

重度訪問介護における同行支援の利用に関する届出書

年 月 日

1. 対象となる障害者

フリガナ		受給者証番号	
氏名		生年月日	
居住地			

2. 同行支援を要する従業者等（該当従業者の所属する事業所が記入すること。）

同行支援を要する従業者 ※□にチェックを入れてください ※他事業所分も含め、利用者1人につき、原則年間で3人までしか認められません	1	氏 名：() 採用日： 年 月 日 同行支援必要予定時間： 時間 分／月 <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から6か月以内 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援の対象となる支援の度合いにある者への支援に初めて従事する <input type="checkbox"/> 同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以内 <input type="checkbox"/> 当該利用者への支援は1年以上を見込んでいる		
	2	氏 名：() 採用日： 年 月 日 同行支援必要予定時間： 時間 分／月 <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から6か月以内 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援の対象となる支援の度合いにある者への支援に初めて従事する <input type="checkbox"/> 同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以内 <input type="checkbox"/> 当該利用者への支援は1年以上を見込んでいる		
	3	氏 名：() 採用日： 年 月 日 同行支援必要予定時間： 時間 分／月 <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から6か月以内 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援の対象となる支援の度合いにある者への支援に初めて従事する <input type="checkbox"/> 同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以内 <input type="checkbox"/> 当該利用者への支援は1年以上を見込んでいる		
同行支援必要時間	計 時間 分／月			
利用予定期間	年 月 日から 年 月 日まで			
同行する熟練従業者 ※記入欄不足の場合は、別紙（任意）に記載し添付	事業所名		氏名	
	事業所名		氏名	
	事業所名		氏名	
備考 ※同行支援必要時間が月ごとに異なる場合等				

上記、同行支援の内容は事実に相違ありません。

事業所名		事業所番号	
代表者名		連絡先	

標準利用期間設定サービスの支給期間更新についての事業者意見書

(宛先) 箕面市福祉事務所長

提出年月日 年 月 日

届出者 事業者所在地

事業者名

代表者名

下記のとおり、関係書類を添えて標準利用期間を超えるサービス利用についての意見を提出します。

支給決定障害者	氏名		受給者番号	
	住所			
	生年月日		年齢	
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助（地域移行支援型ホーム） <input type="checkbox"/> 共同生活援助（サテライト型住居利用）			
契約事業所 指定番号				
契約事業所名				
TEL				
サービス管理 責任者名				
作成担当者名				
添付書類	<input type="checkbox"/> 事業者意見書（審査会審議用） <input type="checkbox"/> 個別支援計画（利用当初作成分の写し） <input type="checkbox"/> 個別支援計画案（利用決定期間延長にかかるものの写し）			

※この意見書は、支給決定期間終了の 30 日前までに提出ください。

事業者意見書（審査会審議用）

※期間延長は、市町村審査会を経てその必要性を判断した上で適当と認められる場合に決定します。この意見書は、審査会資料としますので詳細に記入してください。

作成日 年 月 日

対象者氏名	
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助（地域移行支援型ホーム） <input type="checkbox"/> 共同生活援助（サテライト型住居利用）
現支給決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
延長を必要とする期間	年 月 日 ～ 年 月 日

1. 対象者のサービス利用状況（頻度・時間・内容）

--

2. 現在の本人の状況及びこれまでの経過

--

3. これまでの具体的な支援内容

--

4. 就職活動の状況（就労移行支援の場合のみ記入）

5. 延長する理由

6. 延長後の支援方針、具体的支援内容

暫定支給決定期間に係る訓練等給付事業評価結果報告書

提出年月日 年 月 日

(宛先) 箕面市福祉事務所長

届出者 所在地
事業者名
代表者名

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業にかかる評価結果を報告します。

受給者証番号													支給決定 障害者氏名	
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）													
暫定支給 決定期間	<div style="text-align: center;">年 月 日～ 年 月 日</div>													
契約事業所番号													契約事業所名	
評価実施者 <small>（職・氏名・連絡先）</small>	(Tel _____)													
評価結果	当該サービスの継続利用に係る適否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 <small>（理由）</small>													
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 アセスメント票（任意様式） <input type="checkbox"/> 2 個別支援計画（任意様式） <input type="checkbox"/> 3 個別支援計画に基づく支援実績及び評価結果（任意様式） <input type="checkbox"/> 4 利用実績（任意様式）													

