

制 定 平成19年4月1日  
最近改定 令和8年4月1日

## 大阪市地域活動支援センター事業（活動支援A型）実施要綱

### （目的）

第1条 大阪市地域活動支援センター事業（活動支援A型）は、障がい者及び障がい児（以下「障がい者等」という。）に対して、通所により創作的活動又は生産活動の機会を提供することを主たる事業とし、また地域社会との交流促進、機能訓練、社会適応訓練及び日常生活に必要な便宜の供与等を実施することにより、障がい者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう支援することを目的とする。

### （実施方法）

第2条 この事業の実施は、委託期間の前月に当事業を受託しており継続して事業を実施する法人のうち、福祉局長（以下「局長」という。）が適切に事業運営できると認められる者（以下「受託者」という。）に委託して実施する。

2 第21条第3項及び同条第4項の規定により、事業を行う場合は前項の限りではない。

### （事業内容）

第3条 この事業の内容は、次の各号に掲げるものとする。ただし、第1号は必須事業とし、第2号から第7号については支援強化事業として本市の必要に応じて事業委託する。

(1) 基礎的事業

- ア 創作的活動又は生産活動の機会の提供
- イ 地域社会との交流の促進

(2) 重度・重複障がい者支援事業

(3) 就労支援事業

(4) 授産機能強化事業

(5) 機能訓練支援事業

(6) 生活介護支援事業

(7) 送迎支援事業

### （対象者）

第4条 この事業の対象者は、15歳以上の者で次の各号に掲げる障がい者等とする。

(1) 身体障がい者手帳の交付を受けている者

(2) 療育手帳の交付を受けている者又は次に掲げる判定機関においてそれに準ずる者と判定された者

- ア 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター
- イ 大阪市北部こども相談センター

- ウ 大阪市中央こども相談センター
- エ 大阪市南部こども相談センター
- オ その他市長が指定する機関

- (3) 精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている者、精神障がいを事由とする年金証書の交付、自立支援医療（精神通院医療）受給者証の交付を受けている者、精神障がいを事由とする特別障がい給付金を受けている者、又はこれと同等の者
  - (4) 特定疾患医療受給者証又は医師の診断書等により、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第4条第1項の政令で定める特殊の疾病に該当すると認められる者
  - (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めた者
- 2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、事業の対象としない。
- (1) 特別支援諸学校あるいは特別支援学級等に在籍している者
  - (2) 市外に住所を有する者

#### （委託金額）

- 第5条 第2条の規定により事業を委託する場合の委託金額は、別表1及び別表2に定める額とする。
- 2 前払いによる業務委託料の概算払いを行う場合においては、上半期（4月から9月までの6か月間）と下半期（10月から3月までの6か月間）に分けて二分の一ずつ支払うものとする。
  - 3 前項の規定にかかわらず、上半期における1日あたり利用者数の平均値が、委託契約の利用人員の百分の八十を満たしていない場合、下半期の委託金額のうち基礎部分については、上半期の委託金額のうち基礎部分に百分の八十の割合を乗じて得た額とする。
  - 4 第1項及び前項の規定にかかわらず、上半期における1日あたり利用者数の平均値が、別表1に定める利用人員10人の基準に満たず、年間における1日あたり利用者数の平均値が利用人員10人の基準を下回ることが見込まれる場合は、上半期における1日あたり利用者数の平均値が10人から1人減する毎に、別表1に定める利用人員10人の委託金額から四十五万円ずつ減額し、その金額から上半期の支払額及び別表2中(3)から(7)を差し引いた額を下半期に支払うものとする。ただし、下半期に支払う委託金額のうち基礎部分については、前項により定めた額と比較して少ない方の額を支払うものとする。
  - 5 前項の下半期委託料支払額の決定において、1日あたり利用者数の平均値に小数点以下の端数があるときは、小数点第一位を切り上げて算出する。

#### （開所日数）

- 第6条 この事業による地域活動支援センターの開所日数は、原則として週5日以上とし、かつ、年間220日以上開所しなければならない。ただし、災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

#### （開所時間）

第7条 この事業による地域活動支援センターの開所時間は、原則として1日あたり5時間以上でなければならない。ただし災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

(利用者数)

第8条 この事業による地域活動支援センターの利用者数は、1日あたりの平均利用者数を概ね10人以上とする。

(運営規程の整備)

第9条 受託者は、次の各号に掲げる地域活動支援センターの運営についての重要事項を運営規程として定め、利用者に周知しなければならない。

- (1) 施設の目的及び運営の方針
- (2) 職員の職種、員数及び職務の内容
- (3) 利用定員
- (4) 利用者に対して提供するサービスの内容並びに利用者等から受領する費用の種類及びその額
- (5) 施設の利用に当たっての留意事項
- (6) 非常災害対策
- (7) 虐待の防止のための措置に関する事項
- (8) その他運営に関する重要事項

(関係書類の整備)

第10条 この事業の運営及び提供されるサービス内容に関する書類は、当該年度終了後5年間保存しなければならない。

(構造及び設備)

第11条 この事業を実施するにあたって、受託者は障がい者等が自立した日常生活、社会生活を営むことができるよう支援、相談等に対応でき、また10人以上の人員を利用させることができる場所と次の各号に定める設備を設けなければならない。ただし、当該地域活動支援センターの効果的な運営を期待できる場合であって、利用者に対するサービスの提供に支障がないときは、他の社会福祉施設等の設備を共用することができる。

- (1) 多目的室
  - ア 創作的活動又は生産活動ができる場所
  - イ 機能訓練、社会適応訓練及び入浴等のサービスができる場所
  - ウ 必要な設備及び備品等を備えること
- (2) 便所  
利用者の特性に応じたものであること。
- (3) 洗面所
- (4) 食堂（多目的室と兼用可能）

- (5) 静養室（食堂と兼用可能）
- (6) 非常災害に際して必要な設備

2 面積基準については、原則、1人あたりの基準面積を概ね3.3m<sup>2</sup>以上とする。

#### （職員配置）

第12条 受託者は、障がい者等に対する支援を適切に行うことができると認められる職員の配置を行うものとし、職員及び員数は次のとおりとする。

##### (1) 施設長 1人

- ア 施設長は、地域活動支援センターの管理運営上支障がない場合は、当該地域活動支援センターの他の職務に従事し、又は、他の施設等の職務に従事することができるものとする。
- イ 施設長は、障がい者等の福祉の増進に熱意を有し、地域活動支援センターを適切に運営する能力を有する者でなければならない。

##### (2) 支援員（1人以上は常勤の専従職員であること）

- ア 定員が10人以上14人以下の場合 2人以上
- イ 定員が15人以上19人以下の場合 3人以上

#### （従たる事業所の設置）

第13条 受託者は地域活動支援センターにおける主たる事業所（以下「主たる事業所」という。）と一体的に管理運営を行う事業所（以下「従たる事業所」という。）を設置することができる。

2 従たる事業所を設置する場合においては、主たる事業所及び従たる事業所の職員のうちそれぞれ1人以上は、専ら当該主たる事業所又は従たる事業所の職務に従事する者でなければならない。

#### （生産活動）

第14条 受託者は、生産活動の機会の提供に当たっては、地域の実情並びに製品及びサービスの需給状況等を考慮して行うよう努めなければならない。また、生産活動に従事する者の作業時間、作業量等がその者に過重な負担とならないように配慮しなければならない。

#### （工賃の支払）

第15条 受託者は生産活動に従事している者に、生産活動に係る事業の収入から生産活動に係る事業に必要な経費を控除した額に相当する金額を工賃として支払わなければならない。

#### （受託申請書の提出）

第16条 受託者は、事業開始前に事業計画書等の必要書類を添付し、「大阪市地域活動支援センター事業（活動支援A型）受託申請書（様式第1号）」を局長あてに提出しなければならない。

#### （上半期利用実績報告書の提出）

第17条 受託者は事業開始後6か月間の利用状況を「大阪市地域活動支援センター事業（活動支

援A型) 上半期利用実績報告書(様式第2号)」により、10月9日までに局長あてに提出しなければならない。

(実績報告書の提出)

第18条 受託者は、「大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型) 実績報告書(様式第3号)」を事業終了後、速やかに局長あてに提出しなければならない。

(委託金額の確定)

第19条 局長は、委託事業の履行を確認のうえ、「大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型) 委託金額確定通知書(様式第4号)」により受託者に通知する。

- 2 第5条の規定にかかわらず、年間における1日あたり利用者数の平均値が別表1に定める利用人員10人の基準に満たない場合には、別表1に定める利用人員10人の委託金額から1日あたり利用者数の平均値が1人減する毎に四十五万円ずつ減した金額並びに別表2中(1)及び(2)に定める額を委託金額とする。
- 3 年度途中で本事業を廃止または休止をした場合の委託金額は、年間の委託金額の十二分の一に委託する月数を乗じて得た額(千円未満切捨て)以内とする。ただし、事業廃止または休止までの延利用者数を開所日数で除した1日あたり利用者数の平均値が、別表1に定める利用人員10人の基準に満たない場合の委託金額は、前項の規定により算出して得た額の十二分の一に委託する月数を乗じて得た額以内とする。(千円未満切捨て)
- 4 前2項の委託金額の確定において、1日あたり利用者数の平均値に小数点以下の端数があるときは、小数点第一位を切り上げて算出する。

(委託料の精算)

第20条 受託者は、前払いによる業務委託料の概算払いを受けたときは、事業終了後速やかに「大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型) 精算書(様式第5号)」を作成し、事業終了から20日以内に局長あてに提出しなければならない。

- 2 局長は、前項の精算書の提出を受けたときは、その内容を精査する。その結果、当該精算により剰余が生じていると認める場合にあつては、受託者は、当該精算書を提出した日から20日以内に当該剰余金を納付しなければならない。また、当該精算により不足が生じていると認める場合にあつては、受託者は、当該精算書を提出した日から20日以内に当該不足額に係る請求を行わなければならない。局長は、当該請求を受けた日から30日以内に当該不足額に係る業務委託料を支払わなければならない。

