在宅サービス提供計画書（就労移行支援・就労継続支援Ａ型・Ｂ型）

年　　月　　日

　長久手市福祉事務所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　届出者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者名 |  |
| 利用者生年月日 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日 |
| サービス種別 | 就労移行支援・就労継続支援（A型・B型） |
| 通所サービスとの併用 | 有　　・　　無 |
| 在宅サービス提供曜日 | 月・火・水・木・金・土・日  ※通所サービスと併用する場合は在宅サービス提供日のみ記載 |
| 在宅でのサービス提供が必要な理由（具体的に記載） | |
|  | |
| 見込まれる支援効果（具体的に記載） | |
|  | |

□　在宅サービス提供の要件（別紙）についてすべて該当することを確認しました。

　　（チェックボックスに✓を入れてください。）

別紙

在宅サービス提供の要件

⑴　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。

⑵　１日２回の連絡、助言又は進捗状況の確認、日報作成を行うこと。作業活動、訓練等の内容等に応じ、１日２回を超えた対応を行うこと。

⑶　緊急時の対応ができること。

⑷　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。

⑸　事業所職員による訪問、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。

⑹　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に対する達成度の評価等を行うこと。

※⑸が通所により行われた場合には、あわせて⑹の評価等を行うことも差支えない。

※在宅と通所による支援を組み合わせることも可能。