**●新型コロナウイルス感染症予防に関する代替的な支援【居宅訪問支援】**

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（訪問）提供年月日 | 令和　　　　年　　　月　　　日（　　　） |
| 訪問時間 | ：　　　　　～　　　　　： |
| 訪問支援員名 |  |

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