

障害福祉サービスに係る周知事項(支給決定関係) R3 集団指導資料

① 就労継続支援 B 型の対象者について

【就労継続支援 B 型 対象者】

就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者

(具体例)

- 1 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者
- 2 50 歳に達している者又は障害基礎年金1級受給者
- 3 1及び2のいずれにも該当しない者であって、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている本事業の利用希望者
- 4 障害者支援施設に入所する者については、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続きを経た上で、市町村により利用の組合せの必要性が認められた者

(注) 特別支援学校の生徒等、1及び2に該当しない場合は、就労移行支援事業者等によるアセスメントが必要です。

② 就労系サービスの在宅支援について

令和 3 年度報酬改定(R3.4.1～)から在宅でのサービス利用の対象者要件は以下のとおりとなっています。

【在宅支援 対象者】

在宅でのサービス利用を希望する者であって、在宅でのサービス利用による支援効果が認められると市町村が判断した利用者

在宅利用の**支援効果**については、

- ・**就労移行支援**においては一般就労への移行に向けて、就労に必要な知識や能力の向上につながる在宅での訓練メニューがあること
- ・**就労継続支援**においては就労の機会、生産活動その他の活動の機会の提供が行われており、在宅での訓練メニューがあること

を前提とし、個別支援計画のモニタリングの機会等で実施効果を定期的に評価し、見直されるかにより評価する。

(令和3年度障害福祉サービス等報酬改定等に関する Q & A Vol.2(R3.4.8)抜粋)

以上を踏まえ、静岡市の運用を、別紙(静岡市における「在宅支援」支給手続き方法等)にまとめましたので、ご確認ください。

注意事項

前ページの在宅支援は、以下の新型コロナウイルス感染症に係る特例としての在宅支援とは異なりますので、ご注意ください。

サービス事業所の設置地域で感染が確認されており、職員や利用者に感染するおそれがある場合等、サービス事業所での支援を避けることがやむを得ないと市町村が判断する場合に利用者の居宅等において健康管理や相談支援等のできる限りの支援の提供を行ったと市町村が認める場合には、通常提供しているサービスと同等のサービス提供しているものとして、報酬の対象とすることが可能です。

(新型コロナウイルス感染症に係る障害福祉サービス等事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて 第2報(R2.2.20)抜粋)

まとめ

- ・新型コロナウイルス感染症に係る特例としての在宅支援
→ 就労系サービスの在宅支援の支給決定 不要
- ・新型コロナウイルス感染症とは関係ない理由による在宅支援
→ 就労系サービスの在宅支援の支給決定 **<必要>**

静岡市における「在宅支援」支給手続き方法 等

就労移行支援・就労継続支援(A型・B型)

1 要件

～「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」

令和3年3月30日 障障発 0330 第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知～

対象者	在宅でのサービス利用を希望する者であって、在宅でのサービス利用による支援効果が認められると市町村が判断した利用者
事業所	<p>次のアからキまで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。</p> <p>ア 通常の事業所に雇用されることが困難な障害者につき、就労の機会を提供するとともに生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援が行われるとともに、常に在宅利用者が行う作業活動、訓練等のメニューが確保されていること。</p> <p>イ 在宅利用者の支援に当たり、1日2回は連絡、助言又は進捗状況の確認等のその他の支援が行われ、日報が作成されていること。また、作業活動、訓練等の内容又は在宅利用者の希望等に応じ、1日2回を超えた対応も行うこと。</p> <p>ウ 緊急時の対応ができること。</p> <p>エ 在宅利用者が作業活動、訓練等を行う上で疑義が生じた際の照会等に対し、随時、訪問や連絡による必要な支援が提供できる体制を確保すること。</p> <p>オ 事業所職員による訪問、在宅利用者による通所又は電話・パソコン等のICT機器の活用により、評価等を1週間に付き1回は行うこと。</p> <p>カ 在宅利用者については、原則として月の利用日数のうち1日は事業所職員による訪問又は在宅利用者による通所により、在宅利用者の居宅又は事業所内において訓練目標に対する達成度の評価等を行うこと。</p> <p>キ オが通所により行われ、あわせてカの評価等も行われた場合、カによる通所に置き換えて差し支えない。</p> <p>※ 運営規程において、在宅で実施する訓練内容及び支援内容を明記しておくとともに、在宅で実施した訓練内容及び支援内容並びに訓練状況及び支援状況を指定権者から求められた場合には提出できるようにしておくこと。</p>
備考	<p>ア 在宅と通所による支援を組み合わせることも可能</p> <p>イ 利用者が希望する場合には、サテライトオフィスでのサービス利用等在宅でのサービス利用と類似する形態による支援を行うことも可能だが、その際にも上記のアからキまでの要件をすべて満たす必要がある。</p>

