条関係）

令和 年度埼玉県心身障害児（者）特別療育費補助金交付申請書

令和 年 月 日
第 号

（宛先）

埼玉県知事

施設名
設置者名
設置者住所
設置者氏名

下記により令和 年度埼玉県心身障害児（者）特別療育費補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続きに関する規則第4条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

- 1 補助金交付申請額
金 円
- 2 申請額算出内訳
別紙1のとおり
- 3 補助事業の目的
入所児童（者）の処遇向上のため
- 4 事業計画及び内容
別紙1のとおり
- 5 添付書類
(1) 本年度施設会計予算書
(2) 職員名簿（別紙2、別紙3、別紙4）
(3) 入所者名簿（別紙5、別紙6）

（注）（1）については原本に相違ない旨の、（2）（3）については写しに相違ない旨の代表者の証明を行うこと。

別紙 1 (交付申請用)

1 対象児童(者)在籍数(各月1日時点)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
初日 在籍	(a)	(b)	(c)										(d)
(うち 埼玉県)													(e)

(注1) “初日在籍人員”欄には入所児童(者)全員(県外を含む)を記入する。

(注2) “うち埼玉県”欄には埼玉県及び埼玉県内の市町村(さいたま市除く)が支給決定又は措置した児童(者)の在籍数のみを記入する。なお、「中川の郷」については、草加市、越谷市、八潮市、三郷市、吉川市、松伏町、さいたま市以外の埼玉県内市町村から入所した児童(者)の在籍数を記入する。

2 直接処遇職員配置状況(4月から6月の平均)

	直接処遇職員								直接処遇職員以外
職 種	児童指 導員	保育士	生活支 援員	看護師	准看護 師	作業・ 理学療 法士等	介助員	計	
現 員								(f)	(g)

(注3) 直接処遇職員の無資格者については、すべて「介助員」欄に計上する。

3 補助基準額算出

対象児童(者)在籍数	加配率	補助単価	補助基準額
(e)	(h) %	(i)	(e×i)

◎加配率 = $(f - ((a+b+c) \div 3) \times 0.85) \div ((a+b+c) \div 3) \times 100$

[小数点以下第2位四捨五入]

4 支出計画

人件費支出予定額	加配職員人件費支出予定額

(注4) 人件費支出予定額には人件費に関する寄付金等を控除した額を記入する。

◎ 加配職員人件費 = 人件費 × $(e \div d) \times (f \times h) \div (f+g)$ [小数点以下切捨]
 $(e \div d)$ …人件費のうち埼玉県からの入所児童(者)分
 $(f \times h) \div (f+g)$ …人件費のうち直接処遇職員加配分

様式第2号（第9条関係）

令和 年度埼玉県心身障害児（者）特別療育費補助金交付決定通知書

第 号
令和 年 月 日

施設名
設置者名
代表者名 様

埼玉県知事 印

令和 年 月 日付け 第 号で申請のあったことについては、下記のとおり交付します。

記

- 1 交付金額 金 円
2 支払方法 概算払
3 条件

- (1) この補助金の支出にあたっては、措置費等を優先して充当するものとし、かつ、この要綱に定める経費以外の経費に使用してはならないこと。
(2) 補助事業に要する経費の配分、使用方法、又は補助事業の内容を変更する場合においては、知事の承認を受けること。
(3) 補助事業を中止し、又は廃止する場合においては、知事の承認を受けること。
(4) 補助事業の遂行が困難になった場合においては、速やかに知事に報告してその指示を受けること。

様式第3号（第8条関係）

令和 年度埼玉県心身障害児（者）特別療育費補助金変更交付申請書

第 号
令和 年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

施設名
設置者名
設置者住所
代表者氏名

令和 年 月 日付け 第 号で交付決定のあった標記補助金の交付額について、下記により変更したいので、関係書類を添えて申請します。

記

- | | | | |
|---|-----------------------|---------|---|
| 1 | 変更交付申請額 | 金 | 円 |
| 2 | 既交付決定額 | 金 | 円 |
| 3 | 差引追加（△取消）額 | 金 | 円 |
| 4 | 変更交付申請額算出内訳 | 別紙1のとおり | |
| 5 | 変更後の事業計画 | 別紙1のとおり | |
| 6 | 添付書類 | | |
| | （1）本年度施設会計予算書（補正後） | | |
| | （2）職員名簿（別紙2、別紙3、別紙4） | | |
| | （3）入所児童（者）名簿（別紙5、別紙6） | | |

（注）（1）については原本に相違ない旨の、（2）（3）については写しに相違ない旨の代表者の証明を行うこと。

様式第4号（第9条関係）

令和 年度埼玉県心身障害児（者）特別療育費補助金変更交付決定通知書

第 号
令和 年 月 日

施設名
設置者名
代表者名 様

埼玉県知事 印

令和 年 月 日付け 第 号で交付決定したこのことについては、令和 年 月 日付け 第 号による変更交付申請に基づき、下記のとおり交付額を変更します。

記

- | | | | |
|---|-------------|-----------------|---|
| 1 | 変更交付金額 | 金 | 円 |
| 2 | 既交付金額 | 金 | 円 |
| 3 | 差引追加（△取消）金額 | 金 | 円 |
| 4 | 支払方法 | 概算払 | |
| 5 | 条件 | 前回交付決定通知書の条件に同じ | |

様式第5号（第11条関係）

令和 年度埼玉県心身障害児（者）特別療育費補助事業実績報告書

第 号
令和 年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

施設名
設置者名
設置者住所
代表者氏名

令和 年 月 日付け 第 号で補助金の交付（変更）を受けた埼玉県心身障害児（者）特別療育費補助事業が完了したので、補助金等の交付手続き等に関する規則第13条の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり報告します。

記

- 1 補助金精算額 金 円
- 2 既交付決定額 金 円
- 3 差引不足（要返納）額 金 円
- 4 補助事業の実施期間 年 月 日から 年 月 日まで
- 5 補助事業の成果 別紙1のとおり
- 6 添付書類

- （1）施設会計決算書（社会福祉法人経理規程準則に基づく貸借対照表及び収支計算書とし、少なくとも中区分の勘定科目まで記載のものとする。単式会計制度を採用している施設にあつては、収支計算書に本部会計の貸借対照表及び、収支計算書を添付するものとする。）
- （2）職員名簿（別紙2、別紙3、別紙4）
- （3）入所児童（者）名簿（別紙5、別紙6）

（注）（1）については原本に相違ない旨の、（2）（3）については写しに相違ない旨の代表者の証明を行うこと。

別紙 1 (実績報告用)

1 対象児童(者)在籍数(各月1日時点)

	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	計
初日 在籍	(a)	(b)	(c)										(d)
(うち 埼玉県)													(e)

(注1) “初日在籍人員”欄には入所児童(者)全員(県外を含む)を記入する。

(注2) “うち埼玉県”欄には埼玉県及び埼玉県内の市町村(さいたま市除く)が支給決定又は措置した児童(者)の在籍数のみを記入する。なお、「中川の郷」については、草加市、越谷市、八潮市、三郷市、吉川市、松伏町、さいたま市以外の埼玉県内市町村から入所した児童(者)の在籍数を記入する。

2 直接処遇職員配置状況(4月から6月の平均)

	直接処遇職員								直接処遇 職員以外
職 種	児童指 導員	保育士	生活支 援員	看護師	准看護 師	作業・ 理学療 法士等	介助員	計	
現 員								(f)	(g)

(注3) 直接処遇職員の無資格者については、すべて「介助員」欄に計上する。

3 補助基準額算出

対象者在籍数	加配率	補助単価	補助基準額
(e)	(h) %	(i)	(e×i)

$$\text{◎加配率} = (f - ((a+b+c) \div 3) \times 0.85) \div ((a+b+c) \div 3) \times 100$$

[小数点以下第2位四捨五入]

4 支出計画

人件費支出額	加配職員人件費支出額

(注4) 人件費支出予定額には人件費に関する寄付金等を控除した額を記入する。

$$\text{◎ 加配職員人件費} = \text{人件費} \times (e \div d) \times (f \times h) \div (f+g) \text{ [小数点以下切捨]}$$

(e÷d)…人件費のうち埼玉県からの入所児童(者)分
(f×h)÷(f+g)…人件費のうち直接処遇職員加配分

別紙2(様式第1号)

職員集計表

直接処遇職員

職種	常勤職員	非常勤職員	常勤換算	小計
児童指導員				0.0
保育士				0.0
生活支援員				0.0
看護師				0.0
准看護師				0.0
作業・理学療法士				0.0
介助員				0.0
合計	0	0	0.0	0.0

直接処遇職員以外

職種	常勤職員	非常勤職員	常勤換算	小計
医師				0.0
歯科医師				0.0
薬剤師				0.0
事務員				0.0
運転手				0.0
				0.0
				0.0
				0.0
				0.0
合計	0	0	0.0	0.0

※「直接処遇職員以外」は適宜職種を入れること

令和 年度 直接処遇職員

No	職種	氏名	採用年月日	退職年月日	常勤・非常勤	常勤換算数			平均
						4月	5月	6月	
1									0.0
2									0.0
3									0.0
4									0.0
5									0.0
6									0.0
7									0.0
8									0.0
9									0.0
10									0.0
11									0.0
12									0.0
13									0.0
14									0.0
15									0.0
16									0.0
17									0.0
18									0.0
19									0.0
20									0.0
21									0.0
22									0.0
23									0.0
24									0.0
25									0.0
26									0.0
27									0.0
28									0.0
29									0.0
30									0.0
合計									0.0

