**●新型コロナウイルス感染症予防に関する代替的な支援　【電話支援等】**

１事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 連絡先 |  |

２対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | | |
| 児童氏名 | **ふりがな** | | |
| サービス種別　☑ | □放課後等デイサービス　□児童発達支援　□保育所等訪問支援 | | |
| 障がい種別  ☑をお願いします | □身体　□知的　□精神（発達障害含む）  □重症心身障がい児　□医療的ケア児 | | |
| サービス  提供年月日 | 令和　　　　年　　　月　　　日（　　　） | | |
| 電話等をかけた支援員名と電話に出た方 | | 支援員名 | 相手 |
| 代替的な支援の時間（電話をかけた時間） | 1. ：　　　　～　　　　： 2. ：　　　　～　　　　： 3. ：　　　　～　　　　： |  |  |
|  |  |
|  |  |

３支援内容

|  |
| --- |
| 【健康状態】【自宅での過ごし方】【不安・困っていること】【通所にむけて】等、  下記の空欄に代替的な支援の具体的なサービス内容を記入してください。 |
|  |

４保護者確認

□支援内容に相違ないことを認めます。（☑をお願いします）

令和　　　年　　月　　日

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

※自署の場合、押印は省略可