2 手続き

支給決定にあたり、「在宅でのサービス利用を希望」しており、「在宅でのサービス利用による支援効果が認められる」ことが求められるため、次の手続きにより適否を判断する。

必要書類	1 申請書(支給決定期間内の途中から利用する場合は「変更申請書」) 2 サービス等利用計画(案) 3 個別支援計画
確認事項	1 申請書 「申請に係る具体的内容」欄に「在宅支援利用希望」と記載させる。 2 サービス等利用計画(案) 在宅支援によるサービス利用であることの記載がある。 ※ 在宅支援により期待される効果(目標)が記載されていることが望ましい。 3 個別支援計画 「在宅でのサービス利用による支援目標、支援内容」が明記されている。 ※ 支援内容の確認にあたっては、必要に応じ、写真の提供などを事業所に求める。
決定事務	在宅支援が適当と判断された場合は、備考欄に特記事項として「(サービス名) (在宅支援)」と記載(印字)した受給者証を交付する。
備考	在宅利用への変更について「サービス等利用計画」を作成した場合、「サービス利用支援費」の報酬を算定できる。

根拠規定(出典)

1 「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」

令和3年3月30日 障障発 0330 第2号 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知

2 令和3年度障害福祉サービス等報酬改定等に関する Q&A Vol.2(令和3年4月8日)

(1) 就労系サービスにおける共通事項

(在宅でのサービス利用の要件の見直し)

問4 在宅でのサービス利用の対象者について、身体障害等により公共交通機関の利用が困難である者以外でも、障害を問わずに希望する者であって、支援効果が認められると市町村が判断した場合については対象とすることが可能ということか。また支援効果はどのように評価するのか。

(答)

対象者については貴見のとおり。在宅利用の支援効果については、就労移行支援においては、一般就労への移行に向けて、就労に必要な知識や能力の向上につながる在宅での訓練メニューがあること、就労継続支援においては就労の機会、生産活動その他の活動の機会の提供が行われており、在宅での訓練メニューがあることを前提とし、個別支援計画に在宅でのサービス利用による支援目標、支援内容が明記され、個別支援計画のモニタリングの機会等で実施効果を定期的に評価し、見直しがなされるかにより評価する。なお、在宅でのサービス利用の留意事項については「就労移行支援・A・Bの留意事項通知」を参照されたい。

移動支援・日中一時支援 事業所一覧の市HP掲載について

移動支援・日中一時支援のサービス提供事業所について、令和4年度からホームページに事業所一覧の掲載を予定しています。

現在静岡市で把握している事業所の情報を令和4年4月1日に掲載を予定していますので、各事業所で掲載内容を確認していただき、現状と異なる点があれば、至急変更届の提出をお願いします。

掲載を予定している内容は下記のとおりです。

<掲載内容>

- ・事業所名
- ・住所
- ・電話番号
- ・FAX番号
- ・サービス提供対象とする障害者等の種別

<掲載場所>

静岡市トップ > くらし > 福祉・介護 > 障がい者福祉 >

各種サービス・利用申請 > 地域生活支援事業(移動支援・日中一時支援)

今後、上記掲載内容だけでなく、人員等事業所において変更があれば、変更届の提出を忘れずをお願いします。

【その他】

現在、要綱で請求の期限を提供月の翌月 10 日までとしていますが、郵送で請求書を送付していただく場合に 10 日を過ぎての到着となる場合が散見されます。

2021 年 10 月から郵便物の一部における土日配達の休止やお届け日数の繰り下げ、2022 年1月 21 日以降についても一部の郵便物の到着が遅くなることが郵便局から発表されています。