(委託契約の解約)

第21条 受託者は、地域活動支援センター事業(活動支援A型)の解約を申し出る場合は、事業解約予定日の1か月前までに「大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型) 解約承認申請書(様式第6号)」を局長あてに提出しなければならない。ただし災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではない。

- 2 局長は、前項の申請を受けたときは、その内容を審査し、認めたときは「大阪市地域活動支援センター事業（活動支援A型）解約承認通知書（様式第7号）」により、受託者に通知する。
- 3 受託者は、地域活動支援センター事業（活動支援A型）の解約にあたっては、利用者及び家族の意向を確認し、当事業終了後も利用者が自立した日常生活又は社会生活を営めるよう、支援方法についての検討を行うよう努めなければならない。
- 4 受託者は、地域活動支援センター事業（活動支援A型）の解約にあたっては、局長が認めた場合、障がい福祉サービス事業の実績がある法人に事業を承継することができる。

#### （委託事業の終了）

第22条 受託者は、事業廃止若しくは障がい福祉サービス事業への移行等により、当年度で地域活動支援センター事業（活動支援A型）を終了する場合は、契約期間満了1か月前までに地域活動支援センター事業（活動支援A型）の終了を申し出なければいけない。

- 2 受託者は、前項の規定により地域活動支援センター事業（活動支援A型）の終了にあたっては、利用者及び家族の意向を確認し、当事業終了後も利用者が自立した日常生活又は社会生活を営めるよう、支援方法についての検討を行うよう努めなければならない。
- 3 受託者は、地域活動支援センター事業（活動支援A型）の終了にあたっては、局長が認めた場合、障がい福祉サービス事業の実績がある法人に事業を承継することができる。

#### （事業実施体制の変更）

第23条 受託者は、事業実施体制について変更が生じる場合には、速やかに「大阪市地域活動支援センター事業（活動支援A型）変更届（様式第8号）」を局長あてに提出しなければならない。

#### （利用について）

第24条 この事業の利用を希望する者は、受託者に利用申請書を提出し、受託者から利用の承諾を受けなければならない。また利用承諾を受けた者は、受託者と利用に関する契約を締結しなければならない。ただし、受託者への電話や窓口等における随時の相談対応や、利用が定着するまでの試行的・体験的な利用については、この限りではない。

#### （利用者負担）

第25条 利用者が地域活動支援センターを利用するために要する費用は、原則無料とする。ただし食費や創作的活動における食材料費、入浴における光熱水費等の実費相当額は、利用者の負担とする。

#### （調査）

第26条 受託者は、局長が委託料に係る予算の執行状況について報告を求めた場合、又は地域活動支援センター等に立ち入り、帳簿書類その他の検査、若しくは関係者への質問等が必要であると認めた場合には、これに協力しなければならない。

(障がい福祉サービスとの併用禁止)

第27条 利用者は、障がい福祉サービスの提供を受けている時間帯には、地域活動支援センターを利用することはできないものとする。

2 利用者は、地域活動支援センターと日中活動系の障がい福祉サービスを同一日に利用することはできないものとする。

(その他)

第28条 この要綱に定めのない事項については、専管する担当課長が定める。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年3月1日から施行し、要綱第19条については平成24年度以降の予算により支出する委託料について適用する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成24年8月1日から施行する。
- 2 平成24年度補正予算により支出する委託料については、次の各号の規定を適用する。
  - (1) 要綱第5条第1項の規定にかかわらず、第2条の規定により事業を委託する場合の委託金額は、

別表1ならびに別表2に定める額にそれぞれ十二分の一に八月を乗じて得た額とし、それぞれ千円未満の端数が生じる場合は千円未満を切り上げる。なお、委託金額における「上半期の委託金額」とは、年間の委託金額に二分の一を乗じた額とする。

- (2) 要綱第5条第2項の規定にかかわらず、8月から11月までの4か月間の1日あたりの利用者数の平均値が、委託契約の利用人員の百分の八十を満たしていない場合、下半期の委託金額のうち基礎部分については、上半期の委託金額のうち基礎部分に百分の八十の割合を乗じて得た額とする。
- (3) 要綱第17条の規定にかかわらず、受託者は事業開始後4か月間の利用状況を「大阪市地域活動支援センター事業（活動支援A型）上半期利用実績報告書（様式第2号）」により、12月9日までに局長あて提出しなければならない。
- (4) 要綱第19条第2項の規定にかかわらず、年間における1日あたり利用者数が別表1に定める利用人員10人の基準に満たない場合には、別表1に定める利用人員10人の委託金額の十二分の一に八月を乗じて得た額から1日あたりの利用者数が1人減少する毎に三十万円ずつ減じた金額及び別表2中(2)に定める額の十二分の一に八月を乗じて得た額とし、千円未満の端数が生じる場合は千円未満を切り上げた額とする。ただし、基礎部分については、附則第2項第1号および第2号の規定による額と比較して少ない方の額とする。
- (5) 要綱第19条第3項の規定にかかわらず、年度途中において事業の廃止または休止をした場合の委託金額は、年間の委託金額の八分の一に委託する月数を乗じて得た額以内とし、千円未満の端数は切り捨てる。
- (6) 様式第1号別紙1「平成 年度大阪市地域活動支援センター実績確認表」（委託期間の前月に大阪市障害者小規模作業所運営助成等を受けている法人）については、平成24年3月に大阪市障害者小規模作業所又は大阪市障害者小規模通所授産施設運営助成等を受けている法人もしくはこれらの運営を引き継いだ法人に該当する場合に、様式第1号別紙1「平成 年度大阪市地域活動支援センター実績確認表」（委託期間の前月に当事業を受託している法人）に代えて局長あて提出しなければならない。

#### 附 則

この要綱は、平成25年3月1日から施行する。

#### 附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

#### 附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

#### 附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年12月12日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年3月27日から施行し、要綱第5条第3項、第6条及び第19条第2項については平成29年度以降の予算により支出する委託料について適用する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

| 【別表1】<br>地域活動支援センター（活動支援A型）事業費  |   |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
|---|---|---|------------------------------|--------|------------------------------|--------|------------------|-------|--------|--------|--|--------|--------|-------|-----------------------------|---------|------------|--------|-------------|-------|-------------------|---------|--------|--------|----------------|----------|---|-----------|--------|----------|----------------------|---------|--------|--------------|--------------------|------------|--------|--|--|
| （単位：千円）   |   |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 利用人員  | 開所日数                                    | 職員配置  | 委託料(基礎部分)                    |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 19人   | 週5日以上                                   | ・施設長1人（支援員と兼務可）<br>※地域活動支援センターの管理運営上支障がない場合は、当該地域活動支援センターの他の職務に従事し、又は、他の施設等の職務に従事することができる。<br>・支援員3人以上（1人以上は常勤） | 16,538                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 18人   |   |   | 16,088                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 17人   |   |   | 15,638                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 16人   |   |   | 15,188                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 15人   |   |   | 14,738                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 14人   |   |   | 11,914                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 13人   |   | ・施設長1人（支援員と兼務可）<br>※地域活動支援センターの管理運営上支障がない場合は、当該地域活動支援センターの他の職務に従事し、又は、他の施設等の職務に従事することができる。<br>・支援員2人以上（1人以上は常勤） | 11,464                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 12人   |   |   | 11,014                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 11人   |   |   | 10,564                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 10人   |   |   | 10,114                       |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （委託料の内訳） <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">（1）人件費</td> <td>報酬、職員の給料、職員手当等、共済費、賃金、法定福利費等</td> </tr> <tr> <td>（2）報酬費</td> <td>講師に係る謝礼、交通費などの経費</td> </tr> <tr> <td>（3）旅費</td> <td>出張交通費等</td> </tr> <tr> <td>（4）需用費</td> <td></td> </tr> <tr> <td>    ア 消耗品費</td> <td>事務用品費等</td> </tr> <tr> <td>    イ 燃料費</td> <td>生産活動に係る物品の輸送等にかかる自動車燃料費、灯油等</td> </tr> <tr> <td>    ウ 印刷製本費</td> <td>広報資料、会議資料等</td> </tr> <tr> <td>    エ 光熱水費</td> <td>電気代、ガス代、水道代</td> </tr> <tr> <td>    オ 修繕費</td> <td>地域活動支援センターに必要な修繕費</td> </tr> <tr> <td>    カ 医薬材料費</td> <td>救急薬品代等</td> </tr> <tr> <td>（5）役務費</td> <td>通信運搬費、電話代、手数料等</td> </tr> <tr> <td>（6）教養娯楽費</td> <td>利用者のための新聞雑誌等の講読、娯楽用品の設備購入及び行楽等の実施のための費用</td> </tr> <tr> <td>（7）保守管理経費</td> <td>防犯警備費等</td> </tr> <tr> <td>（8）備品購入費</td> <td>地域活動支援センターに必要な備品購入経費</td> </tr> <tr> <td>（9）負担金等</td> <td>研修会費用等</td> </tr> <tr> <td>（10）健康管理費等経費</td> <td>協力医療機関委託費（健康診断料含む）</td> </tr> <tr> <td>（11）その他の経費</td> <td>損害保険料等</td> </tr> </table> |   |   |                              | （1）人件費 | 報酬、職員の給料、職員手当等、共済費、賃金、法定福利費等 | （2）報酬費 | 講師に係る謝礼、交通費などの経費 | （3）旅費 | 出張交通費等 | （4）需用費 |  | ア 消耗品費 | 事務用品費等 | イ 燃料費 | 生産活動に係る物品の輸送等にかかる自動車燃料費、灯油等 | ウ 印刷製本費 | 広報資料、会議資料等 | エ 光熱水費 | 電気代、ガス代、水道代 | オ 修繕費 | 地域活動支援センターに必要な修繕費 | カ 医薬材料費 | 救急薬品代等 | （5）役務費 | 通信運搬費、電話代、手数料等 | （6）教養娯楽費 | 利用者のための新聞雑誌等の講読、娯楽用品の設備購入及び行楽等の実施のための費用 | （7）保守管理経費 | 防犯警備費等 | （8）備品購入費 | 地域活動支援センターに必要な備品購入経費 | （9）負担金等 | 研修会費用等 | （10）健康管理費等経費 | 協力医療機関委託費（健康診断料含む） | （11）その他の経費 | 損害保険料等 |  |  |
| （1）人件費  |   |   | 報酬、職員の給料、職員手当等、共済費、賃金、法定福利費等 |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （2）報酬費  |   | 講師に係る謝礼、交通費などの経費  |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （3）旅費   |   | 出張交通費等  |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （4）需用費  |   |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| ア 消耗品費  | 事務用品費等                                  |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| イ 燃料費   | 生産活動に係る物品の輸送等にかかる自動車燃料費、灯油等             |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| ウ 印刷製本費   | 広報資料、会議資料等                              |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| エ 光熱水費  | 電気代、ガス代、水道代                             |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| オ 修繕費   | 地域活動支援センターに必要な修繕費                       |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| カ 医薬材料費   | 救急薬品代等                                  |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （5）役務費  | 通信運搬費、電話代、手数料等                          |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （6）教養娯楽費  | 利用者のための新聞雑誌等の講読、娯楽用品の設備購入及び行楽等の実施のための費用 |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （7）保守管理経費   | 防犯警備費等                                  |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （8）備品購入費  | 地域活動支援センターに必要な備品購入経費                    |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （9）負担金等   | 研修会費用等                                  |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （10）健康管理費等経費  | 協力医療機関委託費（健康診断料含む）                      |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （11）その他の経費  | 損害保険料等                                  |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 減額になる場合   |   |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| （単位：千円）   |   |   |                              |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 利用人員  |   | 減額額   | 減額後                          |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 9人  |   | -450  | 9,664                        |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 8人  |   | -900  | 9,214                        |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 7人  |   | -1,350  | 8,764                        |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 6人  |   | -1,800  | 8,314                        |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |
| 5人  |   | -2,250  | 7,864                        |        |                              |        |                  |       |        |        |  |        |        |       |                             |         |            |        |             |       |                   |         |        |        |                |          |   |           |        |          |                      |         |        |              |                    |            |        |  |  |

