

市川市（就労移行支援・就労継続支援A型・B型）在宅サービス利用届出書

作成日： 年 月 日

作成者：

利用者氏名			受給者証番号		
利用サービス	就労移行支援 ・ 就労継続支援A型 ・ 就労継続支援B型				
開始希望日			通所との併用	有 ・ 無	
サービス提供 事業者情報	事業所名			事業所番号	
	住所	〒		電話番号	
在宅サービス 利用理由					
在宅サービス 提供内容 (具体的に記載)					
在宅サービス提供に よる支援効果 (具体的に記載)					

在宅サービス利用要件（下記の要件をすべて満たす必要があります）

☐	(ア)	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
☐	(イ)	在宅利用者の支援にあたり、1日2回は連絡、助言または進捗状況の確認等のその他の支援が行われ、日報が作成されていること。また、作業活動、訓練等の内容または在宅利用者の希望等に応じ、1日2回を超えた対応も行うこと
☐	(ウ)	緊急時の対応ができること
☐	(エ)	在宅利用者が作業活動、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
☐	(オ)	事業所職員による訪問、在宅利用者による通所または電話・パソコン等のICT器の活用により、評価等を1週間に付き1回は行うこと
☐	(カ)	在宅利用者については、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 ※(オ)が通所により行われた場合、あわせて(カ)の評価等を行うことも差し支えない
☐	(キ)	(計画相談支援を利用している場合) 相談支援専門員と連携し、在宅サービスを利用することがサービス等利用計画及び個別支援計画に明記していること ※セルフプランの場合は、チェック不要
☐	(ク)	在宅で実施する訓練内容が運営規定に明記されていること

緊急連絡時の対応方法（※事業所が遠方にある場合は記載）

緊急連絡から利用者宅への到着時間（目安）		分