**就労移行支援、就労継続支援（Ａ型・Ｂ型）における**

**在宅でのサービス提供にかかる届出書**

令和　　年　　月　　日

福津市福祉事務所長　あて

事業所の所在地

事業所の名称

代表者氏名

（記名押印または署名）

当事業所においては、在宅でのサービス利用を希望する者に対し、以下の内容を遵守してサービスの提供を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 内容 | 確認欄  （〇を記入） |
| 法人（事業所）の運営規程において、在宅で実施する訓練内容及び支援内容を明記する。 |  |
| 在宅利用者へ就労の機会を提供するとともに生産活動その他の活動の機会の提供を通じて、その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、訓練等のメニューを確保する。 |  |
| 在宅利用者へ1日2回は連絡、助言または進捗状況の確認等のその他の支援が行い、日報を作成する。また、作業活動、訓練等の内容または在宅利用者の希望等に応じ、1日2回を超えた対応も行う。 |  |
| 緊急時の対応ができる。 |  |
| 在宅利用者が作業活動、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する。 |  |
| 事業所職員による訪問、在宅利用者による通所または電話・パソコン等のICT機器の活用により、評価等を1 週間につき1回は行う。 |  |
| 原則として月の利用日数のうち1日は事業所職員による訪問または在宅利用者による通所により、在宅利用者の居宅または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。 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類（いずれかに〇） | 就労移行支援　　就労継続支援A型　　就労継続支援B型 |