

## 東大阪市障害福祉サービス支給決定ガイドライン 主な変更・追加点

| 処理内容                                                                                      | 主な変更・追加点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|--------|-----|-----------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------|------------------|--------|------|-------------|---------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------------------|-------------|
| 下線追加<br>(令和 7 年 9 月 30 日修正)                                                               | <p>第 1 章 支給決定の基本的な取扱い</p> <p>7 支給決定に関する有効期間</p> <p>支給決定に関して、以下の決定についてはそれぞれに有効期間が存在します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 障害支援区分（障害支援区分が不要なサービスもあります）</li> <li>● サービス及び支給量</li> <li>● 利用者負担（所得の確認があります）</li> <li>● モニタリング実施期間（実施月）※計画相談支援を受けている場合</li> </ul> <table border="1"> <thead> <tr> <th>決定内容</th><th>有効期間</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>障害支援区分</td><td>3 年</td></tr> <tr> <td>生活介護・療養介護・施設入所・共同生活援助・就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型の 50 歳以上</td><td>3 年</td></tr> <tr> <td>居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援・短期入所・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援 B 型の 50 歳未満・就労定着支援・自立生活援助、地域定着支援</td><td>1 年</td></tr> <tr> <td>就労選択支援</td><td>原則 1 か月（最長 2 か月）</td></tr> <tr> <td>地域移行支援</td><td>6 ヶ月</td></tr> <tr> <td>利用者負担（上限月額）</td><td>3 年決定のサービスのみを受けている方<br/>→毎年 6 月末日まで決定<br/>1 年決定のサービスを受けている方<br/>→サービスの末日まで決定</td></tr> <tr> <td>計画相談支援</td><td>原則 サービスの末日まで<br/>例外 毎月モニタリングの場合は 1 年決定</td></tr> <tr> <td>地域生活支援事業（移動支援事業など）</td><td>毎年 6 月末まで決定</td></tr> </tbody> </table> | 決定内容 | 有効期間 | 障害支援区分 | 3 年 | 生活介護・療養介護・施設入所・共同生活援助・就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型の 50 歳以上 | 3 年 | 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援・短期入所・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援 B 型の 50 歳未満・就労定着支援・自立生活援助、地域定着支援 | 1 年 | 就労選択支援 | 原則 1 か月（最長 2 か月） | 地域移行支援 | 6 ヶ月 | 利用者負担（上限月額） | 3 年決定のサービスのみを受けている方<br>→毎年 6 月末日まで決定<br>1 年決定のサービスを受けている方<br>→サービスの末日まで決定 | 計画相談支援 | 原則 サービスの末日まで<br>例外 毎月モニタリングの場合は 1 年決定 | 地域生活支援事業（移動支援事業など） | 毎年 6 月末まで決定 |
| 決定内容                                                                                      | 有効期間                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
| 障害支援区分                                                                                    | 3 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
| 生活介護・療養介護・施設入所・共同生活援助・就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型の 50 歳以上                                       | 3 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
| 居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護・重度障害者等包括支援・短期入所・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援 B 型の 50 歳未満・就労定着支援・自立生活援助、地域定着支援 | 1 年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
| 就労選択支援                                                                                    | 原則 1 か月（最長 2 か月）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
| 地域移行支援                                                                                    | 6 ヶ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
| 利用者負担（上限月額）                                                                               | 3 年決定のサービスのみを受けている方<br>→毎年 6 月末日まで決定<br>1 年決定のサービスを受けている方<br>→サービスの末日まで決定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
| 計画相談支援                                                                                    | 原則 サービスの末日まで<br>例外 毎月モニタリングの場合は 1 年決定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |
| 地域生活支援事業（移動支援事業など）                                                                        | 毎年 6 月末まで決定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |      |        |     |                                                     |     |                                                                                           |     |        |                  |        |      |             |                                                                           |        |                                       |                    |             |