請求書は毎月10日必着となりますので、郵送での提出の場合はご注意ください。(10 日が土日となる場合は前倒しとなります。)

やむを得ず提出が遅延する場合は、障害者支援推進課の担当者までご連絡ください。

押印の廃止について(移動支援・日中一時支援)

令和2年7月7日付け総務省自治行政局長通知「地方公共団体における書面規制、押印、対面規制の見直しについて」に基づき、本市では、市民、事業者その他の者から提出される書類への押印について順次見直しを行っています。

この度、国の通知(技術的助言)を踏まえ、令和4年度(R4.4.1)から以下の様式の押印を廃止する予定のためご承知おきください。

新しい様式は令和4年4月1日から静岡市ホームページに掲載予定です。

【押印廃止に伴い事業所に関する様式】

- ・様式第1号(第4条関係)サービス提供事業者登録(内容変更)申請書
- ・様式第3号(第4条関係)サービス提供事業者事業廃止・休止・再開届出書
- ・様式第4号の2(第7条・第8条関係)日中一時支援利用費助成決定通知書
(別紙 日中一時支援事業者実績記入欄)
- ・様式第10号(第11条関係)地域生活支援事業(移動支援・日中一時支援)利用費等請求書
- ・様式第12号(第11条関係)移動支援サービス提供実績記録票
- ・様式第13号(第11条関係)日中一時支援サービス提供実績記録票
- ・様式第14号(第12条関係)移動支援・日中一時支援利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

※ 様式の切り替えに伴い、押印欄がある旧様式を用いた場合、押印の有無にかかわらず当該様式を有効なものとして扱います。

様式第 1 号（第 4 条関係）

サービス提供事業者登録（内容変更）申請書

年 月 日

（宛先） 静岡市長

所 在 地

届出者 名 称

（設置者） 代表者氏名



次のとおり（内容変更）申請します。

提供サービスの種別（該当に○を付けてください。）	移動支援 ・ 日中一時支援	
事業所の名称		
事業所の所在地		
事業所の管理者氏名		
事業所の連絡先		
事業の開始の予定年月日		
都道府県の指定障害福祉サービスの種類		
都道府県の指定事業所番号		
営業日（営業時間）	()	
通常の事業の実施地域		
提供対象とする障害者等の種別 （該当する□にレ点を付けてください。）	移動支援サービス提供事業者の場合	<input type="checkbox"/> 身体障害者（全身性） <input type="checkbox"/> 身体障害児（全身性） <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害児
	日中一時支援サービス提供事業者の場合	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害児 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害児 <input type="checkbox"/> 療養介護対象者 <input type="checkbox"/> 重症心身障害児 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害者 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害児
加算に係る対象施設の種別 該当する□にレ点を付けてください。）	日中一時支援サービス提供事業者	<input type="checkbox"/> 食事提供体制加算対象施設 <input type="checkbox"/> 入浴加算対象施設 <input type="checkbox"/> 送迎加算対象施設
サービス提供責任者の氏名		
サービス提供責任者の資格	介護福祉士・ヘルパー（ 級）・（ ）	
サービス提供従業者数	人	
利用料とその他の費用		

（注）

- 1 加算対象に該当する施設は、入浴加算対象施設の場合は平面図・写真、送迎加算対象施設の場合は自動車検査証の写しを添付してください。
- 2 移動支援事業を提供する事業者については、サービス提供責任者及び従業者の資格を証明する書面を添付してください。
- 3 日中一時支援事業を提供する事業者については、管理者及び従業者の資格を証明する書面及び法人の定款の写しを添付してください。

様式第3号（第4条関係）

サービス提供事業者事業廃止・休止・再開届出書

年 月 日

（宛先）静岡市長

所 在 地

届出者 名 称

（設置者）

代表者氏名



次のとおり届け出ます。

登録提供サービスの種別	移動支援 ・ 日中一時支援
届出内容（該当に○を付けてください。）	廃止 ・ 休止 ・ 再開
登録事業所番号	
登録事業所の名称	
登録事業所の所在地	
廃止・休止・再開年月日	年 月 日
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
廃止・休止の理由	
現に事業を利用している者 に対する措置（廃止又は休 止をした場合のみ記入して ください。）	

