重度訪問介護における同行支援支給申請書

神戸市　　　　　福祉事務所長　宛

申請日　　　　　年　　月　　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 |  | 受給者証番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 居住地 |  | | |

同行支援に係る事業所記入欄（新任従業者の所属する事業所が記入すること。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | 事業所名 |  | |
| 事業所番号 |  | | | | 事業所電話番号 |  | |
| 事業所住所 |  | | | | | | |
| 同行する熟練従業者 | 事業所名 | |  | | | 氏名 |  |
| 事業所名 | |  | | | 氏名 |  |
| 事業所名 | |  | | | 氏名 |  |
| 同行支援を要する新任従業者  ※□にチェックを入れてください  ※他事業所分も含め、利用者1人につき、年間で3人までしか認められません | 氏名（　　　　　　　　　　　　）  同行支援必要予定時間：　　　　時間　　分／月  □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  （採用日：　　　　　年　　　月　　　日）または  　重度訪問介護加算対象者（15％加算対象者）に対する支援に初めて従事  □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  氏名（　　　　　　　　　　　　）  同行支援必要予定時間：　　　　時間　　分／月  □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  （採用日：　　　　　年　　　月　　　日）または  　重度訪問介護加算対象者（15％加算対象者）に対する支援に初めて従事  □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  氏名（　　　　　　　　　　　　）  同行支援必要予定時間：　　　　時間　　分／月  □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  （採用日：　　　　　年　　　月　　　日）または  　重度訪問介護加算対象者（15％加算対象者）に対する支援に初めて従事  □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 | | | | | | |
| 利用予定期間 | 年　　月　　から　　　　　年　　月まで | | | | | | |
| 同行支援必要時間 | 計　　　　　　　　時間　　　　　分／月 | | | | | | |
| 上記、同行支援の内容は  事実に相違ありません。 | | 事業所名 | |  | | | |
| 代表者氏名 | |  | | | |