別表第１の（１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 費目の種類 | 対 象 児（者） 等 | 経 費 の 使 途 | 額　の　算　式 | 　　　　　備　　　　　　　　考 |
| 生活指導訓練費 | 主として肢体不自由児、盲児又は知的障害児を入所させる福祉型障害児入所施設、主として肢体不自由児を入所させる医療型障害児入所施設の給付費支給対象児（者）（以下、「契約児（者）」という。）であって区分表に該当するもの | 児（者）の社会への適応性の向上を図るための生活指導訓練に必要な経費 | 区分別月額保護単価×その月初日の在籍契約児（者）数

|  |
| --- |
| 区　　　　分 |
| ３ 歳 以 上 児 |
| 小 学 生 |
| 中 学 生 |
| 高 校 生 等 |

 | １　精算の際は、様式第５号を添付すること。２　不就学児童については、あらかじめ各所管課長に届け出ること。 |
| 給食指導費 | 主として知的障害児又は盲児が入所する福祉型障害児入所施設（民間及び施設所在地が市内に存するものに限る）、又は福祉型児童発達支援センターにおいて児（者）の給食指導にたずさわる保育士、児童指導員及び介助員（以下「給食指導員」という。） | 児（者）の給食指導の際に要する主食費・副食費等 | ・主として知的障害児又は盲児が入所する福祉型障害児入所施設月額保護単価×市が指定した給食　　　　　　　指導員数・福祉型児童発達支援センター月額保護単価×市が指定した給食　　　　　　　指導員数 | 給食指導員は、年度当初施設ごとに市が指定した職員数とする。 |
| 特別加算費 | 障害児入所施設及び児童発達支援センター（民間及び施設所在地が政令市、中核市以外に存するものに限る。）であって市外にある施設に入所している千葉市が給付費の支給決定を行った児（者） | その児（者）の監護に係る経費及び施設管理費 | 各都道府県・政令指定都市が定めた額×その月初日の在籍契約児（者）数　　　　　　　　　　 |  |
| 特別療育費 | 民間重症心身障害児施設に入所している契約児（者） | その児（者）の監護に係る経費及び施設管理費 | 月額保護単価×その月初日の在籍契約　　　　　　　児（者）数 |  |

別表第１の（２）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 費目の種類 | 対 象 児（者） 等 | 経 費 の 使 途 | 額　の　算　式 | 　　　　　備　　　　　　　　考 |
| 重度加算費 | 主として知的障害児が入所する福祉型障害児入所施設又は福祉型児童発達支援センター（民間に限る。）の契約児（者）であって、別表第３に定める重度児（者）認定基準により児童相談所長が重度児（者）であると認定したもの（ただし、法による障害児入所給付費のうちの重度児加算を受給していない児（者）） |  | * 主として知的障害児が入所する福祉型障害児入所施設

月額保護単価×その月初日の在籍　　　　　　　契約児（者）数* 福祉型児童発達支援センター

月額保護単価×その月初日の在籍契約児（者）数 | １　重度児（者）の認定は、様式第４号の１もしくは様式第４号の２により児童相談所長に認定されたものとする。２　精算時に認定書の写しを添付すること。３　障害児入所給付費のうち重度児加算を受給していないかどうかの確認は様式第４号の３により市長村長の証明を受けるものとする。 |
| 赤痢菌等衛生費 | 主として肢体不自由児、知的障害児又は盲児が入所する福祉型障害児入所施設、福祉型児童発達支援センター、主として肢体不自由児又は重症心身障害児が入所する医療型障害児入所施設、医療型児童発達支援センターの在籍契約児（者）及び職員（ただし、措置費により支弁した職員及び給食担当者等他法により無料となる者を除く。） | 赤痢菌培養検査及び各種予防接種等に必要な経費 | 年額保護単価×実施月の在籍契約児（者）数及び職員数　　　　　　　　　　 | １　赤痢菌検査は年２回以上行うこと。２　請求は、第４・四半期の精算払いとし、様式第６号、同６号の２の書類を添付すること。年額とは最高限度額であり、限度額に満たないものは、実費払いとする。 |
| 就職支度費 | 主として肢体不自由児、知的障害児、盲児又はろうあ児が入所する福祉型障害児入所施設及び主として肢体不自由児が入所する医療型障害児入所施設の契約児（者） | 就職のための支度・準備に要する経費 | 年額保護単価×就職する児（者）数　　　　　　　 | 精算の際には採用を証明する書類を添付すること。 |

別表第１の（３）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 費目の種類 | 対 象 児（者） 等 | 経 費 の 使 途 | 額 の 算 式 | 　　　 備　　　　　　　　考 |
| 栄養管理加算費 | 障害児入所施設、福祉型児童発達支援センター及び医療型児童発達支援センターの契約児（者）の栄養管理を行うもの（ただし、児（者）福祉法による障害児施設給付費の栄養管理加算の対象とならない民間の施設に限る。） | 常勤の管理栄養士、栄養士等の雇用に係る経費 | 月額保護単価 | 毎年度の施設からの申請に基づき市が指定した施設を対象とする。なお、申請の際には栄養士等の雇用状況を証明する書類を添付すること。 |
| 送迎加算費 | 福祉型児童発達支援センター及び医療型児童発達支援センター（各施設とも民間に限る。）の契約児（者）の送迎に伴うバス等の運行を行うもの | 通園施設の送迎に係る運転手の賃金等 | 月額保護単価 | 毎年度の施設からの申請に基づき市が指定した施設を対象とする。なお、申請の際には運転手等の雇用状況を証明する書類を添付すること。 |
| 就労実習費 | 主として知的障害児、自閉症児の入所する福祉型障害児入所施設に入所する特別支援学校高等部３年の児童が民間の通所施設（就労移行支援、就労継続支援Ａ型・Ｂ型の指定を受けている事業所並びに（旧）知的障害者通所更生施設及び（旧）知的障害者通所授産施設。以下、実習先施設等とする。）で就労実習を実施したとき。 | 就労実習に要する経費 | 日額保護単価×日数×対象児童の人数 | 精算の際には、実習先施設等が発行する領収書及び実績がわかる書類を添付すること。 |