**新型コロナウイルスへの対応に伴う障害福祉サービス事業所における**

**臨時的な居宅等でのサービス提供届出書**

年　　　　月　　　　日

豊中市長　様

届出者

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる事務所の  所在地 |  |
| 名　　称 |  |
| 代表者の職・氏名 |  |

１．事業所情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | ２ | ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | |
| 事業の種類 |  | | | | | | | | | |

２．状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施開始日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 対象とする  利用者 | 受給者証番号 | 氏　名 | 住　　　所 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※行は適宜増減してください。

３．支援内容

|  |
| --- |
| 利用者の居宅等において行う具体的な支援（健康管理や相談支援等）の内容を記入してください。 |
|  |

※必ず支援内容等を記載した、サービス提供記録を作成してください。

|  |  |
| --- | --- |
| この届出に関する担当者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |