就労移行支援，就労継続支援（A型，B型）における在宅利用に係る届出書

仙台市長　あて

届出年月日：　　　　　年　　月　　日

　　記入者：

所属：

下記の就労移行支援，就労継続支援（A型，B型）の利用者について，在宅でのサービス利用を希望いたします。

在宅利用希望者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　） |
| 主な障害名 |  |

利用希望者の主治医

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主治医氏名 |  | 主治医連絡先 | 所　属：連絡先： |

利用するサービス

|  |
| --- |
| * 就労移行支援　　　□ 就労継続支援A型　　　□ 就労継続支援B型
 |
| 在宅利用開始日 | 　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |

在宅利用について

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅利用が必要である理由 | 左記を踏まえた事業所の支援方針 |

在宅利用のための要件確認

下記（１）～（３）の要件に該当するか確認し，□にレ点をご記入ください。

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。 |

1. 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・支援状況の音声データ，動画ファイル又は静止画像等をセキュリティーが施された状態で保存し，整備すること。 |

1. 支援内容について

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 在宅利用者に対し，就労の機会を提供するとともに，生産活動その他の活動の機会の提供を通じて，その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。 |
| □ | 在宅利用者の支援にあたり，1日2回は連絡，助言又は進捗状況の確認等のその他の支援が行われ，日報が作成されていること。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。 |
| □ | 在宅利用者が作業活動，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。 |
| □ | 事業所職員による訪問，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週間につき1回は行うこと。 |
| □ | 在宅利用者については，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，在宅利用者の居宅又は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。 |

在宅時生活支援サービス加算の算定について（該当する場合のみ記載）

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 当該利用者について，在宅時生活支援サービス加算対象者として申請します。 |
| （申請理由及び支援内容を具体的に記入してください） |

※「在宅時生活支援サービス加算」は，在宅利用者に対し，就労系サービス事業者が在宅利用者の居宅に居宅介護事業所や重度訪問介護事業所に従事する者を派遣し，在宅利用者の生活に関する支援を提供し，その費用を就労系サービス事業所自らが負担した場合にのみ算定可能です。