|                             |                    |                                                                                                                             |
|-----------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 下線追加<br>(令和 7 年 9 月 30 日修正) | 第 1 章 支給決定の基本的な取扱い |                                                                                                                             |
|                             | 8 支給決定の有効期間の開始日    |                                                                                                                             |
|                             | 申請の種類              | 支給決定の有効期間の開始日                                                                                                               |
|                             | 新規                 | 障害支援区分<br>認定審査会の日以降（2 人派遣等は除く）                                                                                              |
|                             |                    | 障害福祉サービス<br>地域移行支援、地域定着支援<br>地域生活支援事業<br>(障害児) 障害福祉サービス<br>※児童の場合は、簡易な調査項目（5 領域 11 項目）に基づき調査を行います。                          |
|                             |                    | ※障害支援区分が必要なサービスを除く                                                                                                          |
|                             |                    | 計画相談支援、就労定着支援<br>受付日から<br>(ただし、受付日以降で様式 18 号に希望の日の記載がある場合は、希望日から)                                                           |
|                             | 変更                 | 障害福祉サービス<br>(計画相談支援含む)<br>地域生活支援事業<br>受付日の属する月の翌月 1 日、または受付月の 1 日から<br>(2 人派遣等は除く)                                          |
|                             | 負担額<br>変更          | 障害福祉サービス<br>地域生活支援事業<br>受付日の属する月の翌月 1 日                                                                                     |
|                             | 追加                 | 居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護、重度障害者等包括支援、短期入所<br>受付日から 7 日以降の希望の日<br>(2 人派遣等は除く)                                                    |
|                             |                    | 生活介護、療養介護、施設入所、自立訓練、就労選択支援、就労移行支援、就労継続支援 (A 型、B 型)、共同生活援助、自立生活援助、地域移行支援、地域定着支援<br>受付日から 7 日以降の希望の日<br>(ただし、事業所の受入れが可能な場合のみ) |
|                             |                    | 計画相談支援、就労定着支援<br>受付日から<br>(ただし、受付日以降で様式 18 号に希望の日の記載がある場合は、希望日から)                                                           |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>取消線削除<br/>(令和 7 年 9 月 30 日 修正)</p> | <p>第 1 章 支給決定の基本的な取扱い</p> <p>9 支給決定基準に基づく支給量について</p> <p><b>Q3 生活介護事業と就労継続支援 B 型の併給は可能ですか。その際にはどんなことに注意すれば良いですか。</b></p> <p><b>回答</b> 併給は可能です。ただし、同一法人の事業所を利用すること及び 2 つの事業の通所日が重複することは認められていません。また原則日数のルールにも気をつけてください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p>項目追加</p>                           | <p>第 2 章 障害福祉サービス等の種類・内容・対象者</p> <p>(13) 就労選択支援</p> <p><b>【サービスの内容】</b></p> <p>就労を希望する障害者又は就労の継続を希望する障害者であって、就労移行支援若しくは就労継続支援を受けること又は通常の事業所に雇用されることについて、当該者による適切な選択のための支援を必要とするものにつき、短期間の生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、就労に関する適性、知識及び能力の評価並びに就労に関する意向及び就労するために必要な配慮その他の事項の整理を行い、又はこれに併せて、当該評価及び当該整理の結果に基づき、適切な支援の提供のために必要な障害福祉サービス事業を行う者等との連絡調整その他の必要な支援を行う。</p> <p><b>【対象者】</b></p> <p>就労移行支援又は就労継続支援を利用する意向を有する者及び現に就労移行支援又は就労継続支援を利用している者</p> <p>就労系サービスの新規利用希望者のうち、就労継続支援 B 型の利用希望者※は令和 7 年 10 月 1 日から、就労継続支援 A 型の利用希望者は令和 9 年 4 月 1 日から、原則就労選択支援を利用することとなりますのでご注意ください。(表 1 参照)</p> <p>※・50 歳に達している者または障害基礎年金 1 級受給者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難になった者</li> </ul> |

(表 1)

| サービス類型   |                                                                                        | 新たに利用する意向がある<br>障害者 | 既に利用しており、<br>支給決定の更新の意向がある障害者            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|
| 就労継続支援B型 | 現行の就労アセスメント対象者（下記以外の者）                                                                 | 令和 7 年 10 月から原則利用   | 希望に応じて利用                                 |
|          | ・ 50 歳に達している者または障害基礎年金 1 級受給者<br>・ 就労経験ありの者（就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難になった者） | 希望に応じて利用            |                                          |
| 就労継続支援A型 |                                                                                        | 令和 9 年 4 月から原則利用    |                                          |
| 就労移行支援   |                                                                                        | 希望に応じて利用            | 令和 9 年 4 月から原則利用<br>※ 標準利用期間を超えて更新を希望する者 |

