

## 視覚障害者又は聴覚言語障害者の状況

当該施設・事業所の前年度の平均実利用者		人		
うち30%		人		
氏名	手帳の種類	手帳の等級	2以上の障害の有無	
1			有・無	
2			有・無	
3			有・無	
4			有・無	
5			有・無	
6			有・無	
7			有・無	
8			有・無	
9			有・無	
10			有・無	
11			有・無	
12			有・無	
13			有・無	
14			有・無	
15			有・無	

## 【記載要領】

本表は、次に該当する利用者を記載してください。

- ① 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)の第15条第4項の規定により交付を受けた身体障害者手帳の障害の程度が1級又は2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションや移動等に支障があると認められる視覚障害を有する者
- ② 身体障害者手帳の障害の程度が2級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障があると認められる聴覚障害を有する者
- ③ 身体障害者手帳の障害の程度が3級に該当し、日常生活におけるコミュニケーションに支障があると認められる言語機能障害を有する者

※「2以上の障害の有無」欄は、①～③の障害と知的障害のうち、2以上の障害を有する場合に「有」を選択する。

※旧法施設については、旧法施設支援報酬告示が適用されますので、平成17年度において国への協議を行い、承認された施設のみが算定可能です。