# サービス利用者一覧表（共同生活援助）

※ユニットごとに作成してください

別紙２

事業所名：

ユニット名：

| No.（利用開始日順） | 利用者名<br>※現在利用中又は過去1年間に利用があった者 | 受給者証発行区市町村 | 障害種別 | | | 障害支援区分 | 最新の利用者負担上限月額 | 利用期間 | | 体験利用の有無（直近1年間） | 加算の有無（直近1年間に請求したもの） | | | | | | | | | | | | | | | | 個人単位の居宅介護等の利用（注２） | 日中活動（注３） | 法人内で他のサービスを利用している場合、そのサービスの種類（注４） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | 身体 | 知的 | 精神 | | | 入居開始年月日 | 入居終了年月日 | | 退居後共同生活援助サービス費 | 重度障害者支援加算 | 医療的ケア対応支援加算 | 日中支援加算 | 集中的支援加算 | 自立生活支援加算 | 入院時支援特別加算 | 長期入院時支援特別加算 | 帰宅時支援加算 | 長期帰宅時支援加算 | 地域生活移行個別支援特別加算 | 精神障害者地域移行特別加算 | 強度行動障害者地域移行特別加算 | 強度行動障害者体験利用加算 | 医療連携体制加算 | 通勤者生活支援加算 | | | |
| 例 | 南町田　洋一郎 | 町田市 | | ○ | ○ | 4 | 37,600 | 2020/12/1 | 2023/12/1 | | | | | | | | ○ | | ○ | | | | | | | | | 就労継続支援B型 | 移動支援 |
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1 利用者数が多い場合は、行を増やすか、又は様式をコピーしてください。

注2 重度障害者の経過措置で、個人単位で居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護を利用している場合は、○を記入してください。

注3 「日中活動」欄は、日中に利用している障害福祉サービス（就労継続支援Ａ／Ｂなど）名又は一般就労等を記載してください。

注4 法人内（当該事業所含む）でサービスを他に利用している場合に記載してください。（例：居宅介護・移動支援・自費等）