**Q30 放課後等デイサービスを利用している児童を障害者とみなして、同一日に就労選択支援を利用した場合、放課後等デイサービスに係る給付費と就労選択支援に係る給付費を同一日に算定することは可能でしょうか？**

**回答** 可能です。

**Q31 障害福祉サービスの日中活動サービスと就労選択支援を同一日に利用し、併給することは可能でしょうか？**

**回答** 障害福祉サービスの日中活動サービスと就労選択支援については、どちらも日額報酬であり、日中のまとまった時間帯の支援が想定されていることや、支援の重なりがあると考えられ、就労選択支援の報酬を算定した場合には、同一日に他の日中活動サービスの報酬は算定できません。（相互の合議による報酬の按分により、両サービスを同一日に利用することを妨げるものではありません。）

下線追加  
取消線削除

## 第 2 章 障害福祉サービス等の種類・内容・対象者

### (1516) 就労継続支援 B 型

#### 【対象者】

就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者又は通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするもの。具体的には次のような者が挙げられる。

- ① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者（就労継続支援 A 型、アルバイトも就労経験とみなします）
- ② 50 歳に達している者又は障害基礎年金 1 級受給者
- ③ ①及び②のいずれにも該当しない者であって、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている本事業の利用希望者（令和 7 年 10 月以降は、①及び②のいずれにも該当しない者であって、就労選択支援事業者によ

るアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている本事業の利用希望者  
(就労選択支援事業所がない地域においては、就労移行支援事業者等によるアセスメン  
トにより、就労面に係る課題等の把握が行われている本事業の利用希望者)

- ④ 障害者支援施設に入所する者については、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者。
- ⑤ 通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするもの
- ※ ④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、平成 24 年 4 月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、就労継続支援 B 型の利用を認めて差し支えない。
  - ・ 法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
  - ・ 法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者
- ※ 支給決定期間は、支給決定時に 50 歳未満のものは 1 年間、50 歳以上のものは 3 年間の決定とする。

【支援学校卒業後にすぐに就労継続支援 B 型を利用したい場合の手続き】

(※令和 7 年 10 月 1 日以降、「就労移行支援」は「就労選択支援」と読み替えて取り扱うものとする。)

- ①就労移行支援事業者等※によるアセスメントを受けることが必要になるので、在学中に就労移行支援事業※の申請をし、支給決定を受ける。
  - ※ 18 歳未満の方で、就労移行支援※の支給決定を行うには、児童福祉法 63 条の 2 及び第 63 条の 3 の規定による通知が必要
- ②就労移行支援事業※を利用のうえ、アセスメントを行う。
  - ※アセスメントの結果、就労面に係る課題等が把握される。
- ③アセスメント結果を元に、卒業後において利用するのは一般就労か就労継続支援 B 型利用かなどを相談支援事業所や支援学校進路担当と検討する。
- ④検討の結果、就労継続支援 B 型で進路が決まれば、受け入れ先事業所を決めた上で申請し、就労継続支援 B 型の支給決定を受ける。

※ 1 計画相談支援との関係について

障害児のサービスを受けている方は、障害児の計画相談支援を受けているので、①の決定を行う際に、就労移行支援 (令和 7 年 10 月 1 日以降は就労選択支援) の利用についてのサービス利用計画（案）の提出を求めます。

