

重度訪問介護における同行支援（新任従業者支援時の熟練従業者の同行）届出書

（提出先）  
川越市長

事業所名  
(事業所番号)  
所在地  
連絡先

重度訪問介護を提供するに当たり、同行支援を行う必要があるため、次のとおり届け出ます。

1 障害者

氏名		生年月日	
住所			
連絡先		受給者証番号	

2 新任従業者

	1	2	3
氏名			
生年月日			
採用年月日※			

※同行支援は採用から6か月以内の者に限りその利用が認められます。

3 同行支援が必要な理由

--

#### 4 同行支援計画

##### (1) 同行支援の予定

新任従業者氏名		1	2	3
同行支援の予定	同行支援の開始日			
	同行支援の終了日			
	同行支援の時間数※	時間 (A)	時間 (A)	時間 (A)
	他利用者での同行支援の時間数	時間 (B)	時間 (B)	時間 (B)

※同行支援の時間数の合計 (A+B) が 120 時間を超えることはできません。

##### (2) -1 同行者（熟練従業者）が新任従業者と同一事業所の同行者の場合

同行者	熟練従業者氏名			
	当該利用者へのサービス提供総時間数	時間	時間	時間

##### (2) -2 同行者（熟練従業者）が新任従業者と別事業所の同行者の場合

同行者（別事業所）	熟練従業者氏名			
	当該利用者へのサービス提供総時間数	時間	時間	時間
	事業所名 (事業所番号)	( )	( )	( )
	所在地			
	連絡先			

※届出の内容に変更があった場合は、速やかに変更事項を届け出てください。