参考様式

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 |  |

個別支援計画原案作成の業務に関する届出書

　　　年　月　日

山形県知事　殿

届出者　所在地

名称

代表者職氏名

当該事業所において、下記の者がサービス管理責任者等配置要件の例外適用のため、個別支援計画の作成に従事することを届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 事業者（法人）番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 当該事業所（施設） | 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | （郵便番号　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種別 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | | 電話番号 |  | | | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | | | |  | | | | | | | |
| メールアドレス | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従事者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 従事者生年月日 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個別支援計画の作成期間  （実践研修開始日の前日時点（予定を含む）） | | | 年　　月　　日　～　　　年　月　日  計（　　　年　　　月間） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| うち、個別支援計画を作成する回数 | | |  | 回 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※以下の要件を満たしている方のみ提出してください。虚偽の記載等が認められた場合、無効となります。

※「サービス管理責任者等」とは、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者をいう。以下同じ。

①基礎研修受講時に、既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件（相談支援業務又は直接支援業務３年～８年）を満たしている。

②障がい福祉サービス事業所等において、個別支援計画作成業務に従事する。

（具体的には、以下いずれかのとおり）

・サービス管理責任者等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案の作成までの一連の業務（注１）を行う。

　・個別支援計画を作成する回数について、少なくとも10回以上行うことを基本とする。

（注１）利用者へ面接の上アセスメントを実施し、個別支援計画の原案を作成し、サービス管

理責任者が開催する個別支援会議へ参加する等一連の業務のことをいう。

※個別支援計画の作成期間の欄には、産休・育休、療養のための休暇、長期研修等により不在の期間は参入不可