障害児のサービスを受けていない方は、セルフプランで受付可能です。

※ 2 在学中の障害支援区分認定申請時期について

支援学校卒業後の進路について、生活介護など障害支援区分認定の必要な方で、誕生

|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p>月が遅い等のために進路選択に支障を生じる方については、障害支援区分認定のみ先に決定することが可能です。申請可能時期は、18歳到達年度の4月からとなります。サービス利用期間は翌4月1日での決定となりますが、18歳到達年度の1月～2月に受け入れ先サービス事業所を決定の上、再度申請をしてください。</p> <p>支援学校の進路担当者にご相談ください。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 下線追加          | <p><b>Q35 就労移行支援の支給決定を受けて利用をしないと、アセスメントを受けたことにはなりません。</b></p> <p><b>回答</b> 平成 29 年度から、特別支援学校等の高等部等の在学中に、一般企業や就労移行支援事業所における実習が行われ、特別支援学校から本人、保護者、自治体や相談支援事業所にアセスメント結果が提供された場合、就労アセスメントを受けたとみなすことが出来るようになりました（文部科学省初等中等教育局特別支援教育課・厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課 平成 29 年 4 月 25 日事務連絡）。</p> <p>これに基づき、上記のとおり適切な時期に実習が行われ、学校が、利用者等や相談支援事業所及び就労支援機関等を参集してアセスメントに関する会議を開催し、その検討結果を踏まえてアセスメント結果表（様式集⑰）を提出いただければ、就労アセスメントを受けたとみなします。</p> <p><u>ただし、令和 7 年 10 月以降新たに就労継続支援 B 型を利用する場合は、就労継続支援 B 型の利用支援前に、原則として就労選択支援を利用することとなりますが、特別支援学校等の卒業後に就労継続支援 B 型を利用する意向がある場合は、在学中に就労選択支援を受ける必要があります。</u></p> |
| 下線追加<br>取消線削除 | <p>第 3 章 支給決定に関する運用上の注意</p> <p>2 介護保険制度との適用関係</p> <p>① 介護保険サービスには相当するものがない障害福祉サービス固有のサービス（＊）と認められるものが必要な場合。</p> <p>（＊）行動援護、同行援護、自立訓練の生活訓練、<u>就労選択支援</u>、就労移行支援、就労継続支援 A 型・B 型、就労定着支援、自立生活援助、移動支援事業などの地域生活支援事業について利用が可能です。</p> <p>（就労移行支援、就労継続支援 A 型は、一定の要件があります。<a href="#">P-3-5-36～3-7-39 参照</a>）</p>                                                                                                                                                                                                                                                                               |

下線追加  
取消線削除

### 第3章 支給決定に関する運用上の注意

#### 2 介護保険制度との適用関係

**Q47 介護保険サービスによる入所・入居時は、障害福祉サービスが利用できますか。**

**回答** 介護保険によって入所・入居しているサービスの内容により変わります。

- ・特定施設入居者生活介護（養護老人ホーム、ケアハウス、介護付有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅（※特定施設入居者生活介護として大阪府の指定を受けている））については、介護保険サービスと障害福祉サービスの居宅介護の併給はできませんが、居宅介護の上乗せ20時間又は重度訪問介護の上乗せ50時間の利用、同行援護及び行動援護の利用の可能性があります。ただし、2号みなしの方が、特定施設入居者生活介護として大阪府の指定を受けていない施設に入居している場合は、障害の居宅介護・重度訪問介護の決定が可能です。
- ・介護保険グループホームで、**障害福祉一部訪問系**サービスは利用できません。
- ・介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設については、**障害福祉一部訪問系**サービスは利用できません。

詳細は、以下の表をご覧ください。

障害福祉サービスの**在宅訪問系**サービス（居宅介護・重度訪問介護等）利用の可否について

|                    |                        | 併給 | 備 考                                                                                            |
|--------------------|------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 介護保険サービスによる入所・入居形態 | ①養護老人ホーム               | ×  | ・介護保険サービスでは支給量を確保できない場合、上乗せ（居宅介護20時間・重度訪問介護50時間）の可能性あり<br>・必要性が認められる場合については、同行援護及び行動援護の利用可能性あり |
|                    | ②ケアハウス                 | ×  |                                                                                                |
|                    | ③介護付有料老人ホーム            | ×  |                                                                                                |
|                    | ④サービス付高齢者向け住宅          | ×  |                                                                                                |
|                    | ⑤上記①～④で大阪府の指定を受けていない施設 | △  | 2号みなし（※注1）であれば介護保険の対象外となるので利用が可能                                                               |
|                    | ⑥介護保険グループホーム           | ×  |                                                                                                |
|                    | ⑦特別養護老人ホーム             | ×  |                                                                                                |
|                    | ⑧老人保健施設                | ×  |                                                                                                |
|                    | ⑨介護療養型医療施設             | ×  |                                                                                                |

