

就労移行支援、就労継続支援(A型・B型)における在宅利用に係る申出書

令和 年 月 日

大 仙 市 長 様

所 在 地	
事 業 所 名	
代 表 者 氏 名	
事 業 所 番 号	

利用者	氏 名		サービス種別	<input type="checkbox"/> 就労移行支援
	住 所			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型
	受 給 者 証 番 号			<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型
通所が 困難な 理由				
支援 内容	1	知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援行われるとともに、常に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。 (具体的な支援内容)		
	2	1日2回は連絡、助言又は進捗状況の確認等のその他の支援を行い、日報を作成すること。また、作業活動、訓練等の内容又は在宅利用者の希望等に応じ、1日2回を超えた対応を行うこと。 (具体的な支援内容)		
	3	緊急時の対応ができる体制が確保されていること。 (具体的な支援内容)		
	4	作業活動、訓練等を行う上で疑義が生じた際の照会等に対し、随時、訪問や連絡による必要な支援が提供できる体制を確保すること。 (具体的な支援内容)		
	5	事業所職員による訪問又は利用者による通所により評価等を一週間につき1回は行うこと。 (具体的な支援内容)		
	6	月の利用日数のうち1日は事業所職員による訪問または在宅利用者による通所により、在宅利用者の居宅また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。 ※5が通所により行われ、あわせて6の評価も行われた場合、6による通所に置き換えて差し支えない。 (具体的な支援内容)		

<利用者確認欄>

上記の内容に対し同意します。

令和 年 月 日

氏名