

重度訪問介護同行支援申請書

西宮市長

次のとおり重度訪問介護に係る同行支援の内容について同意し、申請します。

○ 申請者記入欄 (申請年月日) 年 月 日

(フリガナ) 氏名		受給者証番号	
居住地			

○ 同行支援に係る事業所記入欄 (新任介護従業者等の所属する事業所が記入してください。)

法人名		事業所名	
事業所番号		電話番号	
事業所住所			
同行支援を要する 新任介護従業者等	氏名 () 同行支援予定時間: _____ 時間/月 <input type="checkbox"/> 採用後 6 ヶ月以内の従業者 ※利用者への支援が 1 年未満となることが見込まれる場合は除く (採用日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 重度訪問介護加算対象者 (15%加算対象者) の支援が初めての従業者 <input type="checkbox"/> 他利用者にサービス提供する際にも同行支援が必要な場合、合計で 120 時間以内 ・他利用者への同行支援 (有・無) 【有の場合】 予定時間数 (時間)		
	※ <input type="checkbox"/> にチェックを 入れてください		
	※他事業所分も含めて、利用者 1 人につき、年間で 3 人までしか認められません		
利用予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
同行支援必要時間	計 時間		
熟練従事従業者	事業所名		氏名
	事業所名		氏名
	事業所名		氏名