就労移行支援、就労継続支援（Ａ型・Ｂ型）における在宅支援開始申出書

(提出先：ふじみ野市)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

就労移行支援、就労継続支援（Ａ型・Ｂ型）における在宅でのサービス利用を希望するため、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者 | 住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　 　（生年月日：　　　　　年　 　　月　　 　日） |
| 申請者 | 申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 　利用者との関係：（　　　　　　　　　）※本人が申請する場合は記入不要です。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用する事業所名 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| サービス種別 | □就労移行支援　□就労継続支援Ａ型　□就労継続支援Ｂ型 |
| 事業所連絡先 | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 本人記入欄（在宅支援を希望する理由について記入してください） |
|  |
| 事業所記入欄 |
| （本人の希望を踏まえ、事業所としての支援方針及び支援内容について記入してください） |
| （在宅支援における効果を記入してください） |
| （裏面に記載されている運営要件をすべて満たしているか、✓をしてください）□はい ・　□いいえ |
| 事業所担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

【運営要件】

①運営規程において、在宅で実施する訓練及び支援内容を明記すること。

②指定権者から求められた場合には訓練・支援状況を提出できるようにしておくこと。

③在宅利用者が行う作業活動、訓練等のメニューを確保すること。

④利用者に対し１日２回は連絡・助言又は進捗状況の確認を行い、日報を作成すること。また、訓練等の内容及び利用者の希望等に応じ、１日２回を超えた対応も行えること。

⑤緊急時の対応ができること。

⑥在宅利用者からの疑義照会等に対し、随時、訪問や連絡等による必要な支援が提供できる体制を確保すること。

⑦事業所職員の訪問又は利用者の通所又は電話・パソコン等の ICT 機器の活用により評価等を１週間につき１回は行うこと。

⑧原則として月の利用日数のうち１日は事業所職員による訪問又は利用者による通所により、事業所内において訓練目標の達成度の評価等を行うこと。

⑨⑦が通所により行われ、あわせて⑧の評価等も行われた場合、⑧による通所に置き換えて差し支えない。

（その他、在宅と通所による支援を組み合わせることや、利用者が希望する場合にサテライトオフィス等でのサービス利用も可能。）

＜提出書類＞

・（介護給付費訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）支給申請書兼利用者負担

額減額・免除等申請書

・就労移行支援、就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）における在宅支援開始申出書

・サービス等利用計画案（任意の様式）

・運営規定の写し（運営要件①が確認できるもの）

＜在宅支援サービス提供前に確認すること＞

市が在宅支援の支援効果を認めた場合、福祉サービス受給者証の対象サービスの備考欄に「在宅支援利用可」と記載しますので、御確認の上で利用者と契約をしてください。

支給決定に先んじて在宅支援を行った場合、報酬の請求が認められない場合がありますので、御注意ください。