（　　　　　　　）地域福祉課長あて

事業所名

所在地

連絡先

サービス提供責任者

重度訪問介護　同行支援計画書（新規・変更）

（事業所名）　　　　　　　　　　　　　　　　は、障害者総合支援法に基づく重度訪問介護の提供にあたり、下記の新規採用した従事者の派遣に際し、同従事者による支援向上のため、経験ある従事者による同行支援を行います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １ | ２ | ３ |
| 新規採用従業者氏名 |  |  |  |
| 採用年月日（※１） | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 同行支援の予定時間数 | 時間 | 時間 | 時間 |
| 他利用者への同行支援（予定時間数） | 有　・　無  （　　　　時間） | 有　・　無  （　　　　時間） | 有　・　無  （　　　時間） |
| 熟練従業者氏名（※２） | （　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　） |
| 同行支援の開始日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 同行支援の終了日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

※１　採用年月日とは、ヘルパーとしての採用年月日です。

※２　熟練従業者が他事業所に所属している場合は、その事業所名を（　　）に記入してください。

年　　　月　　　日

私は、上記の内容で重度訪問介護における熟練従業者による同行支援について承諾します。

住所

利用者氏名

代理人氏名