在宅支援の届出書

１　利用者

|  |  |
| --- | --- |
| 届出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 利用者氏名 |  | 受給者番号 |  |
| 生年月日 | □大正　□昭和　□平成　□令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 立川市　　　　　町　　　　－　　　　－（アパート・マンション名）電話番号　　　　　　　　（　　　　） |
| 障害種別・等級 | 身体・知的・精神　（　　　　　　度・級） |

２　内容

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| サービス種別 | □就労移行支援　　□就労継続支援Ａ型　　□就労継続支援Ｂ型 |
| 必要な在宅支援の頻度（在宅支援及び通所支援について記載） | 在宅支援週　　　日程度 | 通所支援週　　　日程度 |
| 在宅支援の必要な理由 |  |
| 期待できる効果 |  |

３　作成者

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者連絡先 | 事業所名担当者　　　　　　　　　　　　　　　　（電話　　　　　　　　　　　　　） |

※運営規程（写）・都提出のチェックリスト（写）・個別支援計画書を一緒にご提出ください。

------------------------------------【市記入欄）】-------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区担当 | 保健師 | 確認 | 第三係長 | 係長 | 課長 | 受給者証□ 送付済 |
|  |  |  |  |  |  |