## 【別表 2】

## 地域活動支援センター（活動支援 A 型）支援強化事業費

| 種 類  | 基準額                   |
|--|-----------------------|
| (1) 建物賃貸借料<br>地域活動支援センターの建物について、民間からの賃貸に限り建物賃貸料の半額について市が負担する。ただし、上限は一月50,000円とする。（借地料含む）（ただし、別途支払う共益費については含まない）<br>※要綱第6条及び第7条の規定を満たすこと。   | 1カ所あたり<br>年額 600,000円 |
| (2) 重度・重複障がい者支援事業<br>次のいずれかに該当する利用者を受け入れている場合に委託料の増額を行う。<br>① 身体の障がい程度が身体障害者福祉法施行規則別表第5号の1級又は2級に該当する者、知的障がいの程度が重度であると判定された者及び精神障がい者のうち、2以上の障がい重複する者。<br>② 特別障がい者手当の受給者及び支給停止者。<br>③ 療育手帳の判定がAの者のうち、最重度であると判定された者。  | 1人あたり<br>年額 220,000円  |
| (3) 就労支援事業<br>利用者が退所して、一般企業等への就労や障がい福祉サービス事業（就労移行支援及び就労継続支援A型に限る）を利用するための支援（以下「就労等」という）を行う事業者に対し、事業を委託する。具体的には、地域活動支援センターの退所に先立って、居宅等を訪問し、利用者やその家族に対して相談援助等を行い、一般企業等や障がい福祉サービス事業所との連絡調整等を行う。（相談経過をケース記録などに記載し保存しておくこと。）<br>なお、支援体制を整備していると認められる施設は次の基準による。<br>※前年度の利用者2名以上が就労等の実績を有すること。 | 1カ所あたり<br>年額 40,000円  |
| (4) 授産機能強化（工賃増額）事業<br>生産活動に従事している者に対して支払う工賃の増額を図る支援を行う事業者に対し事業を委託する。<br>なお、支援体制を整備していると認められる施設は次の基準による。<br>※新規事業の獲得や受注量の増大を図る計画を策定し、前々年度の実績額に対し月平均一人当たり1,000円以上の工賃を増額して支給すること。   | 1カ所あたり<br>年額 200,000円 |
| (5) 機能訓練支援事業<br>理学療法や作業療法等の身体機能のリハビリテーション、歩行訓練、コミュニケーションや家事等の訓練等のサービスを実施する事業。ただし、事業開始時の契約の基礎となる人数が10以上15人未満の地域活動支援センターに限る。（理学療法士等派遣代など、交通費等を含む）  | 1カ所あたり<br>年額 200,000円 |
| (6) 生活介護支援事業<br>食事・入浴・排泄等の介護、日常生活上の支援のサービスを実施する事業。ただし、事業開始時の契約の基礎となる人数が10以上15人未満の地域活動支援センターに限る。  | 1カ所あたり<br>年額 200,000円 |
| (7) 送迎支援事業<br>地域活動支援センターにおいて、単独での通所が困難な利用者の送迎を実施する事業。ただし、事業開始時の契約の基礎となる人数の2分の1以上の人数が対象者であること。  | 1カ所あたり<br>年額 150,000円 |

【関係書類一覧表】

※提出の有無の欄には、提出書類に○印を付けてください。

| 項    | 目  | 提出の有無 |
|------|--|-------|
| (1)  | 大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)受託申請書(様式第1号)        |       |
| (2)  | 事業計画書(様式第1-1-(1)~(14)号)                    |       |
| (3)  | 収支計画書(様式第1-2号)                             |       |
| (4)  | 利用者名簿(様式第1-3号)                             |       |
| (5)  | 重度・重複障がい者加算対象者名簿(様式第1-4号)                  |       |
| (6)  | 地域活動支援センター事業(活動支援A型)受託申請に係る誓約書(様式第1-5・6号)  |       |
| (7)  | 年度各月利用者利用状況報告書(4月~1月)(別紙1)                 |       |
| (8)  | 大阪市地域活動支援センター利用予定表(様式第1号別紙2)               |       |
| (9)  | 定款又は寄附行為                                   |       |
| (10) | 法人登記簿謄本(履歴事項全部証明)※写しの場合は原本証明が必要、直近3ヶ月以内のもの |       |
| (11) | 役員名簿                                       |       |
| (12) | 土地・建物の賃貸借契約書の写し(賃貸の場合)                     |       |
| (13) | 施設長および常勤職員の履歴書(直近3ヶ月以内のもの)                 |       |
| (14) | 運営規程                                       |       |

|      |         |        |       |  |
|------|---------|--------|-------|--|
| 運営法人 | 名称      |        |       |  |
|      | 所在地     | (〒 - ) |       |  |
|      | 代表者※    |        |       |  |
|      | 電話      |        | ファックス |  |
|      | メールアドレス |        |       |  |
| 施設   | 名称      |        |       |  |
|      | 所在地     | (〒 - ) |       |  |
|      | 担当者氏名   |        |       |  |
|      | 電話      |        | ファックス |  |
|      | メールアドレス |        |       |  |

※役職名も必ず記載してください。

(様式第1号)

年 月 日

福 祉 局 長

申請者

法 人 所 在 地

法 人 名 称

代表者役職氏名

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)受託申請書

標記事業を受託したいので申請します。

記

1 施設の名称及び所在地

|     |  |
|-----|--|
| 名 称 |  |
| 所在地 |  |

2 添付書類

- (1)事業計画書 (様式第1-1-(1)~(14)号)
- (2)収支計画書 (様式第1-2号)
- (3)利用者名簿 (様式第1-3号)
- (4)重度・重複障がい者加算対象者名簿 (様式第1-4号)
- (5)誓約書1・2(様式第1-5・6号)
- (6) 年度各月利用者利用状況報告書(4月~1月)(別紙1)
- (7)大阪市地域活動支援センター利用予定表(様式第1号別紙2)
- (8)定款又は寄附行為
- (9)法人登記簿謄本(履歴事項全部証明)※写しの場合は原本証明が必要
- (10)役員名簿
- (11)賃貸借契約書の写し
- (12)施設長および常勤職員の履歴書
- (13)運営規程

(様式第1-1-(1)号)

## 事業計画書

※欄が不足する場合には、適宜各欄を広げるか複数ページにして作成すること。別紙添付も可。

|                                   |
|-----------------------------------|
| 1 基本方針について                        |
| (1)事業運営を行うにあたっての基本的な考え方           |
| (2)利用者に対するサービスの向上を図るための方策について     |
| (3) 年度の活動目標                       |
| (4)地域活動支援センター事業(活動支援A型)の受託を申請した理由 |

(様式第1-1-(2)号)

2 地域活動支援センター(活動支援A型)の運営について

(1)利用人員規模(予定)※ 名 (契約の基礎となる人数)

※別紙1中、「年度各月利用者利用状況報告書(4月～1月)」中、1日平均利用人員の計を記載してください(小数点第1位は繰り上げてください)。  
 ただし、様式第1号別紙2をあわせて提出する場合は、様式第1号別紙2の「契約の基礎となる人数」を記載してください。

|               |   |             |     |   |
|---------------|---|-------------|-----|---|
| (2)利用登録人員(予定) | 名 | 内<br>訳<br>※ | 身体  | 名 |
|               |   |             | 知的  | 名 |
|               |   |             | 精神  | 名 |
|               |   |             | 難病等 | 名 |

※内訳については、重複の場合は主な障がいによりカウントしてください。

(3)利用定員 名 (運営規定で定める人数)

(4)開所日数等

| 主な開所日<br>※○を記入    | 月    | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 休<br>業<br>日 | 年末年始(予定) | 月 日～ 月 日 |
|-------------------|------|---|---|---|---|---|---|-------------|----------|----------|
|                   |      |   |   |   |   |   |   |             | 夏季(予定)   | 月 日～ 月 日 |
|                   |      |   |   |   |   |   |   |             | そ の 他    |          |
| 開所時間<br>※利用者の利用時間 | 平 日  |   | 時 |   | 分 |   | ～ | 時           |          | 分        |
|                   | 土 曜  |   | 時 |   | 分 |   | ～ | 時           |          | 分        |
|                   | 日・祝日 |   | 時 |   | 分 |   | ～ | 時           |          | 分        |

