別紙２

障がい福祉課長あて

事業所名

所在地

連絡先

サービス提供責任者

重度訪問介護　同行支援計画書（新規・変更）

（事業所名）　　　　　　　　　　　　　　　　は、障害者総合支援法に基づく重度訪問介護の提供にあたり、下記の新規採用した従業者（新任従業者）又は支援に初めて従事する従業者（初従事従業者）の派遣に際し、同従業者による支援向上のため、経験ある従業者による同行支援を行います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １ | ２ | ３ |
| 新任従業者又は初従事従業者氏名 |  |  |  |
| 採用年月日（※１） | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 同行支援の予定時間数 | 時間 | 時間 | 時間 |
| 他利用者への同行支援（予定時間数） | 有　・　無（　　　　時間） | 有　・　無（　　　　時間） | 有　・　無（　　　時間） |
| 熟練従業者氏名（※２） | （　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　） |
| （　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　　） | （　　　　　　　　） |
| 同行支援の開始日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 同行支援の終了日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |

※１　採用年月日とは、新任従業者の場合はヘルパーとしての採用年月日、初従事従業者の場合は対象者の支援に初めて従事する年月日です。

※２　熟練従業者が他事業所に所属している場合は、その事業所名を（　　）に記入してください。

年　　　月　　　日

私は、上記の内容で重度訪問介護における熟練従業者による同行支援について承諾します。

住所

利用者氏名

代理人氏名