（新型コロナウイルスの影響による）訪問系障害福祉サービスの状況報告書

　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 〒650-8570  神戸市中央区加納町6-5-1  （福祉局障害者支援課）  神戸市長様  　 FAX (078)322-0393 |  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 事業者及びその  事業所の名称  代表者 |  | | | | | | | | | |

下記のとおり代替のサービス提供状況について報告します。

記

１．報告対象者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 支給決定者氏名 |  | | | | | | | | | | サービス内容 |  |

２．新型コロナウイルスの影響で対象者へのサービスが提供できなくなった理由

□通所系サービスを利用出来なくなった利用者に対するサービス提供の増加

□職員の発熱（ヘルパー名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□その他

　　　　　具体的に

３．他の事業所等で有資格のヘルパーを探しましたか。

　　　□は　　い　（計画相談事業所名　　　　　　　　　　　　　）　　□いいえ

４．代替でサービスを提供するヘルパー

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | | 所有する資格 | |  |
| サ　ー　ビ　ス　の　提　供　実　績 | | | | | |
| 事業所名 | | サービス内容 | | 期　　　　間 | |
|  | |  | | 年　 　月　　 日 ～ 　　　　 年　 　月　 　日 | |
|  | |  | | 年　 　月　　 日 ～ 　　　　 年　 　月　 　日 | |
|  | |  | | 年　 　月　　 日 ～ 　　　　 年　 　月　 　日 | |

　５．サービスを提供する期間（予定）

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供期間 | 提供時間数 |
| 年　　月　　日 ～ 　　　　年　　月　　日 | 時間 |

　※変更があった場合は、再度、報告ください。

上記の報告内容について承認します。