重度訪問介護における同行支援の利用にかかる届出書

　　　　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

下記の支援内容について、届出いたします。

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．同行支援を要する新任従業者について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同行支援を要する新任従業者※□にチェックを入れてください※他事業所分も含め、利用者1人につき、年間で3人までしか認められません | １ | 氏名（　　　　　　　　　　　　）同行支援必要予定時間：　　　　時間　　分／月□熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から６か月以内（採用日：　　　　　年　　　月　　　日）または重度訪問介護加算対象者（15％加算対象者）に対する支援に初めて従事□同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以内 |
| ２ | 氏名（　　　　　　　　　　　　）同行支援必要予定時間：　　　　時間　　分／月□熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から６か月以内（採用日：　　　　　年　　　月　　　日）または重度訪問介護加算対象者（15％加算対象者）に対する支援に初めて従事□同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以内 |
| ３ | 氏名（　　　　　　　　　　　　）同行支援必要予定時間：　　　　時間　　分／月□熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から６か月以内（採用日：　　　　　年　　　月　　　日）または重度訪問介護加算対象者（15％加算対象者）に対する支援に初めて従事□同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以内 |
| 同行支援必要時間 | 計　　　　　　　　時間　　　　　分／月 |
| 利用予定期間 | 年　　　月　　～　　　　年　　　月　 |
| 同行する熟練従業者 | 事業所名 |  | 氏名 |  |
| 事業所名 |  | 氏名 |  |
| 事業所名 |  | 氏名 |  |

※本届出書提出時は、別紙に定める必要書類を添付すること

別紙

必要書類について

　重度訪問介護における同行支援の支給決定を希望する場合は、下記書類の提出をお願いいたします。

提出書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | □ | 介護給付費等支給申請書兼利用者負担上限月額認定・減免等申請書（障害福祉サービスの利用にかかる申請書）【※】　⇒申請書表面の「申請に係る具体的内容」の欄に、「同行支援　○人、計○時間○分／月」と記載する。 |
| □ | 障害福祉サービス受給者証【※】 |
| 事業所 | □ | 重度訪問介護における同行支援にかかる届出書 |
| □ | 重度訪問介護計画案（同行支援の時間数が記載されているもの） |
| □ | 雇用契約書等（新規採用ヘルパーのみ）（新規採用ヘルパー氏名、事業所名、雇用期間等の記載があり、契約状況が確認できるもの） |

【※】あらかじめ同行支援の支給決定を受けている場合は、原則提出不要です。