

申請者一名称
代表者 様

福岡市保健福祉局
障がい者在宅支援課長
(指 定 指 導 係)

平成 2 4 年度就労継続支援 B 型事業にかかる目標工賃達成加算の
算定について (通知)

指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準 (平成 1 8 年 9 月 2 9 日厚生労働省告示第 5 2 3 号) 第 1 5 の 4 に基づき、前年度工賃実績報告書の内容を審査した結果、下記のとおり、取り扱いますので通知します。

つきましては、**加算 I 又は加算 II** が決定された事業所におかれましては、加算の請求を行うために「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書 (付表 1 5 その 1, その 2)」及び「介護給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」の届出が必要となりますので、8 月 2 1 日 (火) 【必着】までにご提出ください。

届出された事業者につきましては、4 月分報酬に遡及して加算適用となります。4 月以降の報酬について、既に請求されている事業者におかれましては、過誤申し立てを行った上で、当該加算を含んだ報酬を請求してください。

なお、昨年と加算区分に変更がない事業所におかれましては、届出の必要はございませんので、そのまま平成 2 4 年 4 月 1 日に遡って加算請求をおこなってください。昨年度、加算 I 又は加算 II が認められており、今年度、「加算無し」と決定された事業所は「介護給付費等算定に係る体制等に関する届出書(付表 1 5 その 1, その 2)」の提出が必要です。

記

- 1 事業者名 事業所一名称
- 2 所在地 事業所一住所
- 3 事業者番号 事業所番号
- 4 加算区分 加算

<問い合わせ先>
福岡市障がい者在宅支
援課指定指導係 久本
Tel : 092-711-4248
Fax : 092-711-4818