（参考様式）

保健福祉センター保健福祉課長あて

重度訪問介護　同行支援計画書

（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事者の派遣に際し、同従事者による支援向上のため、経験ある従事者による同行支援を行います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | １ | ２ | ３ |
| 新規採用ヘルパー氏名 |  |  |  |
| 採用年月日 | 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） |
| 熟練ヘルパー氏名 |  |  |  |
|  |  |  |
| 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 |

年　　　月　　　日

重度訪問介護における熟練ヘルパーによる同行支援について承諾しています。

住所

利用者氏名

代理人氏名

事業所名

所在地

連絡先

サービス提供責任者