(5)事業内容 ※実施する事業項目に○印を付けてください。

|                            | 項目                | 実施事業 |
|----------------------------|-------------------|------|
| 基<br>礎<br>事<br>業           | 創作的活動又は生産活動の機会の提供 | 必須   |
|                            | 社会との交流の促進         | 必須   |
| 支<br>援<br>強<br>化<br>事<br>業 | 就労支援事業            |      |
|                            | 授産機能(工賃増額)強化事業    |      |
|                            | 機能訓練支援事業          |      |
|                            | 生活介護事業            |      |
|                            | 送迎支援事業            |      |
| そ<br>の<br>他                | 社会適応訓練            |      |
|                            | 食事の提供             |      |

(様式第1-1-(3)号)

(6)事業実施場所

・所在地 大阪市 区

|                |                |                    |
|----------------|----------------|--------------------|
| 土地:            | m <sup>2</sup> | (所有者)              |
| 建物:            | 造              | (所有者)              |
| 延床面積           | m <sup>2</sup> |                    |
| 使用する部屋の場所・延床面積 | 階建の内           | 階部分 m <sup>2</sup> |
| 共用する施設・事業所名    |                |                    |

・平面図

(※多目的室、便所、洗面所、食堂、静養室を記入すること 別紙可)

※実施場所が分かれている場合はすべて記入すること

(様式第1-1-(4)号)

(7)案内図(パンフレット等があれば添付)

(様式第1-1-(5)号)

(8)職員配置計画について

| 職種     | 施設長 |    | 支援員 |    | 勤務時間 |
|--------|-----|----|-----|----|------|
|        | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務 |      |
| 常勤(人)  |     |    |     |    | ～    |
| 非常勤(人) |     |    |     |    | ～    |
| 計      |     |    |     |    |      |

(9)職員の研修計画について

3 施設における安全対策について

|                |  |
|----------------|--|
| 衛生管理           |  |
| 事故・疾病等         |  |
| 防犯・防災等<br>緊急対策 |  |

4 個人情報の保護について(適正な管理への取り組み・体制など)

5 利用者等からの苦情への対応について(取り組み・体制など)

(様式第1-1-(6)号)

6 その他

※ 施設独自の特徴・特色や障がい者福祉に対する熱意など、特にアピールしたいことがあれば記載してください。

(様式第1-1-(7)号)

◎活動内容(予定)

代表的な週間スケジュールを記載

| 曜日 | 時間 | 内容 |
|----|----|----|
| 月  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 火  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 水  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 木  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 金  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 土  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 日  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |

(様式第1-1-(8)号)

◎年間の行事予定

| 月別  | 内 容 |
|-----|-----|
| 4月  |     |
| 5月  |     |
| 6月  |     |
| 7月  |     |
| 8月  |     |
| 9月  |     |
| 10月 |     |
| 11月 |     |
| 12月 |     |
| 1月  |     |
| 2月  |     |
| 3月  |     |

(様式第1-1-(9)号)

◎職員の様況

|   |      |       |          |          |
|---|------|-------|----------|----------|
| 1 | 氏名   |       | 職種       | 施設長※     |
|   | 生年月日 | 年 月 日 | 採用年月日    | 年 月 日    |
|   | 年齢   | 歳     | 常勤・非常勤の別 | 常勤 ・ 非常勤 |
|   | 住所   |       |          |          |
| 2 | 氏名   |       | 職種       |          |
|   | 生年月日 | 年 月 日 | 採用年月日    | 年 月 日    |
|   | 年齢   | 歳     | 常勤・非常勤の別 | 常勤 ・ 非常勤 |
|   | 住所   |       |          |          |
| 3 | 氏名   |       | 職種       |          |
|   | 生年月日 | 年 月 日 | 採用年月日    | 年 月 日    |
|   | 年齢   | 歳     | 常勤・非常勤の別 | 常勤 ・ 非常勤 |
|   | 住所   |       |          |          |
| 4 | 氏名   |       | 職種       |          |
|   | 生年月日 | 年 月 日 | 採用年月日    | 年 月 日    |
|   | 年齢   | 歳     | 常勤・非常勤の別 | 常勤 ・ 非常勤 |
|   | 住所   |       |          |          |
| 5 | 氏名   |       | 職種       |          |
|   | 生年月日 | 年 月 日 | 採用年月日    | 年 月 日    |
|   | 年齢   | 歳     | 常勤・非常勤の別 | 常勤 ・ 非常勤 |
|   | 住所   |       |          |          |
| 6 | 氏名   |       | 職種       |          |
|   | 生年月日 | 年 月 日 | 採用年月日    | 年 月 日    |
|   | 年齢   | 歳     | 常勤・非常勤の別 | 常勤 ・ 非常勤 |
|   | 住所   |       |          |          |
| 7 | 氏名   |       | 職種       |          |
|   | 生年月日 | 年 月 日 | 採用年月日    | 年 月 日    |
|   | 年齢   | 歳     | 常勤・非常勤の別 | 常勤 ・ 非常勤 |
|   | 住所   |       |          |          |

※施設長が当該地域活動支援センターの支援員を兼務する場合は、その旨を記載すること。

欄が不足する場合は別紙に記載

(様式第1-1-(10)号)

就労支援体制について

※自由記載

一般的な相談に加えて特に就労支援体制を整えているか。

年 月～ 年 月までに就労等に結びついた実績

名

※当事業を実施する場合のみ記載すること

(様式第1-1-(11)号)

## 授産機能強化(工賃増額)事業実施計画

※当事業を実施する場合のみ記載すること

### 1 工賃実績・目標等

| 年 度             | 年度実績 | 年度実績(見込) | 年度目標 |
|-----------------|------|----------|------|
| 授産事業工賃総支給額 A    | 円    | ※① 円     | 円    |
| 平均利用人数 B        | 人    | ※ 人      | 人    |
| 平均工賃 C=(A÷B÷12) | 円    | 円        | 円    |

平均利用人数は小数点第2位以下を切り捨てた値で記載すること

※① 年度実績(見込)は原則として( 年4月～12月)÷9月×12月で求められる値で記載すること

※② 年度実績(見込)は原則として( 年4月～12月)÷9月で求められる値で記載すること

### 2 現在の作業内容

#### ① 下請け、内職等

| 作業内容 | 従事者数 | 発注者 |
|------|------|-----|
|      |      |     |
|      |      |     |
|      |      |     |

#### ② 自主製品(パン、クッキー、農産物、さをり、名刺等)

| 製造品名 | 従事者数 | 販売方法 |
|------|------|------|
|      |      |      |
|      |      |      |
|      |      |      |

#### ③ 労務提供(清掃、除草、農作業受託等)

| 作業内容 | 従事者数 | 発注者 |
|------|------|-----|
|      |      |     |
|      |      |     |
|      |      |     |

#### ④ その他(具体的に記入)

| 作業内容 | 従事者数 | 発注者 |
|------|------|-----|
|      |      |     |
|      |      |     |
|      |      |     |

### 3 工賃増額の計画

(例)作業内容を変更する、新規作業獲得のため営業活動をする、自主製品の製造コストを下げる、自主製品の売り上げを伸ばすため販路拡大をする等を具体的に記載

※欄が不足する場合には、適宜各欄を広げるか複数ページにして作成すること。別紙添付も可。

(様式第1-1-(12)号)

機能訓練支援事業について

※支援を受ける予定の利用者氏名、支援内容・支援頻度等を記入すること。

※当事業を実施する場合のみ記載すること

(様式第1-1-(13)号)

生活介護支援事業について

※支援を受ける予定の利用者氏名、支援内容・支援頻度等を記入すること。

※当事業を実施する場合のみ記載すること

# 年度送迎支援利用計画書

(施設定員 人)

| 氏名 |  | 送迎方法        | 送迎利用頻度               |
|----|--|-------------|----------------------|
| 1  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 2  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 3  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 4  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 5  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 6  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 7  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 8  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 9  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 10 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 11 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 12 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 13 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 14 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 15 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 16 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 17 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 18 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 19 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |
| 20 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) |

(様式第1-2号)

収支計画書( 年度)

◎地域活動支援センター運営経費収支

| 科 目 |              | 金 額        | 備 考 |  |
|-----|--------------|------------|-----|--|
| 収 入 | 大阪市委託料(基礎部分) |            |     |  |
|     | 大阪市委託料(上記以外) |            |     |  |
|     | 収入合計(A)      |            |     |  |
| 支 出 | 人 件 費        | 給料         |     |  |
|     |              | 手当         |     |  |
|     |              | 法定福利費      |     |  |
|     |              | 非常勤等賃金     |     |  |
|     |              | 退職共済掛金     |     |  |
|     |              | 計          |     |  |
|     | 物 件 費        | 報酬費        |     |  |
|     |              | 旅費交通費      |     |  |
|     |              | 消耗品費       |     |  |
|     |              | 燃料費        |     |  |
|     |              | 印刷製本費      |     |  |
|     |              | 光熱水費       |     |  |
|     |              | 修繕費        |     |  |
|     |              | 通信運搬費、手数料等 |     |  |
|     |              | 教養娯楽費      |     |  |
|     |              | 医薬材料費      |     |  |
|     |              | 健康管理費等経費   |     |  |
|     |              | 負担金等       |     |  |
|     |              | 保守管理経費     |     |  |
|     |              | 備品購入費      |     |  |
|     |              | 建物等賃借料     |     |  |
|     |              | その他の経費     |     |  |
|     |              |            |     |  |
|     |              |            |     |  |
|     |              | 計          |     |  |
|     | 支出合計(B)      |            |     |  |
|     | 収支差額(A)-(B)  |            |     |  |

