**新型コロナウイルス感染症予防に関する代替的な支援の届出書**

　佐世保市障がい福祉課長　様

新型コロナウイルス感染症予防の対応のため、下記のとおり代替的な支援をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 印 |
| 施設・事業所名 |  |
| サービスの種類 |  |
| 報告者名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 事 業 所 番 号 |  |

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな   1. 対象児名 |  |
| 1. 受給者番号 |  |
| ③ 対象期間  ※想定で構いません | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日  （計　　　　日間） |
| 1. 理由 | □休校・休園　　□事業所休業　　□接触者　　□その他 |
| 1. 理由詳細   ※新型コロナウイルス感染症予防に関連する事由で代替的な支援となる理由を明確に記載してください。 |  |
| 1. 支援内容（予定） | □電話等　　　　　　□訪問 |

※期間の長期化が想定される場合は個別支援計画書の提出をお願いいたします。

※代替的な支援は、通所予定日が対象になります。

予定がない場合は請求の対象になりませんのでご注意ください。

●保護者確認　以下の空欄に☑と署名・捺印をお願いします。

□　利用者負担が発生することの説明を受けました。

□　以上の内容に相違ないことを確認しました。

保護者同意日：令和　　　年　　　月　　　日

保護者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印