様式第4号の2（第7条・第8条関係）

日中一時支援利用費助成決定通知書

第 号

年 月 日

様

静岡市長 氏 名 印

次のとおり決定したので通知します。

受給者番号		利用障害者（児）氏名 （生年月日）	
助成決定日		（児童の場合）保護者氏名	
助成決定内容	日／月	医療機関の利用	
利用者負担上限月額		食事提供加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
決定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
利用者負担上限 額管理事業所名	(年 月 日届出)		
	(年 月 日変更)		
	(年 月 日変更)		
備 考			

(注)

- 1 助成の決定を受けた方は、この通知書を日中一時支援サービス提供事業所に提示し、利用してください。
- 2 日中一時支援サービス提供事業所は、この通知書の提示を受けたときは、別紙日中一時支援事業者実績記入欄に利用実績を記載してください。

別紙

日中一時支援事業者実績記入欄

番号	事業者及びその 事業所の名称	実施日	日数	月累計	備考	事業者 確認印
1		年 月 日	／ 4	日		
2		年 月 日	／ 4	日		
3		年 月 日	／ 4	日		
4		年 月 日	／ 4	日		
5		年 月 日	／ 4	日		
6		年 月 日	／ 4	日		
7		年 月 日	／ 4	日		
8		年 月 日	／ 4	日		
9		年 月 日	／ 4	日		
10		年 月 日	／ 4	日		
11		年 月 日	／ 4	日		
12		年 月 日	／ 4	日		
13		年 月 日	／ 4	日		
14		年 月 日	／ 4	日		
15		年 月 日	／ 4	日		
16		年 月 日	／ 4	日		
17		年 月 日	／ 4	日		
18		年 月 日	／ 4	日		
19		年 月 日	／ 4	日		
20		年 月 日	／ 4	日		
21		年 月 日	／ 4	日		
22		年 月 日	／ 4	日		
23		年 月 日	／ 4	日		
24		年 月 日	／ 4	日		
25		年 月 日	／ 4	日		
26		年 月 日	／ 4	日		
27		年 月 日	／ 4	日		
28		年 月 日	／ 4	日		
29		年 月 日	／ 4	日		
30		年 月 日	／ 4	日		
31		年 月 日	／ 4	日		
32		年 月 日	／ 4	日		
33		年 月 日	／ 4	日		
34		年 月 日	／ 4	日		
35		年 月 日	／ 4	日		

様式第 10 号（第 11 条関係）

地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等請求書

（宛先）静岡市長

請求金額		百万			千			円
------	--	----	--	--	---	--	--	---

内 訳	年	月分						
	請求内容		明細書件数		金 額			
			件		円			

上記のとおり請求します。

年 月 日

事業所番号		
請求事業者	住 所 (所在地)	
	電話番号	
	名 称	
	職・氏名	
振込指定 口座情報	金融機関名	
	支店名	
	口座種別	
	口座番号	
	口座名義	

様式第 12 号（第 11 条関係）

移動支援サービス提供実績記録票（ 年 月分）

受給者番号		事業所番号	
利用障害者（児） 氏名	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし	事業所の名称	
契約支給量	時間／月	利用者負担上限月額	円

日	曜日	介護計画			サービス提供時間		算定時間数				派遣 人数	サービス提供者		利用者 確認印欄
		開始 時間	終了 時間	計画 時間数	開始 時間	終了 時間	日中	夜間 早朝	深夜	合計		印	備考	
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
		:	:		:	:								
合 計				計画 時間数	内訳（適用単価別）			算定時間数計						
					100%	90%	70%							
		身体介護を伴う												
		身体介護を伴わない												

