同行支援の支給決定に係る申出書

　障害者総合支援法に基づく同行支援の支給決定について次のとおり申し出ます。

1　新任従業者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　月　　日採用）

2　同行支援の予定時間数　　　　　時間

**※シフト表等、同行支援の月の予定がわかるものを添付してください**。

3　同行支援開始日 　　　　　　　年　　　月　　　日

4　同行支援終了日 　　　　　　　年　　　月　　　日

5　他利用者への同行支援の有無　　有　・　無　　（有の場合：予定時間数　　　時間）

6　同行支援が必要な理由

　利用者住所

　利用者氏名

　代理人氏名

□　重度訪問介護における熟練ヘルパーによる同行支援について、利用者本人の了承を得ています。

□　当該新任従業者は、当該利用者への支援が1年以上になることが見込まれています。

（いずれも確認して☑してください。）

　年　　　　　月　　　　日

事業所住所：

事業所名　：

(事業所番号　　　　　　　　　　　　　)

代表者またはサービス提供責任者：　　　　　　　　　　　　　　印

（自筆による署名または記名押印をしてください）

担当者および連絡先：担当者名　　　　　　　　　　　（　　　　　）