**就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における在宅支援に係る届出書**

明石市長　様

届出年月日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 連絡先 | (担当　　　　　) |

1. 在宅利用を実施する利用者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | フリガナ |  |
| 住所 |  | | |
| 受給者証番号 |  | | |
| サービス種別 | 就労継続支援A型　　　　就労継続支援B型　　　　　　就労移行支援 | | |

※新型コロナウイルス感染症を理由とする在宅支援を場合はこちらにチェックしてください→

２．在宅でのサービス提供を実施する場合の確認事項

下記（１）～（３）の要件に該当するかどうか確認のうえ、ご記入及びチェックしてください。

（１）利用者について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 在宅でのサービス利用を希望しており、同意を得ていること。 |
|  | 在宅でのサービス利用に係る支援効果が認められること。 |
| 在宅支援を行うことへの支援効果を下の項目に沿ってご記入ください。  ※ご利用者様の心身の状況等を踏まえて、具体的にお書きください。 | |
| 通所ができない理由又は  在宅支援が適している理由 |  |
| 在宅支援を行うことで期待できる効果 |  |

（２）事業運営について

|  |  |
| --- | --- |
|  | 運営規程において、在宅で実施する訓練及び支援内容を明記すること。 |
|  | 本市から求められた場合に提出できるよう訓練・支援状況の書類を整備すること。 |

（３）支援内容について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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。 | | | |
| 作業日における作業活動、訓練等のメニューを下の項目に沿ってご記入ください。  ※作業内容や作業時間などを具体的にお書きください。 | | | | |
| 作業開始　　（　　　時頃） | | | | |
| 午前  (　　　時～　　　時)  うち休憩時間計　　分 | | | (内容) | |
| 昼休憩 | | | | |
| 午後  (　　　時～　　　時)  うち休憩時間計　　分 | | | (内容) | |
| 作業終了（　　　時頃） | | | | |
| 1日2回の連絡等のタイミングと連絡方法について | | | 連絡時間（　　　　時頃、　　　時頃　）  ※2回以上の場合は余白にご記入ください  連絡方法（　　　　　　　　　　　　　） | |
|  | 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。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。 | | | |
|  | 緊急時の対応ができること。 | | | |
| 作業に関する緊急時の対応について下記項目に合わせ具体的に記入してください | | | | |
| 作業中の困りごとに関する対応 | | 作業道具の故障や作業の失敗など作業を一時的に中断せざるをえない等の事態発生時の対応 | | (内容) |
| 作業中のけがや体調不良などの緊急時の対応 | | (内容) |
|  | 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、訪問や連絡等による必要な支援が提供できる体制を確保すること。 | | | |
|  | 事業所職員の訪問、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１回は行うこと。 | | | |
|  | 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。 | | | |

【利用者確認欄】

上記の内容に間違いありません。

同意日　　　年　　　月　　　日　　　　氏名

**届出書の記載方法等について不明な点がございましたら、明石市障害福祉課（078-918-1344）へお問い合わせください。**