

就労移行支援・就労継続支援（A型、B型）における在宅利用に係る届出書

年 月 日

久留米市福祉事務所長 宛

提出者 所在地
事業所名
役職・代表者名
電話番号

1 在宅利用を希望する対象者

氏名		性別	
生年月日		障害種別	身体・知的・精神・難病
住所			
サービスの種類			
在宅利用を希望する理由			
在宅支援での事業実施の妥当性			

2 在宅利用者が行う作業活動、訓練等の内容及び事業所の支援

*事業所の支援については、1日2回の連絡時の対応や進捗状況の確認方法を含め、具体的に記入

--

3 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事業所の対応 及び 緊急時の対応

4 職員の訪問、利用者の通所又は機器の活用による評価等の体制

*1週間に1回は行うこと。

5 職員の訪問又は利用者の通所により、訓練目標に対する達成度の評価等を行う際の支援体制

*月の利用日数のうち1日は行うこと。

6 運営規程の変更が必要な場合、変更を行っている。(いずれかにチェックを付けてください。)

行っている 又は 指定権者に運営規程の変更が必要ないことを確認済

行っていない

※「行っていない」にチェックされた場合、在宅利用は認められません。