

## 記入例

重度訪問介護における同行支援（新規採用従業者支援時の熟練従業者の同行）支給申請書  
 神戸市 **中央**福祉事務所 宛

申請日 **2018**年**7**月**10**日

私は、下記同行支援の内容について同意し、申請いたします。

支給申請に係る障害者

|      |  |        |                  |
|------|--|--------|------------------|
| フリガナ | <b>コウベ タロウ</b>   | 受給者証番号 | ○○○○○○○○○○       |
| 氏名   | <b>神戸 太郎</b> <span style="color: red; font-weight: bold;">印</span> | 生年月日   | <b>昭和○○年○月○日</b> |
| 居住地  | <b>神戸市中央区○○町1-1</b>  |        |                  |

同行支援に係る事業所記入欄（新規採用従業者の所属する事業所が記入すること。）

|   |   |                |                     |  |
|---|---|----------------|---------------------|--|
| 法人名   | <b>社会福祉法人●●</b>   | 事業所名           | <b>神戸介護事業所</b>      |  |
| 事業所番号   | <b>28XXXXXXXX</b>   | 事業所電話番号        | <b>078-XXX-XXXX</b> |  |
| 事業所住所   | <b>神戸市中央区△△町…</b>   |                |                     |  |
| 同行する熟練従業者   | 事業所名  | <b>神戸介護事業所</b> | 氏名                  | <b>灘 花子</b>  |
|   | 事業所名  | <b>中央介護事業所</b> | 氏名                  | <b>中央 一郎</b>   |
|   | 事業所名  |                | 氏名                  |  |
| 同行支援を要する<br>新規採用従業者<br>※□にチェックを<br>入れてください<br>※他事業所分も含<br>め、利用者1人に<br>つき、年間で3人<br>までしか認められ<br>ません | 氏名 <b>(灘 二郎)</b><br>採用日： <b>2018</b> 年 <b>4</b> 月 <b>1</b> 日<br>同行支援必要予定時間： <b>20</b> 時間 <b>00</b> 分/月<br><input checked="" type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から6ヵ月以内である<br><input checked="" type="checkbox"/> 同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以下である |                |                     |  |
|   | 氏名 <b>(灘 愛子)</b><br>採用日： <b>2018</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日<br>同行支援必要予定時間： <b>30</b> 時間 <b>00</b> 分/月<br><input checked="" type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から6ヵ月以内である<br><input checked="" type="checkbox"/> 同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以下である |                |                     |  |
|   | 氏名 ( )<br>採用日：           年       月       日<br>同行支援必要予定時間：           時間       分/月<br><input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらう最終予定日が採用日から6ヵ月以内である<br><input type="checkbox"/> 同行してもらう時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において120時間以下である   |                |                     |  |
| 利用予定期間  | <b>2018</b> 年 <b>8</b> 月から <b>2018</b> 年 <b>9</b> 月まで   |                |                     |  |
| 同行支援必要時間  | 計 <b>50</b> 時間 <b>00</b> 分/月  |                |                     |  |
| 上記、同行支援の内容は<br>事実に相違ありません。  | 事業所名  | <b>神戸介護事業所</b> |                     | 事業所代表者印<br><br><span style="color: red; font-weight: bold;">印</span> |
|   | 代表者氏名   | <b>灘 太郎</b>    |                     |  |