重度訪問介護における同行支援の利用に関する届出書

（事業所記入書類）

　　　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  □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  □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  □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  □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  □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  □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  □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  □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  □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  □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  □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  □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 |  |