◎授産事業会計収支

| 科 目         |         | 金 額 | 備 考 |
|-------------|---------|-----|-----|
| 収 入         | 作業収入    |     |     |
|             |         |     |     |
|             |         |     |     |
|             | 収入合計(C) |     |     |
| 支 出         | 必要経費    |     |     |
|             | 作業収入還元金 |     |     |
|             |         |     |     |
|             | 支出合計(D) |     |     |
| 収支差額(C)-(D) |         |     |     |

(様式第1-3号)

地域活動支援センター(活動支援A型)利用予定者名簿

年4月

|     |  |
|-----|--|
| 施設名 |  |
|-----|--|

|    | 利用者氏名 | 住所    |    |      | 障がいの種別(○を記入)   | 通所開始日 | 通所に際し利用する<br>交通機関及び通所方法等 | 障がい福祉サービス受給者証番号 | 他の日中活動系<br>サービスの利用状況 |
|----|-------|-------|----|------|----------------|-------|--------------------------|-----------------|----------------------|
|    |       | 生年月日  | 年齢 | 電話番号 | 障がいの程度(手帳の級など) |       |                          | 障がい支援区分         |                      |
| 1  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 2  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 3  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 4  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 5  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 6  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 7  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 8  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 9  |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |
| 10 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |                          |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |                          |                 |                      |

|    | 利用者氏名 | 住所    |    |      | 障がいの種別(○を記入)   | 通所開始月 | 通所に際し利用する   | 障がい福祉サービス受給者証番号 | 他の日中活動系<br>サービスの利用状況 |
|----|-------|-------|----|------|----------------|-------|-------------|-----------------|----------------------|
|    |       | 生年月日  | 年齢 | 電話番号 | 障がいの程度(手帳の級など) |       | 交通機関及び通所方法等 | 障がい支援区分         |                      |
| 11 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 12 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 13 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 14 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 15 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 16 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 17 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 18 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 19 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |
| 20 |       |       |    |      | 肢視聴言内知精難       | 年 月 日 |             |                 |                      |
|    |       | 年 月 日 |    |      |                |       |             |                 |                      |

(様式第1-4号)

### 重度・重複障がい者加算対象者名簿

| 氏名 | 身体障がいの状況①   |    | 知的障がいの状況② |        | 精神障がいの状況③       |    | 特別障がい者手当④ |      |
|----|-------------|----|-----------|--------|-----------------|----|-----------|------|
|    | 身体障がい者手帳の番号 | 等級 | 療育手帳の番号   | 障がいの程度 | 精神障がい者保健福祉手帳の番号 | 等級 | 区名        | 認定番号 |
| 1  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 2  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 3  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 4  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 5  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 6  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 7  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 8  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 9  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 10 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 11 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 12 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 13 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 14 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 15 |             |    |           |        |                 |    |           |      |

※重度・重複障がい者加算対象となる者(次のいずれかに該当)

- ・身体障がいの程度が1級または2級に該当する者、知的障がいの程度が重度の者、精神障がい者のうち、2以上の障がい重複する者。(①、②及び③欄に記入)
- ・精神障がい者保健福祉手帳を所持していない者については、自立支援医療受給者証(精神通院医療)の番号を記入すること。受給者証を所持していない場合は、医師の診断書の写しを添付すること。
- ・特別障がい者手当受給者及び、支給停止者。(④欄に記入)
- ・療育手帳の判定がAの者のうち、最重度であると判定された者。(判定Aの者で重度・最重度が不明な場合は、本市で調査するため、氏名及び療育手帳の番号を必ず記載すること。)(②欄に記入)

(様式第1-5号)

年 月 日

福 祉 局 長

申請者

法 人 所 在 地

法 人 名 称

代表者役職氏名

地域活動支援センター事業(活動支援A型)受託申請に係る誓約書 1

地域活動支援センター事業(活動支援A型)受託申請を行うにあたり、委託に係る法人募集要項に定める申請資格をすべて満たしており、申請書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

申請施設

|       |  |
|-------|--|
| 施 設 名 |  |
| 住 所   |  |

(様式第1-6号)

年 月 日

福祉局長

申請者

法人所在地

法人名称

代表者役職氏名

地域活動支援センター事業(活動支援A型)受託申請に係る誓約書 2

地域活動支援センター事業(活動支援A型)受託申請を行うにあたり、使用する施設の内容が消防法その他関係法規の規準を遵守している、もしくは早急に対応することを誓約します。

申請施設

|     |  |
|-----|--|
| 施設名 |  |
| 住所  |  |

消防法に適合することが証明されている書類(消防署受付済みの防火対象物使用開始届など)があれば、写しを添付すること。

早急に対応する場合

|        |       |
|--------|-------|
| 対応予定時期 | 年 月 頃 |
|--------|-------|





(様式第1号別紙2)

年度大阪市地域活動支援センター利用予定表

(施設名: )

|                 |  |
|-----------------|--|
| 利用登録人員(予定)      |  |
| 実利用人員(予定)       |  |
| 年間延利用人員(予定)(a') |  |
| 年間延開所日数(予定)(b') |  |
| 1日平均利用人員(a'/b') |  |



○契約の基礎になる人数(1日平均利用人員)

・1日平均利用人員(a'/b')は、少数点第2位以下を切り捨ててください。

・別紙1「年度各月利用者利用状況報告書(4月~1月)」中、「1日平均利用人員の計」が9.1人を下回る場合のみ、本書類を提出してください。

(様式第2号)

年 月 日

福 祉 局 長

所在地

法人名称

(施設名 )

代表者職氏名

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)上半期利用実績報告書

大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)実施要綱第17条に基づき、上半期の利用状況について、関係書類を添えて別紙のとおり報告します。

[ 添付書類 ]

- (1)大阪市地域活動支援センター(活動支援A型)利用者名簿(異動届)(様式第2-1号)
- (2)上半期利用状況報告書(様式第2-2号)

(様式第2-1号)

# 大阪市地域活動支援センター(活動支援A型)利用者名簿(異動届)

|     |  |
|-----|--|
| 施設名 |  |
|-----|--|

年4月1日～9月30日までに異動のあった者をすべて記入すること(すでに届出済の者も含む)

| ① | 利用者氏名 |       | 住所   |                      | 生年月日  | 年齢    | 電話番号   | 障がい福祉サービス受給者証番号 |
|---|-------|-------|------|----------------------|-------|-------|--------|-----------------|
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 通所期間 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |                 |
|   |       |       |      |                      | 入・退   |       |        |                 |
| ② | 利用者氏名 |       | 住所   |                      | 生年月日  | 年齢    | 電話番号   | 障がい福祉サービス受給者証番号 |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 通所期間 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |                 |
|   |       |       |      |                      | 入・退   |       |        |                 |
| ③ | 利用者氏名 |       | 住所   |                      | 生年月日  | 年齢    | 電話番号   | 障がい福祉サービス受給者証番号 |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 通所期間 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |                 |
|   |       |       |      |                      | 入・退   |       |        |                 |
| ④ | 利用者氏名 |       | 住所   |                      | 生年月日  | 年齢    | 電話番号   | 障がい福祉サービス受給者証番号 |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 通所期間 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |                 |
|   |       |       |      |                      | 入・退   |       |        |                 |
| ⑤ | 利用者氏名 |       | 住所   |                      | 生年月日  | 年齢    | 電話番号   | 障がい福祉サービス受給者証番号 |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 通所期間 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |                 |
|   |       |       |      |                      | 入・退   |       |        |                 |
| ⑥ | 利用者氏名 |       | 住所   |                      | 生年月日  | 年齢    | 電話番号   | 障がい福祉サービス受給者証番号 |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 通所期間 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |                 |
|   |       |       |      |                      | 入・退   |       |        |                 |





地域活動支援センター(活動支援A型)利用確認書  
※個別確認の場合

福祉局長あて

|             |  |
|-------------|--|
| 地域活動支援センター名 |  |
|-------------|--|

| 年度上半期各月出席日数 |    |    |    |    |    |   |
|-------------|----|----|----|----|----|---|
| 4月          | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 計 |
|             |    |    |    |    |    |   |

上のおりの出席状況であったことを認めます。

年 月 日

氏名

---



【提出書類一覧表】

※書類の確認欄には、提出書類に○印を付けてください。

| 項目                                     | 提出の有無 |
|--|-------|
| (1)大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)実績報告書(様式第3号) |       |
| (2)事業内容報告書(様式第3-1-(1)~(7)号)            |       |
| (3)収支報告書(様式第3-2-(1)~(6)号)              |       |
| (4)授産会計積立金チェックシート(別紙) ※収支差額生じていなければ不要  |       |
| (5)就労支援事業実績報告(様式第3-3号)                 |       |
| (6)授産機能強化(工賃増額)事業実績報告(様式第3-4号)         |       |
| (7)機能訓練支援事業実績報告(様式第3-5号)               |       |
| (8)生活介護支援事業実績報告(様式第3-6号)               |       |
| (9)送迎支援利用状況報告書(様式第3-7号)                |       |
| (10)利用者名簿(様式第3-8号)                     |       |
| (11)利用者名簿(異動届)(様式第3-9号)                |       |
| (12)重度・重複障がい者加算対象者名簿(様式第3-10号)         |       |
| (13)各月利用者利用状況報告書(様式第3-11号)             |       |
| (14)定款又は寄附行為                           |       |
| (15)役員名簿                               |       |
| (16)預金通帳の写し                            |       |
| (17)その他( )                             |       |
| (18)地域活動支援センター事業(活動支援A型)委託料 精算書(様式第5号) |       |

|      |         |        |       |  |
|------|---------|--------|-------|--|
| 運営法人 | 名称      |        |       |  |
|      | 所在地     | (〒 - ) |       |  |
|      | 代表者※    |        |       |  |
|      | 電話      |        | ファックス |  |
|      | メールアドレス |        |       |  |
| 施設   | 名称      |        |       |  |
|      | 所在地     | (〒 - ) |       |  |
|      | 担当者氏名   |        |       |  |
|      | 電話      |        | ファックス |  |
|      | メールアドレス |        |       |  |