（注）1 減算対象のサービス提供実績については、サービス提供者の備考欄に「3 級」「視ガ」「全ガ」「知ガ」「重訪」のいずれかを記入してください。

2 2 人派遣を行った場合は、いずれか一方のサービス提供者の備考欄に「2 人目」と記入してください。

3 グループ支援を行った場合は、サービス提供者の備考欄に「グループ」と記入してください。

枚中	枚目
----	----

様式第 13 号（第 11 条関係）

日中一時支援サービス提供実績記録票（ 年 月分）

受給者番号		事業所番号	
利用障害者（児） 氏名		事業所の名称	
助成決定日数	日／月	利用者負担上限月額	円

実施日		提供時間		算定日数	食事 提供 体制 加算	入浴 加算	送迎 加算	サービス提供者 又は事業所 確認印	利用者 確認印欄
日	曜日	開始時間	終了時間						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
		：	：						
合 計								一括確認印	一括確認印欄

（注）

- 1 日中一時支援の算定日数には、4 時間以下の場合は「0.25」、4 時間を超え 8 時間以下の場合は「0.5」、8 時間を超える場合は「0.75」と記入してください。
- 2 日中一時支援の食事提供体制加算欄には、食事を提供した場合は「1」、入浴加算欄には 1 回の利用で入浴サービスを行った場合は「1」、送迎加算欄には片道の場合は「1」、往復の場合は「2」と記入してください。

様式第 14 号（第 12 条関係）

移動支援・日中一時支援利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

助成決定障害者等氏名		受給者番号	
フリガナ		移動支援	
		日中一時支援	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業者			
<p>上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担上限額管理の事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業者 事業所番号</p> <p>所在地及び連絡先</p> <p>事業者及び その事業所の名称</p>			
事業者を変更する場合の事由等		※事業者を変更する場合は必ず記入してください。	
変更年月日	年 月 日	変更前の事業者への連絡（ <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済 ）	
<p>（宛先）静岡市長</p> <p>上記の登録事業者に移動支援・日中一時支援に係る利用者負担上限額管理を依頼することを届け出ます。</p> <p>また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業者が上記届出事業者にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>助成決定障害者等 住所 電話 （ ）</p> <p>氏名</p>			
市確認欄			

（注）

- 1 この届出書は、移動支援及び日中一時支援事業利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、助成決定通知書を添えて提出してください。
- 2 移動支援及び日中一時支援の利用者負担の上限額管理を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、提出してください。
- 3 この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。

介護職員初任者研修等受講就労助成金について

静岡市では、質の高い介護人材の確保と介護施設等への定着促進を図るため、厚生労働省認定の公的資格である「介護職員初任者研修」等を修了し、3か月以上、市内の介護施設や対象障害福祉サービス事業所で就労すること等を条件に、研修受講費用の一部を助成しています。

【制度概要】

1 助成対象者

次の(1)～(3)のいずれにも該当する方

(1)市税に滞納がない方

(2)「助成金申込書」提出時点で「介護職員初任者研修」等の受講申込みを完了しており、かつ同研修受講申込み後3か月を経過していない方

(3)「介護職員初任者研修」の受講に係る経費について、他の制度による助成を受けていない方

2 助成要件

(1)助成金申込受理通知日以降、市内の介護施設、対象の障害者施設(居宅介護、重度訪問介護、同行援護及び行動援護を行う事業所)で福祉サービス従事者として、継続して3か月以上就労していること

(2)「助成金交付申請書」提出時に研修受講料及び教材費の支払いを終えており、かつ「介護職員初任者研修」等を修了していること

3 助成額

「介護職員初任者研修」の受講料及び教材費の2分の1
(上限5万円・10円未満の端数切捨て)

4 助成人数

14 人 (先着順)

令和4年度の受付は令和4年4月1日～令和4年12月9日までの予定です。
詳細は新年度に改めてご案内いたします。

【参考添付】令和3年度介護職員初任者研修等受講就労助成金チラシ

静岡市重症心身障がい児（者）ライフサポート事業

1 事業目的

在宅で生活する重症心身障がい児（者）の地域生活を支え、介護する家族等の介護負担の軽減及び家族の介護力の回復を図るため、障害者総合支援法に基づく短期入所サービスを補完するサービスとして、通所施設でショートステイサービスを提供します。

