

重度訪問介護における同行支援支給申請書

東大阪市長 宛

申請日 年 月 日

私は、下記同行支援の内容について同意し、申請いたします。

支給申請に係る障害者

フリガナ		受給者証番号	
氏名		生年月日	
居住地			

同行支援に係る事業所記入欄（新任従業者の所属する事業所が記入すること。）

法人名		事業所名	
事業所番号		事業所電話番号	
事業所住所			
同行する熟練従業者	事業所名		氏名
	事業所名		氏名
	事業所名		氏名
同行支援を要する 新任従業者 ※□にチェックを 入れてください ※他事業所分も含 め、利用者1人に つき、年間で3人 までしか認められ ません	氏名（ ） 同行支援必要予定時間： 時間 分/月 <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらい最終予定日が採用日から6ヵ月以内 （採用日： 年 月 日）または 重度訪問介護加算対象者（15%加算対象者）に対する支援に初めて従事 <input type="checkbox"/> 同行してもらい時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において 120時間以下  氏名（ ） 同行支援必要予定時間： 時間 分/月 <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらい最終予定日が採用日から6ヵ月以内 （採用日： 年 月 日）または 重度訪問介護加算対象者（15%加算対象者）に対する支援に初めて従事 <input type="checkbox"/> 同行してもらい時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において 120時間以下  氏名（ ） 同行支援必要予定時間： 時間 分/月 <input type="checkbox"/> 熟練従業者に同行してもらい最終予定日が採用日から6ヵ月以内 （採用日： 年 月 日）または 重度訪問介護加算対象者（15%加算対象者）に対する支援に初めて従事 <input type="checkbox"/> 同行してもらい時間が、他の利用者への支援も含め、最終利用予定日において 120時間以下		
利用予定期間	年 月 から 年 月 まで		
同行支援必要時間	計 時間 分/月		
上記、同行支援の内容は 事実に相違ありません。	事業所名		
	代表者氏名		