※在宅サービスを利用開始する方がいた場合、サービス提供前に市に提出して下さい。

**習志野市在宅サービス提供届出書①**

(就労移行支援・就労継続支援Ａ型・Ｂ型)

計画書作成日：　　　　年　　　　月　　　　日

計画書作成者：（職名）　　　　（氏名）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者受給者番号 |  | 利用者氏名 |  |
| 利用サービス | 就労移行支援　・　就労継続支援A型　・　就労継続支援B型 |
| サービス提供事業所情報 | 事業所名：事業所番号：　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　 |
| 在宅サービスを提供する曜日・日時 | 月・火・水・木・金・土・日、　　年　月　日から開始 |
|  |
| **在宅サービス利用提供要件チェック表　（すべて満たす必要があります）** |
| □在宅で実施する訓練内容及び支援内容が運営規程に明記されている。□在宅サービスを行うことが個別支援計画に明記されている。□相談支援事業所と契約している場合は、在宅サービスの実施について相談支援専門員と情報を共有している。**『「就労移行支援事業、就労継続支援事業（Ａ型、Ｂ型）における留意事項について（平成 19 年４月２日障障発第 0402001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）」２ 報酬請求に関する事項について（３）在宅において利用する場合の支援について』要旨**□（ア）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。□（イ）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。作業活動、訓練等の内容等に応じ、１日２回を超えた対応を行うこと。□（ウ）緊急時の対応ができること。□（エ）疑義照会等に対し、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。□（オ）事業所職員による訪問、利用者の通所又は電話・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。□（カ）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。※（オ）が通所により行われ、あわせて（カ）の評価等も行われた場合、（カ） による通所に置き換えて差し支えない。※在宅と通所による支援を組み合わせることも可能。※上記をすべて満たせば、サテライトオフィスでの類似する形態による支援も可能 |
| 備考 |
| 　 |

　　　　　　　　　　　　【本人または代理人の同意】　日付：令和　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□本　人

署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□代理人