

障害福祉サービスの臨時的在宅支援に関する届出書

令和 年 月 日

(宛先) 松阪市障がい福祉課

届出者 所在地
名称
代表

㊟

1. 事業所の情報

事業所番号	
事業所名	
所在地	
サービス種別	<input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 児童発達支援

2. 臨時的に在宅支援を行う利用者

受給者証番号	受給者氏名 (児童氏名)	在宅支援期間
	()	R / / ~ R / /
	()	R / / ~ R / /
	()	R / / ~ R / /

※ 在宅支援期間について

- ・ 期間が未定の場合は見通しとして設定した期間を記入してください。
- ・ 就労系サービスの臨時的在宅支援の在宅支援期間は最大1か月となります。

3. 在宅支援の内容

--

※ 就労系サービスについては、なんらかの形で作業活動または訓練を行うことが必要です。

※ 放課後等デイサービスについては、なんらかの形で療育訓練を31分以上行うことが必要です。

***** この届出書は在宅支援の決定の毎に提出してください *****

この届出書に関するご担当者	
連絡先電話番号	