

年 月 日

伊予市福祉事務所長 様

届出者 事業所の所在地
(設置者) 名称
代表者の氏名

就労系（就労移行支援、就労継続支援 A 型・B 型）サービス利用者の在宅就労の届出

次のとおり届け出ます。

在宅就労を行う事業所	事業所番号																	
	名称																	
	所在地																	
	サービス種類																	
在宅就労を行う利用者		受給者番号																
通所利用が困難な理由																		
就労開始年月日																		
在宅就労条件		事業所の対応																
1	知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行うとともに、常に在宅利用者が行う作業活動、訓練等のメニューを確保していること																	
2	1日2回は連絡、助言又は進捗状況の確認等のその他の支援を行い、日報を作成すること。また、作業活動、訓練等の内容又は在宅利用者の希望等に応じ1日2回を超えた対応を行うこと																	
3	緊急時の対応ができる体制を確保すること																	
4	作業活動、訓練等を行う上で疑義が生じた際の照会等に対し、随時、訪問や連絡による必要な支援が提供できる体制を確保していること。																	
5	事業所職員による訪問又は利用者による通所により評価等を一週間につき1回は行うこと																	
6	月の利用日数のうち1日は事業所に通所し、事業所内において訓練目標に対する達成度の評価等を行うこと																	
7	5が通所により行なわれ、あわせて6の評価等を行う場合、6による通所に置き換えて差し支えない																	

※添付書類 ○利用者基礎データ ○個別支援計画