

在宅利用中の支援体制に関する報告書

(あて先)八尾市福祉事務所長

所在地	
事業所名	
代表者名印	印
事業所番号	

次の者にかかる令和 年提供した在宅における支援体制について、以下のとおり報告します。

利用者	氏名	<input type="checkbox"/> 就労移行支援 サービス種別 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型
	住所	
	受給者番号	

確認事項	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が行われるとともに、常に在宅利用者が行う作業活動、訓練等のメニューが確保できていたか。 (具体的な方法)
	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、日報を作成したか。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ったか。 (具体的な方法)
	3	緊急時の対応ができる体制が確保できていたか。 (具体的な方法)
	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が確保できていたか。 (具体的な方法)
	5	事業所職員による訪問、利用者による通所又は電話・パソコン等のICT機器の活用により、評価等を一週間に付き1回は行うことができたか。 (具体的な方法)
	6	月の利用日数のうち1日は、職員による訪問、利用者による通所により、訓練目標に対する達成度の評価等を行うことができたか。 (具体的な日時及び方法)

<備考>

この報告書は、サービス更新時に個別支援計画と合わせて、八尾市健康福祉部障がい福祉課に提出してください。

<利用者確認欄>

上記の内容に間違いありません。

氏名