※役職名も必ず記載してください。

(様式第3号)

年 月 日

福祉局長

所在地

法人名称

代表者氏名

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)実績報告書

年 月 日付け福祉契第 号にて受託した地域活動支援センター事業(活動支援A型)について、関係書類を添えて次のとおりその実績を報告します

記

1 名称

2 事業実施期間

年 月 日～ 年 月 日

3 添付書類

- (1)事業内容報告書 (様式第3-1-(1)~(7)号)
- (2)収支報告書 (様式第3-2-(1)~(6)号)
- (3)就労支援事業実績報告 (様式第3-3号)
- (4)授産機能強化(工賃増額)事業実績報告 (様式第3-4号)
- (5)機能訓練支援事業実績報告 (様式第3-5号)
- (6)生活介護支援事業実績報告 (様式第3-6号)
- (7)送迎支援利用状況報告書 (様式第3-7号)
- (8)利用者名簿 (様式第3-8号)
- (9)利用者名簿(異動届) (様式第3-9号)
- (10)重度・重複障がい者加算対象者名簿(様式第3-10号)
- (11)各月利用者利用状況報告書 (様式第3-11号)
- (12)定款又は寄附行為
- (13)役員名簿
- (14)預金通帳の写し
- (15)その他

(様式第3-1-(1)号)

## 事業内容報告書

|  |                   |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
|--|-------------------|---|-------|------------------|-----|---|-------------|-------------|----------|-----------|--|
| 1 地域活動支援センターの運営について                    |                   |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
| (1)利用人員規模                              |                   |   |       | 名 (契約の基礎となる人数)   |     |   |             |             |          |           |  |
| (2)利用登録人員                              |                   |   |       | 名                |     |   | 内<br>訳<br>※ | 身体          | 名        |           |  |
|  |                   |   |       |                  |     |   |             | 知的          | 名        |           |  |
| ※月の実績に基づき記載し、重複の場合は主な障がいによりカウントしてください。 |                   |   |       |                  |     |   |             | 精神          | 名        |           |  |
|  |                   |   |       |                  |     |   |             | 難病等         | 名        |           |  |
| (3)利用定員                                |                   |   |       | 名 (運営規程で定めている人数) |     |   |             |             |          |           |  |
| (4)開所日数等                               |                   |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
| 主な開所日<br>※○を記入                         | 月                 | 火 | 水     | 木                | 金   | 土 | 日           | 休<br>業<br>日 | 年末年始(予定) | 月 日 ~ 月 日 |  |
|  |                   |   |       |                  |     |   |             |             | 夏季(予定)   | 月 日 ~ 月 日 |  |
|  |                   |   |       |                  |     |   |             |             | その他      |           |  |
| 開所時間<br>※利用者の利用時間                      | 平 日               |   | 時 分 ~ |                  | 時 分 |   |             |             |          |           |  |
|  | 土 曜               |   | 時 分 ~ |                  | 時 分 |   |             |             |          |           |  |
|  | 日・祝日              |   | 時 分 ~ |                  | 時 分 |   |             |             |          |           |  |
| (5)事業内容                                |                   |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
| ※委託を受けた事業項目に○印を付けてください。                |                   |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
|  | 項目                |   |       |                  |     |   |             |             | 実施事業     |           |  |
| 基<br>礎<br>事<br>業                       | 創作的活動又は生産活動の機会の提供 |   |       |                  |     |   |             |             | 必須       |           |  |
|  | 社会との交流の促進         |   |       |                  |     |   |             |             | 必須       |           |  |
| 支<br>援<br>強<br>化<br>事<br>業             | 就労支援事業            |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
|  | 授産機能(工賃増額)強化事業    |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
|  | 機能訓練支援事業          |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
|  | 生活介護事業            |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
|  | 送迎支援事業            |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
| そ<br>の<br>他                            | 社会適応訓練            |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |
|  | 食事の提供             |   |       |                  |     |   |             |             |          |           |  |

(様式第3-1-(2)号)

(6)実施状況

| 曜日 | 時間 | 内容 |
|----|----|----|
| 月  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 火  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 水  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 木  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 金  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 土  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |
| 日  | 午前 |    |
|    | 午後 |    |

(様式第3-1-(3)号)

(7)事業実施場所

・所在地 大阪市 区

|                |                |                    |
|----------------|----------------|--------------------|
| 土地:            | m <sup>2</sup> | (所有者)              |
| 建物:            | 造              | (所有者)              |
| 延床面積           | m <sup>2</sup> |                    |
| 使用する部屋の場所・延床面積 | 階建の内           | 階部分 m <sup>2</sup> |
| 共用する施設・事業所名    |                |                    |

・平面図

(※多目的室、便所、洗面所、食堂、静養室を記入すること 別紙可)

※実施場所が分かれている場合はすべて記入すること

(様式第3-1-(4)号)

(8)案内図(パンフレット等があれば添付)

(様式第3-1-(5)号)

(9) 年度のまとめ

|  |
|--|
|  |
|--|

(10) 年度に実施した行事等の状況

| 月別  | 内容    |
|-----|-------|
| 4月  | ..... |
| 5月  | ..... |
| 6月  | ..... |
| 7月  | ..... |
| 8月  | ..... |
| 9月  | ..... |
| 10月 | ..... |
| 11月 | ..... |
| 12月 | ..... |
| 1月  | ..... |
| 2月  | ..... |
| 3月  | ..... |

(様式第3-1-(6)号)

(11)職員の配置

| 職種     | 施設長 |    | 支援員 |    | 勤務時間 |
|--------|-----|----|-----|----|------|
|        | 専従  | 兼務 | 専従  | 兼務 |      |
| 常勤(人)  |     |    |     |    | ～    |
| 非常勤(人) |     |    |     |    | ～    |
| 計      |     |    |     |    |      |

(12)職員の状況

|   |      |          |       |      |
|---|------|----------|-------|------|
| 1 | 氏名   |          | 職種    | 施設長※ |
|   | 生年月日 |          | 採用年月日 |      |
|   | 年齢   | 歳        | 退職年月日 |      |
|   | 住所   |          |       |      |
| 2 | 氏名   |          | 職種    |      |
|   | 生年月日 |          | 採用年月日 |      |
|   | 年齢   | 歳        | 退職年月日 |      |
|   | 住所   | 常勤・非常勤の別 | 常・非   |      |
| 3 | 氏名   |          | 職種    |      |
|   | 生年月日 |          | 採用年月日 |      |
|   | 年齢   | 歳        | 退職年月日 |      |
|   | 住所   | 常勤・非常勤の別 | 常・非   |      |
| 4 | 氏名   |          | 職種    |      |
|   | 生年月日 |          | 採用年月日 |      |
|   | 年齢   | 歳        | 退職年月日 |      |
|   | 住所   | 常勤・非常勤の別 | 常・非   |      |
| 5 | 氏名   |          | 職種    |      |
|   | 生年月日 |          | 採用年月日 |      |
|   | 年齢   | 歳        | 退職年月日 |      |
|   | 住所   | 常勤・非常勤の別 | 常・非   |      |

※施設長が当該地域活動支援センターの支援員を兼務する場合は、その旨を記載すること。

注) 年度中に在職したすべての職員について記入のこと。

欄が不足する場合は別紙に記載

(様式第3-1-(7)号)

(13)職員研修の実施状況

※ 年度中に実施した研修(外部研修への参加を含む)の内容(研修名・研修内容・参加人数等)を記載すること。

2 施設における安全対策について

|  |                |  |
|--|----------------|--|
|  | 衛生管理           |  |
|  | 事故・疾病等         |  |
|  | 防犯・防災等<br>緊急対策 |  |

3 個人情報の保護について

※問題点がなかったか記載すること。

4 利用者等からの苦情への対応について

※苦情があった場合の処理状況を記載すること。

5 その他

※特記事項があればこの欄に記載してください。

(様式第3-2-(1)号)

収支報告書(

年度)

◎地域活動支援センター運営経費収支

| 科 目 |              | 金 額        | 備 考 |
|-----|--------------|------------|-----|
| 収入  | 大阪市委託料(基礎部分) |            |     |
|     | 大阪市委託料(上記以外) |            |     |
|     | 収入合計(A)      |            |     |
| 支出  | 人件費          | 給料         |     |
|     |              | 手当         |     |
|     |              | 法定福利費      |     |
|     |              | 非常勤等賃金     |     |
|     |              | 退職共済掛金     |     |
|     |              | 計          |     |
|     | 物件費          | 報酬費        |     |
|     |              | 旅費交通費      |     |
|     |              | 消耗品費       |     |
|     |              | 燃料費        |     |
|     |              | 印刷製本費      |     |
|     |              | 光熱水費       |     |
|     |              | 修繕費        |     |
|     |              | 通信運搬費、手数料等 |     |
|     |              | 教養娯楽費      |     |
|     |              | 医薬材料費      |     |
|     |              | 健康管理費等経費   |     |
|     |              | 負担金等       |     |
|     |              | 保守管理経費     |     |
|     |              | 備品購入費      |     |
|     |              | 建物等賃借料     |     |
|     |              | その他の経費     |     |
|     |              |            |     |
|     |              |            |     |
|     |              | 計          |     |
|     | 支出合計(B)      |            |     |
|     | 収支差額(A)-(B)  |            |     |

◎授産事業会計収支

| 科 目         |         | 金 額 | 備 考 |
|-------------|---------|-----|-----|
| 収 入         | 作業収入    |     |     |
|             |         |     |     |
|             |         |     |     |
|             | 収入合計(C) |     |     |
| 支 出         | 必要経費    |     |     |
|             | 作業収入還元金 |     |     |
|             |         |     |     |
|             | 支出合計(D) |     |     |
| 収支差額(C)－(D) |         |     |     |

※収支差額(C)－(D)が生じている場合は、別紙「授産会計積立金チェックシート」を添付すること。

# 授産会計 積立金チェックシート

( 年度)