注 この報告は暫定支給決定期間の終期2週間前までに提出すること。

在宅利用様式1

就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）における在宅利用に係る申請書

（宛先）箕面市長

申請年月日 年 月 日

申請者	住所 氏名 生年月日 年 月 日
(記載者) 届出者	住所 届出(記載)者氏名 本人との関係:() ※本人が届け出る場合は記入不要です。

就労移行支援※、就労継続支援（A型、B型）における在宅利用を希望するため、申請します。

利用を希望する事業所名	名称	
	所在地	
	サービス種別	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型

※就労移行支援（養成型）においては、在宅利用はできません。

在宅利用を希望する理由（在宅利用の必要性及び今後の見通しがわかるように記入してください。）

在宅利用を希望する頻度（利用日数のうち、在宅利用を希望する頻度を記入してください。）

在宅利用を希望する期間（次回サービス更新月までが最大期間です。）

※注意※ 事業所からの支援提供計画届出書の内容と合わせて、在宅利用の可否を判断します。
決定後にお手元に届く受給者証で在宅利用の可否をご確認ください。

就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）における
在宅利用に係る支援提供計画届出書

(宛先) 箕 面 市 長

年 月 日

在宅におけるサービス利用を希望する者に対し、下記の支援提供を行います。

事業所番号			
事業所名		担当者名	
所在地		連絡先	
サービス種別	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		

在宅利用を希望する利用者	利用者氏名	住所	受給者番号
在宅による支援を行う理由及びその内容			
在宅による支援期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
事業利用における長期目標			
在宅支援における訓練目標			

<申請にあたっての確認事項> ※ご確認いただき、事実に基づきチェックをしてください。

- ☐ 運営規程に在宅で実施する訓練及び支援内容について明記されている
- ☐ 在宅での支援内容や利用者負担等について利用者や家族に丁寧に説明を行い、同意を得ている
- ☐ 個別支援計画（案）に在宅での支援内容や訓練目標が盛り込まれている
- ☐ 裏面に記載の事業所要件に該当し、継続して遵守のうえ支援を実施する
- ☐ 支援提供計画届出書の提出にあたって、アセスメント（様式3）及び個別支援計画（案）を添付している
- ☐ 在宅利用の可否については、市から利用者への受給者証の発行をもって通知することを了承する

※在宅でのサービス利用者の要件※
箕面市が支給決定を行っている就労系障害福祉サービス（就労移行、就労継続支援A型・B型）の利用者で、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箕面市が判断した場合

具体的な支援内容

【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 障障発第0402001号

「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」（最終改正：令和6年3月29日）】

事業所要件	具体的支援内容
ア. 就労の機会を提供及び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、 <u>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。</u>	(在宅での作業内容、提供メニュー等)
イ. 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。	(連絡時間帯・連絡方法等)
ウ. 緊急時の対応ができること。	(緊急時対応可能な時間帯・対応方法等)
エ. 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。	(対応する職員体制等)
オ. 事業所職員による訪問、利用者の通所又は電話・パソコン等のICT機器の活用 <u>(電子メールは不可)</u> により、評価等を1週間に1回は行うこと。	(評価頻度・評価方法等)
カ. 月の利用日数のうち1日は事業所職員による訪問又は利用者の通所により、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。	(評価時期・評価方法等)
(その他) ・在宅と通所による支援の組み合わせ可	(頻度・通所時の具体的な支援内容等)

※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。

<その他留意事項>

※サービス提供月の翌月10日までに「支援提供実績報告書」の提出が必要です。

※上記「支援提供実績報告書」の市への提出をもって報酬請求が可能となります。

※記載例を参照し、各項目について不足のないように記載してください。追加の確認事項や不足している内容があれば、市から確認の連絡や再提出を依頼する場合がありますので、ご了承ください。

※書類がそろわなければ支給決定ができませんので、ご了承ください。

※利用者からの申請書と合わせて在宅利用の可否を判断します。届出書等の書類の提出をもって在宅利用を承認するものではありません。

在宅でのサービス利用におけるアセスメント

受給者番号:			利用者名:						
項目			結果					3～5の場合、 課題点の記載	在宅でのサービス利用時の 支援方法
Ⅰ 日常生活	1	起床	1	2	3	4	5		
	2	生活リズム	1	2	3	4	5		
	3	食事	1	2	3	4	5		
	4	服薬管理	1	2	3	4	5		
	5	外来通院	1	2	3	4	5		
	6	体調不良時の対処	1	2	3	4	5		
	7	身だしなみ	1	2	3	4	5		
	8	金銭管理	1	2	3	4	5		
	9	自分の障害や症状の理解	1	2	3	4	5		
	10	援助の要請	1	2	3	4	5		
	11	社会性	1	2	3	4	5		
Ⅱ 働く場での 対人関係	1	あいさつ	1	2	3	4	5		
	2	会話	1	2	3	4	5		
	3	言葉遣い	1	2	3	4	5		
	4	非言語的コミュニケーション	1	2	3	4	5		
	5	協調性	1	2	3	4	5		
	6	感情のコントロール	1	2	3	4	5		
	7	意思表示	1	2	3	4	5		
	8	共同作業	1	2	3	4	5		
Ⅲ 働く場での 行動・ 態度	1	一般就労への意欲	1	2	3	4	5		
	2	作業意欲	1	2	3	4	5		
	3	就労能力の自覚	1	2	3	4	5		
	4	働く場のルールの理解	1	2	3	4	5		
	5	仕事の報告	1	2	3	4	5		
	6	欠勤等の連絡	1	2	3	4	5		
	7	出勤状況	1	2	3	4	5		
	8	作業に取り組む態度	1	2	3	4	5		
	9	持続力	1	2	3	4	5		
	10	作業速度	1	2	3	4	5		
	11	作業効率の向上	1	2	3	4	5		
	12	指示内容の理解	1	2	3	4	5		
	13	作業の正確性	1	2	3	4	5		
	14	危険への対処	1	2	3	4	5		
	15	作業環境の変化への対応	1	2	3	4	5		
その他課題や解決すべき事項									

評価内容：1. できる 2. だいたいできる 3. あまりできない 4. ほとんどできない 5. できない

(勤務先記入書類)

年 月 日

(宛先) 箕面市福祉事務所長

休職中の就労移行支援サービスの利用について

標記のことについて、下記のとおり報告いたします。

記

1. 企業による復職支援（例：リワーク支援）の実施

（ 支援可 ・ 支援不可もしくは困難 ）

2. 休職中に就労移行支援サービスを利用することについて

（ 承認 ・ 不承認 ）

3. 対象者

氏 名

住 所

4. 休職期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

5. 報告責任者

勤務先名称

勤務先住所

勤務先電話番号

担当者名

※記載内容について、市から確認させていただくことがあります。

※休職期間ごとに提出が必要な書類です。期間が延長等となった場合は再度ご提出ください。

(主治医記入書類)

年 月 日

(宛先) 箕面市福祉事務所長

休職中の就労移行支援サービスの利用について

標記のことについて、下記のとおり意見を提出いたします。

記

1. 以下の対象者に対する主治医の属する医療機関における復職支援の実施

(支援可 ・ 支援不可もしくは困難)

2. 以下の対象者が、休職中に就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることで復職することについての判断

(適 ・ 不適)

3. 対象者

氏 名

住 所

4. 主治医

医療機関名称

医療機関住所

医療機関電話番号

主治医名

※記載内容について、市から確認させていただくことがあります。

(申請者本人記入)

休職中の就労移行支援サービスの利用に係る届出書兼同意書

年 月 日

(宛先) 箕面市福祉事務所長

申請者

(住所)

(氏名)

(電話番号)

私は、休職中に就労移行支援サービスの利用申請を行うにあたり、下記のとおり申告するとともに、その内容について市が勤務先や病院等の関係機関に確認を行うことについて同意します。

記

1. 障害者就業支援センターによる復職支援の利用

(利用可 ・ 利用不可もしくは困難)

※対象となるのは雇用保険適用事業所にお勤めの方です。国・地方公共団体・特定独立行政法人にお勤めの方は対象外となります。

2. 地域における医療機関による復職支援（例：リワーク支援）の実施

(実施可 ・ 実施不可もしくは困難)

休職期間

令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日

上記の内容について、確認事項が生じた場合、市が勤務先や主治医等を確認を行うことについて同意します。

署名(申請者)