新型コロナウイルスへの対応に伴う障害福祉サービス事業所における臨時的な在宅でのサービス提供の届出書

年　　　　月　　　　日

泉南市福祉事務所長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事務所の所在地届出者 |  |
| 名　　称 |  |
| 代表者の職・氏名 |  |

１．事業所情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 事業の種類 |  |

２．状況　　※対象者については、計画作成担当者と情報共有を行ってください。

|  |  |
| --- | --- |
| 実施開始日 | 　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 対象とする利用者 | 受給者番号 | 氏　名 | 住　　　所 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※行は適宜増減してください。

３．支援内容

|  |
| --- |
| 在宅利用者に対する知識及び能力の向上の為に必要な訓練その他の必要な支援の具体的な方法について記載してください。 |
|  |

※必ず1日1回以上は連絡、助言又は進捗状況の確認等の支援を行い、支援記録を作成してください。

※請求の際には、在宅支援を提供する旨が記載された個別支援計画(写し)及び支援記録(１月分)を提出してください。

|  |  |
| --- | --- |
| この届出に関する担当者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |