

新型コロナウイルス感染症の拡大防止に伴う「在宅支援」の届出書

事業所名			
電話番号		F A X 番号	
受給者証番号			

① 在宅支援の内容

--

② 以下の当てはまる項目にチェック☑

<p><input type="checkbox"/> 引き続き事業所の通所が必要な利用者について、事業所においてサービス提供ができる体制を取っているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者や家族等の同意は得ているか。</p> <p><input type="checkbox"/> 個別支援計画の見直しを行ったか。</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅支援の内容を記録に残す。</p> <p><input type="checkbox"/> 利用者による記録の確認を行う。 (月単位 or 週単位などまとめたの確認も可)</p> <p><input type="checkbox"/> 相談支援事業所を利用している場合は連携を取っているか。 (セルフプランの場合は家族や利用者本人の意向を可能な限り尊重しているか。)</p>

※疑義が生じた場合は久留米市から連絡します。

久留米市受付

--