　年　　月　　日

重度訪問介護における熟練従業者の同行支援届出書

郡山市福祉事務所長

　次のとおり事業所が新規採用した従業者に対し、熟練従業者による同行支援を行います。

１．届出者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 代表者名 |  |
| 事業所名 |  | 事業所住所 |  |
| 担当者名 |  | 担当者連絡先 |  |

２．同行支援提供内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名  ※障害支援区分６の方が対象 | |  | 受給者証番号 |  |
| 新規従業者 | １人目　　氏名：　　　　　　　　　　採用年月日：  既に同行支援を受けた時間：　　　　時間　（上限１２０時間） | | | |
| ２人目　氏名：　　　　　　　　　　採用年月日：  既に同行支援を受けた時間：　　　　時間　（上限１２０時間） | | | |
| ３人目　氏名：　　　　　　　　　　採用年月日：  既に同行支援を受けた時間：　　　　時間　（上限１２０時間） | | | |
| 熟練従業者 | 事業所名 |  | 氏名 |  |
| 事業所名 |  | 氏名 |  |
| 期　　間 | 年　　　月　　　日　　から　　　　　年　　　月　　　日　　　まで | | | |
| 同行支援必要時間 | 計　　　　　　　時間　　　　分 | | | |

確認事項（□にチェックを入れてください）

□　熟練従業者に同行してもらう最終予定日が新規従業者の採用日から６か月以内である。

□　同行支援を受けられる新規従業者は、利用者１人につき、他事業所も含めて年間で３人までである。

□　新規従業者１人あたりの同行時間は他利用者への支援も含めて、１２０時間以内である。

３．利用者の承諾

利用者承認欄

重度訪問介護における熟練従業者による同行支援について、事業所から説明を受けており、その内容に関して承認します。また、同行時間が増加することに伴い、利用者負担も増加する場合があることを了承しています。

　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　利用者氏名：