

船障第 2 8 7 6 号
令和 8 年 7 月 3 1 日

計画相談支援事業所
就労系サービス事業所 ご担当者各位

船橋市障害福祉課長 津田 直哉

就労移行支援事業および就労継続支援事業（A型・B型）における
在宅支援の提供に係る注意点について

日頃より、本市の障害福祉行政にご理解とご協力を賜りありがとうございます。

さて、標記の件につきまして、就労移行支援事業および就労継続支援事業（A型・B型）（以下、「就労系サービス」という。）の在宅でのサービス利用における支援（以下「在宅支援」という。）の提供につきましては、「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における留意事項について（平成 19 年 4 月 2 日障障発第 0402001 号）（以下、「留意事項通知」という。）」、および「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における在宅支援の要件遵守の徹底について（令和 8 年 4 月 13 日事務連絡）」等により対応していただいているところです。

在宅支援の利用を希望する場合、在宅支援による支援効果が認められると本市が判断した希望者に対して就労系サービスを提供するに当たり、一定の要件を満たす場合に限り、報酬を算定することができます。

したがって、希望がない状態で在宅支援を行うことや、本市への申請無く在宅支援を行うことは認められないため、下記の手順により手続きを行うよう、留意してください。

なお、本通知以降、在宅支援の利用手続きが行われていない場合は、原則として障害福祉サービス費をお支払いできませんのでご了承ください。

記

1. 在宅支援利用における必要な対応について

- (1) 既に就労系サービス（在宅支援の支給決定はついていない）を利用して
いる方が在宅支援を追加したい場合
→変更申請書（第 1 2 号様式）とプラン一式またはセルフプランを障害福祉
課窓口か郵送で提出。
- (2) 新規で就労系サービスを利用の際、同時に、在宅支援も利用したい場合

→申請時に提出していただく計画書につきまして、計画相談支援事業所が作成する場合、「サービス等利用計画書（2）」に在宅支援利用に関する文言を記載して下さい。セルフプランの場合は「サービス等利用計画案（セルフプラン）兼作成届出書」の在宅支援の項目にチェックマークを入れることが必須となります。

以上の手続きに不備がありますと、在宅支援の支給決定がされない可能性があります。

記載例等については別紙「在宅支援実施時における注意点」参照のこと。

（3）申請書提出後

→事業者は、在宅支援に限らず、障害福祉サービス等受給者証が申請者に届き次第、内容を確認しているところ、特に「就労系サービス在宅支援者」の記載があることを確認する。

2．在宅支援における報酬算定要件について

1の支給決定要件を満たすものであって、留意事項通知2（3）のアからキの要件のいずれにも該当する場合に限り、報酬を算定する。

なお、報酬算定時における注意点については別紙「在宅支援実施時における注意点」参照のこと。

3．留意事項

- (1)本取り扱いの対象者は、船橋市で支給決定を受ける利用者に限る。
- (2)報酬算定要件を満たさない利用者に対する支援や、不適切な支援について、報酬算定が確認された場合、当該報酬は返還の対象となる可能性があること。

以上

＜お問い合わせ先＞

支給決定に関することについて

船橋市障害福祉課 認定審査係

T E L : 047-436-2346

Email : shogai-nintei@city.funabashi.lg.jp

報酬算定に関することについて

船橋市障害福祉課 計画係

T E L : 047-436-2307

Email : shogaifukushi@city.funabashi.lg.jp

(別紙)

在宅支援実施時における注意点について

1. 在宅支援希望者の申請方法について

基本的には、通常の新規や変更の申請と同様です。障害者ご本人または保護者が申請書を市に提出し、別途、計画相談支援事業所様がサービス等利用計画案を市に提出していただきます（セルフプランでも可能です）。

この際の計画案またはセルフプランに、在宅支援が必要な旨をご記載ください。サービス等利用計画案であれば、下図のようにサービス等利用計画書（2）に、「就労系サービス在宅支援」と備考欄に必ず記載し、セルフプランであれば、下図のように、船橋市所定のサービス等利用計画案（セルフプラン）兼作成届出書の「☐在宅支援」に必ずチェックを入れてください（☒在宅支援）。

サービス等利用計画案のサービス等利用計画書（2）

(番号:)		サービス等利用計画書(2)													
サービスの優先順位	生活全般の解決すべき課題（ニーズ）	援助目標 (目標を達成すべき時期を明記する 必要のあるものは時期を記入)	援助内容（提供期間を明記する必要があるものは「頻度」欄に記入）			費用（円/月）									
			サービス内容	サービス種別 (事業者等)	頻度	サービス費用（全額）			自己負担						
						単位	回数	合計							
										0	0				
										0	0				
										0	0				
										0	0				
										0	0				
										0	0				
										0	0				
サービス等利用計画（モニタリング）の有効期限			平成	年	日	まで	サービス費合計	0	自己負担額	0					
備						本人または代理人の同意									
						日	付	平成	年	月	日				
						署名		☐ 本人 ☐ 代理人							

※週間ケア計画を必要に応じて添付

備考欄に
「就労系サービス在宅支援」
とご記載ください。

* サービス等利用計画案のサービス等利用計画書（2）以外に（例えば、サービス内容欄や、サービス等利用計画書（1）など）、「在宅支援」を記載した場合、審査の過程で見落とす可能性が高くなります。サービス等利用計画書（2）の備考欄に記載することをご協力ください。

(別紙)

船橋市									
サービス等利用計画案(セルフプラン)兼作成届出書									
ふりがな	利用者の氏名		生年 月	日	年	月	日	連絡先 電話番号	
利用開始日	年	月	日	作成者	本人 その他 → (TEL - -)		利用者の関係	保護者 介護保険ケアマネジャー 総合相談事業所 その他 ()	
希望する生活または目標 (当てはまる内容にチェックしてください)					希望する福祉サービス				
					サービス種類		希望する時間数等		備考
【介護系サービス】(訪問、外出支援等)					☐ 身体介護		時間/月		☐ 二人介護あり
☐ 入浴、排泄、食事等の介助を受けたい							(時間/回)		
☐ 調理、洗濯、買い物等の介助を受けたい					☐ 家事援助		時間/月		☐ 二人介護あり
☐ 外出するための支援を受けたい							(時間/回)		
☐ 外出先で代読・代筆してもらいたい					☐ 通院等介助		時間/月		☐ 二人介護あり
☐ 定期通院や官公署等への移動の介助を受けたい							(時間/回)		
☐ 視覚障害のため外出時に同行してもらいたい					☐ 通院等乗降介助		回/月		☐ 二人介護あり
☐					☐ 重度訪問介護		時間/月		☐ 二人介護あり
☐ その他					※1回3時間以上		(内 移動 時間/月)		☐ 移動加算あり
[]					☐ 重度障害者等包括支援				
					☐ 行動支援		時間/月		☐ 二人介護あり
					☐ 同行支援		時間/月		☐ 二人介護あり
希望する生活または目標 (当てはまる内容にチェックしてください)					希望する福祉サービス				
					サービス種類		希望する時間数等		事業所名
【日中活動系サービス】(就労支援等)					☐ 生活介護		日/月		
☐ 働くための訓練を受けたい					☐ 就労移行支援(2年間)		日/月		☐ 在宅支援
☐ 障害特性に合わせて無理なく働きたい					☐ 就労継続支援(A型)		日/月		☐ 在宅支援
☐ 支援を受けながら仲間と日中を過ごしたい					☐ 就労継続支援(B型)		日/月		☒ 在宅支援
☐ 身体機能の維持・向上のため訓練を受けたい					☐ 自立訓練(機能訓練)(1年半)		日/月		
☐ 規則正しい生活を送るため訓練を受けたい					☐ 自立訓練(生活訓練)(2年間)				
☐ 訓練して就職した後も支援を受けたい					☐				
☐ 就労能力や適性等を把握したい					☐				
☑ を入れてください									
<同意欄>									
サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定調査に係る認定調査、概況調査の内容、サービス等利用意向聴取の内容、船橋市障害者介護給付費等認定調査会における審査判定結果・意見、医師意見書及びこのサービス等利用計画案(セルフプラン)の全部又は一部を、船橋市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者、障害者支援施設、若しくは学校の関係人に提示することに同意します。									
申請者氏名									

* 2 ページ目などに「在宅支援」を記載した場合、審査の過程で見落とす可能性が高くなります。1 ページ目の□欄に☑を記載することにご協力ください。

(別紙)

2. 受給者証の確認方法について

在宅支援の支給決定がある場合、障害福祉サービス受給者証の「(六) 利用者負担に関する事項」の項目において、下図のように「就労系サービス在宅支援者」と記載されております。

在宅支援を開始する前に必ずこの欄を確認し、在宅支援の支給決定があることを確認してください。

記載がない場合、在宅支援は利用できないため、利用を希望される場合は速やかにご申請お願いいたします。

(六) 利用者負担に関する事項	
負担上限月額	0 円
適用期間	
食事提供体制加算対象者	
適用期間	
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
就労系サービス在宅支援者	
予備欄	

在宅支援の支給決定がある場合、
「就労系サービス在宅支援者」と
記載されています。

3. 報酬請求時における注意事項について

報酬請求時において、在宅支援を提供した日は、下図のように、提供実績記録票の備考欄に「在宅支援」と必ず記載してください。

令和8年6月分													就労移行支援提供実績記録票												
受給者証番号 000000000001													支給決定障害者氏名 船橋 太郎				事業所番号 1111111111								
契約支給量													就労移行支援 23日/月				事業者及びその事業所				船橋就労事業所				
サービス提供実績													利用者確認欄				備考								
日付	曜日	サービス提供の状況	開始時間	終了時間	送迎加算 往 復	就労支援加算 時間数	食事提供加算	居眠り加算	通所訓練加算	作業訓練加算	地域連携加算	緊急時要入加算	異中要加算	移行準備支援加算											
																	在宅支援								
在宅におけるサービス提供日は備考欄に「在宅支援」と記載して																									

在宅支援

在宅におけるサービス提供日は
備考欄に「在宅支援」と記載して
ください。