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

　次のとおり重度訪問介護加算対象者に対する支援に従事する従業者に対し、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

※新任従業者とは

① 重度訪問介護事業所に新規に採用された従業者のうち、利用者への支援が１年未満となることが見込まれる者及び採用から６ヶ月を経過した従事者は除く。

② ①に限らず、重度訪問介護加算対象者（15％加算対象者）に対する支援が初めての従業者も対象とする。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名※障害支援区分６の方 |  | 受給者証番号 |  |
| 新任従業者※ | 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）

□　同行支援を受けられる従業者は、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。

□　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：