令和　　　年　　　月　　　日

**２人の重度訪問介護従業者の派遣を要する理由書**

**（熟練従業者による新任従業者の同行支援について）**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所No |  |
| 事業所名 |  |
| 連絡先 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　 |

　　　町

　　　受

　　　付

　　　印

欄

**１．利用者情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  | 氏名 |  | 生年月日 |  |
| 住所 | 北谷町 |
| 支援区分 |  | 有効期間 | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月末 |

**２．熟練従業者**（当該利用者の障害特性を理解し、適切な介護が提供できる者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 | 採用年月日 | 対象者の支援開始年月 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※採用通知書等、採用年月日がわかる書類及び利用者への支援実績がわかる書類を添付してください。

**３．新任従業者**（採用から6か月未満であり、かつ当該利用者への支援に1年以上従事する見込みのある者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（年間最大3名） | 生年月日 | 採用年月日 | 対象者の支援開始年月 |
| ① |  |  |  |
| ② |  |  |  |
| ③ |  |  |  |

※採用通知書等、採用年月日がわかる書類を添付してください。

|  |
| --- |
| **４．同行支援が必要な理由**（利用者の状態及びそれに対する支援の困難さ等を記入） |
|  |

|  |
| --- |
| **５．同行支援の希望内容**（支給量の判断を行うために必要な情報です） |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 時期 | 同行支援時に新規従業者が行う内容 | 1回あたりの所要時間と1月あたりの所要時間 | 提供時間帯 |
| (例)令和元年５月 | 体位交換、食事介助を熟練ヘルパーと実施。（※１） | 6ｈ/回 | 18時から24時（※３） |
| 合計時間 | 84ｈ/月（※２） |
| 令和　　年　　月 |  |  |  |
| 合計時間 |  |
| 令和　　年　　月 |  |  |  |
| 合計時間 |  |
| 令和　　年　　月 |  |  |  |
| 合計時間 |  |

※１　各月ごとに取り組まれる内容についてご記入ください。※２　新任ヘルパー1人に対して決定できる時間数は、年間で最大120ｈ/月ですが、内容に応じて120ｈよりも少ない支給量になる可能性もあります。※３　時間帯によって単価額が変動します。単価額確認のため、おおよその時間帯の記載をお願いします。 |

**熟練従業者に対する利用者評価（利用者の同意署名）**

私へのサービスについて、同時に2人のヘルパーが支援すること及び熟練従業者（　　　　　　　　　氏、　　　　　　　　　氏、　　　　　　　　　氏）が適切な介護ができるヘルパーであることに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

利用者名：　　　　　　　　　　代　筆：　　　　　　　　（続柄：　　　　））