※同行援護・行動援護は、①～⑨のいずれの施設に入所している方でも支給決定可能。

ただし、利用範囲は「外出時における支援」に限られ、施設内での介助は対象外とする。

下線追加  
(令和 7 年 9 月 30 日修正)

(表 4) 必要書類まとめ (チェックリスト)

| 申請種類             | 計画相談支援を受ける方、または受けている方 |                                                                                                                                                                                                                           | セルフプランの方                                                                                                        |
|------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 新規               | 障害福祉※<br>1            | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号 <input type="checkbox"/> 様式第 2 4 号                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号<br><input type="checkbox"/> 様式第 2 4 号                                          |
|                  | 計画相談※<br>1            | <input type="checkbox"/> 様式第 1 7 号 <input type="checkbox"/> 様式第 1 8 号<br><input type="checkbox"/> サービス等利用計画案<br><input type="checkbox"/> サービス等利用計画案【週間計画表】<br><input type="checkbox"/> 別紙 1 <input type="checkbox"/> 別紙 2 | <input type="checkbox"/> セルフプラン                                                                                 |
| 追加<br>変更<br>一部取消 | 障害福祉                  | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号<br><input type="checkbox"/> 様式第 2 4 号 (利用者負担の適用期間が変わる場合)<br><input type="checkbox"/> <u>アセスメント結果 (就労選択支援を利用後、就労継続支援 B 型を申請する場合のみ必要)</u>                                                  | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号<br><input type="checkbox"/> <u>アセスメント結果 (就労選択支援を利用後、就労継続支援 B 型を申請する場合のみ必要)</u> |
|                  | 計画相談                  | <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案<br><input type="checkbox"/> サービス等利用計画案【週間計画表】<br><input type="checkbox"/> 直近のモニタリング報告書 (継続サービス等利用支援) 及び継続サービス等利用計画【週間計画表】<br><input type="checkbox"/> 様式第 1 7 号 (計画相談の支給期間が変わる場合)     | <input type="checkbox"/> セルフプラン                                                                                 |
| 更新               | 障害福祉                  | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号<br><input type="checkbox"/> 様式第 2 4 号                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号<br><input type="checkbox"/> 様式第 2 4 号                                          |
|                  | 計画相談                  | <input type="checkbox"/> 様式第 1 7 号 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案<br><input type="checkbox"/> サービス等利用計画案【週間計画表】<br><input type="checkbox"/> 直近のモニタリング報告書 (継続サービス等利用支援) 及び継続サービス等利用計画【週間計画表】                          | <input type="checkbox"/> セルフプラン                                                                                 |
| 支給決定後            | 計画相談                  | <input type="checkbox"/> サービス等利用計画<br><input type="checkbox"/> サービス等利用計画【週間計画表】                                                                                                                                           |                                                                                                                 |
| 利用者負担の変更 (更新)    | 障害福祉                  | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号<br><input type="checkbox"/> 様式第 2 4 号                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号<br><input type="checkbox"/> 様式第 2 4 号                                          |
| 廃止<br>(全部取消)     | 障害福祉                  | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 様式第 1 号                                                                                |
|                  | 計画相談                  | <input type="checkbox"/> 様式第 1 7 号<br><input type="checkbox"/> 直近のモニタリング報告書 (継続サービス等利用支援) 及び継続サービス等利用計画【週間計画表】                                                                                                            |                                                                                                                 |
| モニタリング月の変更       | 計画相談                  | <input type="checkbox"/> 様式 1 7 号<br><input type="checkbox"/> 直近のモニタリング報告書 (継続サービス等利用支援) 及び継続サービス等利用計画【週間計画表】                                                                                                             |                                                                                                                 |
| 計画相談事業所変更        | 計画相談                  | <input type="checkbox"/> 様式 1 8 号 <input type="checkbox"/> サービス等利用計画案<br><input type="checkbox"/> サービス等利用計画案【週間計画表】<br><input type="checkbox"/> 別紙 1 <input type="checkbox"/> 別紙 2                                        |                                                                                                                 |

※ 1 表中「障害福祉」は、障害福祉サービス、「計画相談」とは、計画相談支援サービスの申請のこと。