**在宅サービス利用における提供計画書**

提出年月日　　　　　年　　月　　日

尾道市長

届出者　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

１．対象者に関すること

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 支給決定障害者氏名 |  |
| サービスの種類 | 　**□** 就労移行支援　　　　**□** 就労継続支援（A型・B型） |
| 在宅サービス利用頻度 |  | 通所の有無 | 無・有（　　/　　） |
| 在宅でのサービス提供が必要な理由 |  |
| 在宅サービス提供による支援効果 |  |

２．在宅サービス利用における支援内容

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所要件 | 　　　　具体的な支援体制 |
| 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 | （訓練等内容） |
| イ　1日2回は連絡、助言又は進捗状況の確認、日報作成を行うこと。作業活動、訓練等の内容又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 | （連絡時間帯・連絡方法等） |
| ウ　緊急時の対応ができること | (緊急時対応可能な時間帯・対応方法等) |
| エ　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 | （対応する職員体制等） |
| オ　事業所職員による訪問又は利用者による通所又は電話・パソコン等のICT機器の活用により評価等を一週間につき1回は行うこと | （評価時期・評価方法等） |
| カ　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 | （評価時期・評価方法等） |
| 記載者氏名（サービス管理責任者） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受給者確認欄 | 上記の内容を確認しました。就労移行支援・就労継続支援A型・B型での在宅支援でのサービスの受給を希望します。　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　受給者氏名　　　　　　　　　　　　　 |

＊添付書類：運営規定・個別支援計画書