重度訪問介護における同行支援の終了にかかる報告書

　　　　年　　月　　日

加古川市長　様

　　　　　　　　　 　届出者　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　事業所番号

　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

下記のとおり、同行支援を終了したことを報告いたします。

１．対象となる障害者について

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 受給者証番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 居住地 |  |

２．同行支援を終了した新規従業者等について

新規従業者氏名（　　　　　　　　　）

利用期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　月

【実績内訳】

時間/月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用年月 | 　年１月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 |
| 時間数 |  |  |  |  |  |  |
| 利用年月 | ７月 | ８月 | ９月 | １０月 | １１月 | １２月 | 計 |
| 時間数 |  |  |  |  |  |  |  |

新規従業者氏名（　　　　　　　　　）

利用期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　月

【実績内訳】

時間/月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用年月 | 　年１月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 |
| 時間数 |  |  |  |  |  |  |
| 利用年月 | ７月 | ８月 | ９月 | １０月 | １１月 | １２月 | 計 |
| 時間数 |  |  |  |  |  |  |  |

（裏面に続く）

新規従業者氏名（　　　　　　　　　）

利用期間：　　　　年　　　月　～　　　年　　　月

【実績内訳】

時間/月

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用年月 | 　年１月 | ２月 | ３月 | ４月 | ５月 | ６月 |
| 時間数 |  |  |  |  |  |  |
| 利用年月 | ７月 | ８月 | ９月 | １０月 | １１月 | １２月 | 計 |
| 時間数 |  |  |  |  |  |  |  |

以　上

（記載時の留意点）

　※利用年月については、必要に応じて年月を変更してください。