

在宅サービス利用に係る支援内容届出書

八王子福祉事務所長 殿

届出日 年 月 日

標記の件について、下記のとおり届出ます。

記

事業所名	
代表者名	
担当者名	
電話番号	
サービス種別	
提供開始日	年 月 日
サービス内容と 期待される支援効果	

受給対象者

	受給者証番号	氏 名	生 年 月 日
1			年 月 日
2			年 月 日
3			年 月 日
4			年 月 日
5			年 月 日
6			年 月 日
7			年 月 日
8			年 月 日
9			年 月 日
10			年 月 日
11			年 月 日
12			年 月 日
13			年 月 日
14			年 月 日
15			年 月 日

※次頁チェックシートも作成し提出してください

【チェックシート】

ア 利用者本人が在宅でのサービス利用を希望している。

イ 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。

ウ 1日2回の連絡、助言又は進捗状況の確認、日報作成を行うことができる。
(作業活動、訓練等の内容に応じ、1日2回以上の対応を行うことができる)

エ 緊急時の対応が可能である。

オ 疑義照会等に対し、随時、訪問や連絡等による必要な支援が提供
できる体制が確保できる。カ 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
機器の活用により、評価等を1週間につき1回以上実施可能である。キ 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
利用者による通所により、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が可能である。

----- 以下、市使用欄 -----

決 裁

課長	主査	主任	主事

このとおり、在宅支援を認めてよろしいか。