**在宅での就労系障害福祉サービス提供の届出**

天理市長　あて

（届出者）

所在地

事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

事業所番号

届出年月日　　令和３年　　月　　日

次の対象者について、在宅でのサービス提供を届け出ます。

受給者番号

氏名

事業の種類　　　就労移行支援事業・就労継続事業（A型・B型）・就労定着支援事業

（支援の内容）

|  |  |
| --- | --- |
| 通常時の支援 | 居宅等での支援 |
|  |  |

（事業所確認欄）

・通常時の支援内容の個別支援計画及び居宅等での支援内容を反映させた個別支援計画の両方を添付のうえ、提出して下さい。

・居宅等での支援を提供した場合は、その月の翌月１０日までに報告書を提出して下さい。

・支援状況等がわかる可能な限りの記録についても報告書に添付の上ご提出ください。

・万一、書類の不備や支援内容に疑義がある場合は、後日返還請求の対象となることがあります。

※在宅でのサービス提供について、提供に関する事項・注意事項を確認しました。

チェック欄　　**□**

〈利用者確認欄〉（利用者が児童の場合はご保護者）

上記内容のとおり、居宅等でのサービス内容を確認しました。

利用者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代筆者及び保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