※当該名簿はそれぞれの職種ごとに作成する。
 ※当該名簿は4月から6月に在籍する職員を記入する。
 ※常勤職員の常勤換算数は「1」と入れる。
 ※非常勤職員の常勤換算数は少数点第3位を切り捨てる。

上記のとおり写しと相違ないことを証明する
 令和 年 月 日

法人名

代表者名

令和 年度 直接処遇職員以外

No	職種	氏名	採用年月日	退職年月日	常勤・非常勤	常勤換算数			平均
						4月	5月	6月	
1									0.0
2									0.0
3									0.0
4									0.0
5									0.0
6									0.0
7									0.0
8									0.0
9									0.0
10									0.0
11									0.0
12									0.0
13									0.0
14									0.0
15									0.0
16									0.0
17									0.0
18									0.0
19									0.0
20									0.0
21									0.0
22									0.0
23									0.0
24									0.0
25									0.0
26									0.0
27									0.0
28									0.0
29									0.0
30									0.0

※当該名簿は4月から6月に在籍する職員を記入する。
 ※常勤職員の常勤換算数は「1」と入れる。
 ※非常勤職員の常勤換算数は少数点第3位を切り捨てる。

上記のとおり写しと相違ないことを証明する
 令和 年 月 日

法人名

代表者名

別紙5(様式第1号)

入所者名簿(全体)

No	入所者名	受給者証番号	入所年月日	退所年月日	初日在籍月数	児相名 (市町村名)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
月数合計					0	

※当該名簿は施設全体の入所者を記入すること

上記のとおり写しと相違ないことを証明する
令和 年 月 日

法人名 _____

代表者名 _____

別紙6(様式第1号)

入所者名簿(埼玉県)

No	入所者名	受給者証番号	入所年月日	退所年月日	初日在籍月数	児相名 (市町村名)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
月数合計					0	

※当該名簿は補助対象となる入所者を記入すること

上記のとおり写しと相違ないことを証明する
令和 年 月 日

法人名 _____

代表者名 _____

職員集計表

直接処遇職員

職種	常勤職員	非常勤職員	常勤換算	小計
児童指導員				0.0
保育士				0.0
生活支援員				0.0
看護師				0.0
准看護師				0.0
作業・理学療法士				0.0
介助員				0.0
合計	0	0	0.0	0.0

直接処遇職員以外

職種	常勤職員	非常勤職員	常勤換算	小計
医師				0.0
歯科医師				0.0
薬剤師				0.0
事務員				0.0
運転手				0.0
				0.0
				0.0
				0.0
				0.0
合計	0	0	0.0	0.0

※「直接処遇職員以外」は適宜職種を入れること

別紙3(様式第3号)

入所者名簿(全体)

No	入所者名	受給者証番号	入所年月日	退所年月日	初日在籍月数	児相名 (市町村名)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
月数合計					0	

※当該名簿は施設全体の入所者を記入すること

上記のとおり写しと相違ないことを証明する
令和 年 月 日

法人名 _____

代表者名 _____

別紙4(様式第3号)

入所者名簿(埼玉県)

No	入所者名	受給者証番号	入所年月日	退所年月日	初日在籍月数	児相名 (市町村名)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
月数合計					0	

※当該名簿は補助対象となる入所者を記入すること

上記のとおり写しと相違ないことを証明する
令和 年 月 日

法人名 _____

代表者名 _____

別紙2(様式第5号)

職員集計表

直接処遇職員

職種	常勤職員	非常勤職員	常勤換算	小計
児童指導員				0.0
保育士				0.0
生活支援員				0.0
看護師				0.0
准看護師				0.0
作業・理学療法士				0.0
介助員				0.0
合計	0	0	0.0	0.0

直接処遇職員以外

職種	常勤職員	非常勤職員	常勤換算	小計
医師				0.0
歯科医師				0.0
薬剤師				0.0
事務員				0.0
運転手				0.0
				0.0
				0.0
				0.0
				0.0
合計	0	0	0.0	0.0

※「直接処遇職員以外」は適宜職種を入れること

別紙3(様式第5号)

入所者名簿(全体)

No	入所者名	受給者証番号	入所年月日	退所年月日	初日在籍月数	児相名 (市町村名)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
月数合計					0	

※当該名簿は施設全体の入所者を記入すること

上記のとおり写しと相違ないことを証明する
令和 年 月 日

法人名 _____

代表者名 _____

別紙4(様式第5号)

入所者名簿(埼玉県)

No	入所者名	受給者証番号	入所年月日	退所年月日	初日在籍月数	児相名 (市町村名)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
月数合計					0	

※当該名簿は補助対象となる入所者を記入すること

上記のとおり写しと相違ないことを証明する
令和 年 月 日

法人名 _____

代表者名 _____