積立金が上限額を超えないかチェックしてください。

## ○ 年度の積立上限額

①工賃変動積立金(年間工賃総額の過去3年間の平均工賃の10%以内とする)

|     |     |     |    |    |    |    |
|-----|-----|-----|----|----|----|----|
| 月   | 4月  | 5月  | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 積立金 |     |     |    |    |    |    |
| 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
|     |     |     |    |    |    |    |

※毎月の積立金を書き込んでください。

年度工賃総額

年度工賃総額

年度工賃総額

過去3年間平均工賃の10%

≧

年度の工賃積立金合計

 (a)

※「過去3年間平均工賃の10%」を超えていないか確認してください。

年度の積立金合計

②設備等整備積立金( 年度の作業収入の10%以内とする)

|      |     |     |    |    |    |    |
|------|-----|-----|----|----|----|----|
| 月    | 4月  | 5月  | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 |
| 作業収入 |     |     |    |    |    |    |
| 10月  | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 合計 |
|      |     |     |    |    |    |    |

※工賃変動積立金と設備等整備積立金の両方で積立する場合はそれぞれの名目の積立金で計算してください。

(例)  
積立金総額 18,000円  
工賃変動積立金 10,000円  
設備等整備積立金 8,000円

1/10

年度作業収入の10%

≧

年度の設備積立金合計

 (b)

※ 年度の作業収入の10%を超えていないか確認してください。

## ○工賃変動積立金・設備等整備積立金それぞれの積立上限額(累積額)

①工賃変動積立金(年間工賃総額の過去3年間の平均工賃の50%以内とする)

年度の工賃積立金合計  
(a)

+

年度までの工賃積立金合計

≧

過去3年間平均工賃の50%

※「過去3年間平均工賃の50%」を超えていないか確認してください。

②設備等整備積立金(設備等の取得予定価格の75%以内とする)

年度の設備積立金合計  
(b)

+

年度までの設備積立金合計

≧

購入予定設備金額の75%

※「購入予定設備金額の75%」を超えていないか確認してください。

※購入予定設備について記入してください。

|      |     |      |     |
|------|-----|------|-----|
| 品名①  |     | 品名②  |     |
| 個数   |     | 個数   |     |
| 見積額  | 円   | 見積額  | 円   |
| 購入時期 | 年 月 | 購入時期 | 年 月 |
| 品名③  |     | 品名④  |     |
| 個数   |     | 個数   |     |
| 見積額  | 円   | 見積額  | 円   |
| 購入時期 | 年 月 | 購入時期 | 年 月 |

## 支払状況明細書

支援員等人件費(支援員として雇用する常勤職員の給与・手当・その他にかかる経費)

| 氏名     | 年間所要額 | 内 訳                     |    |    |   |
|--------|-------|-------------------------|----|----|---|
|        | 円     | 給与                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 扶養                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 通勤・住居                   | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 社会保険料<br>事業主負担          | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 時間外                     | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 賞与                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | その他<br>( )              |    |    | 円 |
|        | 円     | 給与                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 扶養                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 通勤・住居                   | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 社会保険料<br>事業主負担          | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 時間外                     | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 賞与                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | その他<br>( )              |    |    | 円 |
|        | 円     | 給与                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 扶養                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 通勤・住居                   | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 社会保険料<br>事業主負担          | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 時間外                     | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | 賞与                      | 円× | 月＝ | 円 |
|        |       | その他<br>( )              |    |    | 円 |
| 合計(小計) | 円     | (欄が足りない場合は同形式で作成し別紙に記入) |    |    |   |



(様式第3-2-(3)号)

非常勤職員等人件費

| 氏名 | 職種 | 単価 | 所要日数 | 年間所要額 |
|----|----|----|------|-------|
|    |    |    |      | 円     |
|    |    |    |      |       |
|    |    |    |      |       |
|    |    |    |      |       |
|    |    |    |      |       |
|    |    |    |      |       |
| 計  |    |    |      | 円     |

非常勤職員等法定福利費

|     |       |  |  |   |
|-----|-------|--|--|---|
|     | 法定福利費 |  |  |   |
|     | 法定福利費 |  |  |   |
|     | 法定福利費 |  |  |   |
|     | 法定福利費 |  |  |   |
|     |       |  |  |   |
| 計   |       |  |  | 円 |
| 合 計 |       |  |  | 円 |

(様式第3-2-(4)号)

## 生産活動に係る収支

◎作業収入

| 内 容 | 平均単価 | 金 額 | 備考 |
|-----|------|-----|----|
|     |      | 円   |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
| 合 計 |      |     |    |

◎必要経費(材料費、光熱水費等)

| 内 容 | 平均単価 | 金 額 | 備考 |
|-----|------|-----|----|
|     |      | 円   |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
|     |      |     |    |
| 合 計 |      |     |    |

◎工賃の還元(利用者に現金で還元する額)

| 内 容 | 平均単価 | 人数 | 月 | 金 額 |
|-----|------|----|---|-----|
|     |      |    |   | 円   |
|     |      |    |   |     |
|     |      |    |   |     |
|     |      |    |   |     |
|     |      |    |   |     |
| 合 計 |      |    |   |     |

(備考:現金による還元方法以外の還元がある場合)

|  |
|--|
|  |
|--|

(様式第3-2-(5)号)

## 保険加入状況

### ●職員社会保険関係

|      |                       |        |   |
|------|-----------------------|--------|---|
| 加入人数 | 人                     | 事業主負担額 | 円 |
| 加入保険 | 健康保険・厚生年金保険・雇用保険・労災保険 |        |   |

### ●事業所が加入している保険内容

|                               |                               |   |       |
|-------------------------------|-------------------------------|---|-------|
| 保険名称                          |                               |   |       |
| 保険種別                          | 火災保険・地震保険・施設賠償保険・自動車保険・その他( ) |   |       |
| 保険会社名称                        |                               |   |       |
| 契約期間                          | 年 月 日                         | ～ | 年 月 日 |
| 保険料                           | 円 (内 年度支出分                    |   | 円)    |
| 自動車保険の場合保険対象の自動車登録番号標または車両番号標 |                               |   |       |
| 保険名称                          |                               |   |       |
| 保険種別                          | 火災保険・地震保険・施設賠償保険・自動車保険・その他( ) |   |       |
| 保険会社名称                        |                               |   |       |
| 契約期間                          | 年 月 日                         | ～ | 年 月 日 |
| 保険料                           | 円 (内 年度支出分                    |   | 円)    |
| 自動車保険の場合保険対象の自動車登録番号標または車両番号標 |                               |   |       |
| 保険名称                          |                               |   |       |
| 保険種別                          | 火災保険・地震保険・施設賠償保険・自動車保険・その他( ) |   |       |
| 保険会社名称                        |                               |   |       |
| 契約期間                          | 年 月 日                         | ～ | 年 月 日 |
| 保険料                           | 円 (内 年度支出分                    |   | 円)    |
| 自動車保険の場合保険対象の自動車登録番号標または車両番号標 |                               |   |       |
| 保険名称                          |                               |   |       |
| 保険種別                          | 火災保険・地震保険・施設賠償保険・自動車保険・その他( ) |   |       |
| 保険会社名称                        |                               |   |       |
| 契約期間                          | 年 月 日                         | ～ | 年 月 日 |
| 保険料                           | 円 (内 年度支出分                    |   | 円)    |
| 自動車保険の場合保険対象の自動車登録番号標または車両番号標 |                               |   |       |

(様式第3-2-(6)号)

## 理由書

年 月 日現在

|                 |   |
|-----------------|---|
| 収支差額(①+②+③+④+⑤) | 円 |
|-----------------|---|

|         |   |
|---------|---|
| 通 帳 ①   | 円 |
| 現 金 ②   | 円 |
| 未 収 金 ③ | 円 |
| 未 払 金 ④ | 円 |
| そ の 他 ⑤ | 円 |

(「未収金」、「未払金」、「その他」の説明)

※事業実績報告書の記載事項の金額等を証する書類として、年 月 日～年 月 日までの預金通帳等の写し(全頁)を添付すること。

(様式第3-3号)

就労支援事業について

※具体的に就労支援体制等

年4月～ 年3月までに就労等に結びついた実績

名

就労先名称

※当事業を受託した場合のみ記載すること

(様式第3-4号)

## 授産機能強化(工賃増額)事業実績

※当事業を受託した場合のみ記載すること

### 1 工賃実績等

| 年 度                       | 年度実績 | 年度目標 | 年度目標 |
|---------------------------|------|------|------|
| 授産事業工賃総支給額 A              | 円    | 円    | 円    |
| 平均利用人数 B                  | 人    | 人    | 人    |
| 平均工賃 $C=(A\div B\div 12)$ | 円    | 円    | 円    |

※「年度実績」及び「年度目標」については、受託申請時のものを記載。

※「平均利用人数」は小数点第2位以下を切り捨てた値で記載すること。

### 2 作業内容

#### ① 下請け、内職等

| 作業内容 | 従事者数 | 発注者 |
|------|------|-----|
|      |      |     |
|      |      |     |
|      |      |     |

#### ② 自主製品(パン、クッキー、農産物、さをり、名刺等)

| 製造品名 | 従事者数 | 販売方法 |
|------|------|------|
|      |      |      |
|      |      |      |
|      |      |      |

#### ③ 労務提供(清掃、除草、農作業受託等)

| 作業内容 | 従事者数 | 発注者 |
|------|------|-----|
|      |      |     |
|      |      |     |
|      |      |     |

#### ④ その他(具体的に記入)

| 作業内容 | 従事者数 | 発注者 |
|------|------|-----|
|      |      |     |
|      |      |     |
|      |      |     |

(様式第3-5号)

機能訓練支援事業について

※支援を担当した支援員や講師、理学療法士、作業療法士等の氏名を記入すること。

※支援を受けた利用者氏名と利用者毎の支援内容、支援頻度等を具体的に記入すること。

年4月1日～ 年3月31日までに機能訓練支援した実利用者数

名

※当事業を受託した場合のみ記載すること

(様式第3-6号)