市は、重症心身障がい児（者）ライフサポート事業を実施する団体に対し、予算の範囲内で重症心身障害児（者）ライフサポート事業補助金を交付しています。

通所施設を有効活用し、
宿泊機能・日帰り預かり機能を確保する



短期入所機能の分散化



法定短期入所のスムーズな利用

2 事業内容

(1) 事業主体

ア 障害者総合支援法に基づく指定生活介護事業者及び指定自立訓練事業者

イ 児童福祉法に基づく指定児童発達支援事業者又は指定放課後等デイサービス事業者

(2) 費用負担

静岡市 2 / 3 利用者 1 / 3

（生活保護・市民税非課税世帯の場合は、静岡市 9 / 10、利用者 1 / 10）

(3) 利用対象者

市内に住所を有し、肢体不自由1級又は2級の身体障害者手帳に加え、A判定の療育手帳の交付を受けている方（施設に入所するものを除く。）

(4) サービス内容

ア 宿泊型ショートステイ

通所施設で、午後5時から翌朝午前9時まで（生活介護、自立訓練、児童発達支援及び放課後等デイサービスのサービス提供時間を除く。）の間、入浴、排せつ及び食事の介護その他必要な支援を行います。

イ 日帰りショートステイ

通所施設で、午後5時から午後12時まで（生活介護、自立訓練、児童発達支援及び放課後等デイサービスのサービス提供時間を除く。）の時間で、入浴、排せつ及び食事の介護その他必要な支援を行います。

3 事業単価と利用者負担額

(1) 事業単価

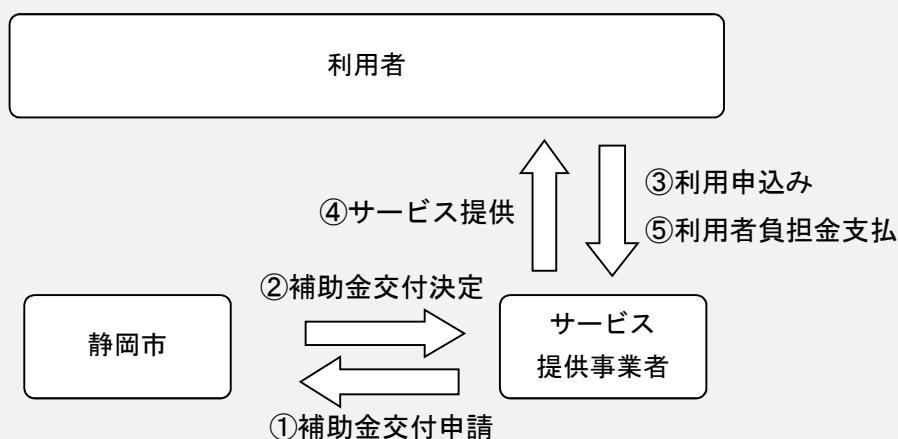
サービス区分	基準額	
宿泊型ショートステイ	20,600 円	
日帰りショートステイ	1 時間以内	以後 30 分毎加算単価
	2,200 円	1,100 円

(2) 利用者負担額

利用者負担額は、(1) の事業単価に以下の補助率を乗じて得た額となります。

所得区分	補助率
生活保護、非課税世帯	基準額の 1 / 10
課税世帯	基準額の 1 / 3

4 利用までのながれ



5 実施事業所

法人名称	連絡先	サービス提供事業所	
社会福祉法人 小羊学園	054-249-2830	わたぐも	葵区城北117
社会福祉法人 しみず社会福祉事業団	054-335-5053	静岡市清水なぎさホーム	清水区駒越西二丁目10-10
認定 NPO 法人 生き生きネットワーク	054-209-0700	にこにこ	葵区安東1丁目23-12
		るるるん	葵区安東1丁目26-12
株式会社 あおむし	054-207-8654	放課後等デイサービスそら まめ	静岡市駿河区大谷405

※上記事業所は令和3年3月現在の実施事業所データとなりますので、今後変更が生じる場合があります。

6 制度について

静岡市役所 保健福祉長寿局 健康福祉部 障害者支援推進課 自立支援係

電話番号 054-221-1098 / FAX 054-221-1108