　年　　月　　日

座　間　市　長

重度訪問介護における熟練従業者の同行支援届出書

　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 | | | |
| 必要時間 | 計　　　　　　　時間　　　　分 | | | |

※熟練従業者の同行支援の終了日が新規従業者の採用日から６か月以内であること。

※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人までであること。

※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時間以内であること。

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：