生活介護支援事業について

※支援を担当した支援員や講師等の氏名を記入すること。

※支援を受けた利用者氏名と利用者毎の支援内容、支援頻度等を具体的に記入すること。

年 月 日～ 年 月 日までに生活介護支援した実利用者数

名

※当事業を受託した場合のみ記載すること

## 年度送迎支援利用状況報告書

(契約の基礎となる人数 人)

| 氏名 |  | 送迎方法        | 送迎利用頻度               | 本人確認欄                 |
|----|--|-------------|----------------------|-----------------------|
| 1  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 2  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 3  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 4  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 5  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 6  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 7  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 8  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 9  |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 10 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 11 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 12 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 13 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 14 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 15 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 16 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 17 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 18 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 19 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |
| 20 |  | 車・徒歩・その他( ) | 毎日・週 回・月 回<br>その他( ) | 左のとおり送迎支援を受けたことを認めます。 |

※当事業を受託した場合のみ記載すること



(様式第3-9号)

## 大阪市地域活動支援センター(活動支援A型)利用者名簿(異動届)

|     |  |
|-----|--|
| 施設名 |  |
|-----|--|

年 月 日～ 年 月 日までに異動のあった者  
をすべて記入すること  
(すでに届出済の者も含む)

| ① | 利用者氏名 |       | 住所              |         | 生年月日                 | 年齢    | 電話番号  | 通所期間   |
|---|-------|-------|-----------------|---------|----------------------|-------|-------|--------|
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 障がい福祉サービス受給者証番号 | 障がい支援区分 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |
|   |       |       |                 |         |                      | 入・退   |       |        |
| ② | 利用者氏名 |       | 住所              |         | 生年月日                 | 年齢    | 電話番号  | 通所期間   |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 障がい福祉サービス受給者証番号 | 障がい支援区分 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |
|   |       |       |                 |         |                      | 入・退   |       |        |
| ③ | 利用者氏名 |       | 住所              |         | 生年月日                 | 年齢    | 電話番号  | 通所期間   |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 障がい福祉サービス受給者証番号 | 障がい支援区分 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |
|   |       |       |                 |         |                      | 入・退   |       |        |
| ④ | 利用者氏名 |       | 住所              |         | 生年月日                 | 年齢    | 電話番号  | 通所期間   |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 障がい福祉サービス受給者証番号 | 障がい支援区分 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |
|   |       |       |                 |         |                      | 入・退   |       |        |
| ⑤ | 利用者氏名 |       | 住所              |         | 生年月日                 | 年齢    | 電話番号  | 通所期間   |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 障がい福祉サービス受給者証番号 | 障がい支援区分 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |
|   |       |       |                 |         |                      | 入・退   |       |        |
| ⑥ | 利用者氏名 |       | 住所              |         | 生年月日                 | 年齢    | 電話番号  | 通所期間   |
|   | 障がい種別 | 障がい程度 | 障がい福祉サービス受給者証番号 | 障がい支援区分 | 通所に際し利用する交通機関及び通所方法等 | 入退所の別 | 異動年月日 | 入退所の理由 |
|   |       |       |                 |         |                      | 入・退   |       |        |

(様式第3-10号)

### 重度・重複障がい者加算対象者名簿

| 氏名 | 身体障がいの状況①   |    | 知的障がいの状況② |        | 精神障がいの状況③       |    | 特別障がい者手当④ |      |
|----|-------------|----|-----------|--------|-----------------|----|-----------|------|
|    | 身体障がい者手帳の番号 | 等級 | 療育手帳の番号   | 障がいの程度 | 精神障がい者保健福祉手帳の番号 | 等級 | 区名        | 認定番号 |
| 1  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 2  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 3  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 4  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 5  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 6  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 7  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 8  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 9  |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 10 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 11 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 12 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 13 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 14 |             |    |           |        |                 |    |           |      |
| 15 |             |    |           |        |                 |    |           |      |

※重度・重複障がい者加算対象となる者(次のいずれかに該当)

- ・身体障がいの程度が1級または2級に該当する者、知的障がいの程度が重度の者、精神障がい者のうち、2以上の障がい重複する者。(①、②及び③欄に記入)
- ・精神障がい者保健福祉手帳を所持していない者については、自立支援医療受給者証(精神通院医療)の番号を記入すること。受給者証を所持していない場合は、医師の診断書の写しを添付すること。
- ・特別障がい者手当受給者及び、支給停止者。(④欄に記入)
- ・療育手帳の判定がAの者のうち、最重度であると判定された者。(判定Aの者で重度・最重度が不明な場合は、本市で調査するため、氏名及び療育手帳の番号を必ず記載すること。)(②欄に記入)



年度各月利用者利用状況報告書

| 利用者氏名              | 出席日数 |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 本人確認欄                 |
|--------------------|------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|---|-----------------------|
|                    | 4月   | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 計 |                       |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
|                    |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   | 左のとおり出席状況であったことを認めます。 |
| 小計(b)              |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   |                       |
| 合計(c)(a+b)         |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   |                       |
| 開所日数(d)            |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   |                       |
| 1日平均利用人員(c/d)<br>※ |      |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   |                       |

※ 1日平均利用人員は小数点第2位以下を切り捨てて小数点第1位は四捨五入しないこと。

注1 押印の有無にかかわらず、年度内に利用した利用者を全て記載すること。

注2 事情により当用紙に利用者の押印を受けられない場合は、別紙1(個別押印の場合)及び別紙2(押印不能の場合)を提出すること。

地域活動支援センター(活動支援A型)利用確認書  
※個別確認の場合

福祉局長あて

|             |  |
|-------------|--|
| 地域活動支援センター名 |  |
|-------------|--|

| 年度各月出席日数 |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   |
|----------|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|----|----|----|---|
| 4月       | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 計 |
|          |    |    |    |    |    |     |     |     |    |    |    |   |

上のおりの出席状況であったことを認めます。

年 月 日

氏名

---



(様式第4号)

大福祉第 号  
年 月 日

様

福祉局長

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)委託金額確定通知書

年 月 日付け 第 号にて締結しました 年度大阪市地域活動支援センター(活動支援A型)事業委託契約については、次のとおり委託金額を確定しましたので通知します。

記

|      |               |   |       |   |
|------|---------------|---|-------|---|
|      | 確定金額          | 金 | _____ | 円 |
| (内訳) | 基本委託料         | 金 | _____ | 円 |
|      | 建物賃貸借料        | 金 | _____ | 円 |
|      | 重度・重複障がい者支援事業 | 金 | _____ | 円 |
|      | 就労支援事業        | 金 | _____ | 円 |
|      | 授産機能強化事業      | 金 | _____ | 円 |
|      | 機能訓練支援事業      | 金 | _____ | 円 |
|      | 生活介護支援事業      | 金 | _____ | 円 |
|      | 送迎支援事業        | 金 | _____ | 円 |

(様式第5号)

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援 A 型)精算書

1、概算受領金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2、確定委託金額 金 \_\_\_\_\_ 円

(内訳)

|                 | 概算受領金額 | 確定委託金額 | 差引(追給・戻入)金額 |
|-----------------|--------|--------|-------------|
| 委託料(基礎部分)       |        |        |             |
| 建物賃貸借料          |        |        |             |
| 重度・重複障がい者支援事業費  |        |        |             |
| 就労支援事業費         |        |        |             |
| 授産機能強化(工賃増額)事業費 |        |        |             |
| 機能訓練支援事業費       |        |        |             |
| 生活介護支援事業費       |        |        |             |
| 送迎支援事業費         |        |        |             |
| 合計              |        |        |             |

3、差引(追給・戻入)金額 金 \_\_\_\_\_ 円

4、過不足の理由

福祉局長 様

本精算書は、決算内容と相違ないことを証明します。

年 月 日

法人所在地  
法人名称  
事業所名称  
代表者職氏名

(様式第6号)

年 月 日

福祉局長 様

法人所在地

法人名称

代表者名

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)解約承認申請書

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)について、年 月 日付で委託契約の解約を希望しますので、解約承認申請書を提出します。

記

|   | 項目        |                               |
|---|-----------|-------------------------------|
| 1 | 契約名称      | 大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)業務委託契約 |
| 2 | 契約番号      |                               |
| 3 | 当初契約額     | 金 円                           |
| 4 | 当初契約期間    | 年 月 日 ~ 年 月 日                 |
| 5 | 履行場所      |                               |
| 6 | 解約を希望する理由 |                               |

(様式第7号)

大福祉第 号  
年 月 日

(法人名)  
(代表者名) 様

大 阪 市 契 約 担 当 者  
福 祉 局 長

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)解約承認通知書

貴法人より、 年 月 日提出されました下記業務委託契約の解約承認申請書を承諾することとします。

記

|   | 項 目           |                               |
|---|---------------|-------------------------------|
| 1 | 契 約 名 称       | 大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)業務委託契約 |
| 2 | 契 約 番 号       |                               |
| 3 | 当 初 契 約 期 間   | 年 月 日～ 年 月 日                  |
| 4 | 変 更 後 契 約 期 間 | 年 月 日～ 年 月 日                  |
| 5 | 履 行 場 所       |                               |

(様式第8号)

年度大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)変更届

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
|------|--|

|       | 変更前                                       | 変更後 |  |
|-------|---|-----|--|
| 変更事項  | <input type="checkbox"/> 名称(法人・事業所)       |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 所在地(法人・事業所)      |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 連絡先(法人・事業所)      |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 実施場所<br>※ 平面図を添付 |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 利用定員             |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 開所曜日             |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 開所時間             |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 法人代表者名           |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 職員氏名(施設長)        |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 職員氏名(支援員)        |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> 職員氏名(その他)        |     |  |
|       | <input type="checkbox"/> その他( )           |     |  |
| 変更年月日 | 年 月 日                                     |     |  |

上記のとおり大阪市地域活動支援センター事業(活動支援A型)を変更しますので届出ます。

福祉局長様

年 月 日

法人所在地

法人名称

代表者氏名

※法人の名称等の変更の際は定款の写しを添付してください。

※常勤職員の変更については、履歴書の添付が必要です。