　　　　年　　　月　　　日

平戸市長　宛

就労系障害福祉サービスの在宅利用届出書

　在宅での就労系障害福祉サービス利用の希望がありましたので、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | 担当者 |  |
| 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 | | |
| 運営規定における在宅で実施する訓練内容及び支援内容の明記 | | | 有　・　無 |
| 利用希望者氏名 |  | 受給者証番号 |  |

≪利用者記入欄≫

|  |  |
| --- | --- |
| 本人の希望理由 |  |
| 在宅利用を通しての将来的な展望 |  |
| 以下の支援内容に基づいた在宅でのサービス利用を希望します。  また、市が相談支援事業所にこの利用届出書の内容を情報提供することに同意します。  　　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　氏名（自署）： | |

≪事業所記入欄≫

|  |  |
| --- | --- |
| 在宅利用の必要性  及び支援効果 |  |

　利用希望者氏名（　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 在宅でのサービス利用における訓練目標  （留意事項通知「カ」関係項目） | 【生活課題】 | |
| 【就労・訓練課題】 | |
| 在宅でのサービス利用期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | |
| 在宅での事業実施の  妥当性  【※該当箇所に☑】 | ・定期的な通院ができる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・服薬管理が決められた通りできる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・体調不良時に対処できる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・自分の障害や疾病の理解ができる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・起床や食事等自ら生活リズムが作れる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・時間の管理ができ予定を立てることができる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・感情のコントロールができる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・意思表示ができる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・就労意欲や作業意欲がある | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・指示に従わないで手休めや居眠りをしない | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・指示内容を理解できる | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ・ひらがなや簡単な漢字が読める | □はい　□いいえ　□どちらともいえない |
| ※項目に「いいえ」又は「どちらともいない」がある場合は、在宅での事業実施の妥当性を注意深く検討することが望まれます。これらの項目に対する対処方針について記載してください。 | |
|  | |

利用希望者氏名（　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業計画内容 | 具体的支援内容 | | | | |
| １　在宅で実施する訓練プログラム・生産活動の内容  （留意事項通知「ア」関係項目）  ※作業手順書等のマニュアルについて整備すること | ①就労訓練プログラム | | | | |
| ②生産活動 | | | | |
| ２　出退勤及び作業時間の管理  ※１日２回の連絡、助言又は進捗状況の確認、日報を作成すること  （留意事項通知「イ」関係項目） | ①出退勤時間： | 出勤 |  | 退勤 |  |
| ②作業時間： | 時間（休憩　　　時間除く） | | | |
| ③出退勤時間の管理方法（例：タイムカード打刻の代行等）： | | | | |
| ④作業時間の把握方法（例：○時に出勤確認とため、事業所から本人へ電話連絡） | | | | |
| ３　緊急時における事業所の対応体制（緊急時対応可能な時間帯・対応方法等）  （留意事項通知「ウ」関係項目） | ①対応時間： | ：　　　　　～　　　　： | | | |
| ②緊急連絡先： |  | | | |
| ③対応方法： | | | | |
| ４　在宅でのサービス利用による具体的な支援内容  （留意事項通知「エ」関係項目）  ※利用者に対する支援記録を必ず整備すること（支援者氏名、日時、対応時間、支援・助言内容、相談内容等） | ①支援員が行う具体的な支援内容 | | | | |
| ②利用者との連絡方法  □電話　□訪問　□テレビ電話　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| ５　在宅でのサービス利用における評価方法、頻度  （留意事項通知「オ・カ・キ」関係項目）  ※週に１回通所又は電話等の活用により評価を行う。また、月１回は、訪問又は通所により、訓練目標に対する達成度の評価を行う。 | ①評価方法  □通所　　□訪問 | | | | |
| ②評価頻度・評価時期 | | | | |
| ６　在宅と通所の組み合わせ  【それぞれの利用曜日に○】 | 通所日：　月　火　水　木　金　土　日　祝　　　　　　回/週  在宅日：　月　火　水　木　金　土　日　祝　　　　　　回/週 | | | | |
| ７　在宅でのサービス利用を開始する際の事前準備 | □運営規定に在宅で実施する訓練及び支援を明記している  □在宅でのサービス利用アセスメントが適切に行えている  □在宅での訓練目標と個別支援計画での訓練目標が一致している  □在宅における作業手順書が整備されている  □市から求められた際に速やかに提出するために、在宅でのサービス利用時の訓練・支援状況に関する記録を整備している。 | | | | |

※必要書類の提出がなされても、必ずしも在宅でのサービス利用が認められるとはかぎりません。利用者の受給者証に「在宅利用可」の印字を以て、在宅でのサービス提供時の報酬請求が可能となります。