

グループホーム、障害者支援施設において臨時的な取扱いをする旨の届出

令和 年 月 日

東大阪市長 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	27
事業所名	
所在地	
事業の種類	

2 状況

開始日	令和 年 月 日		
種類			
対象となる利用者	受給者証番号	氏名	住所

3 利用者及び家族等の同意・理解 (上記2 状況 の種類に応じて、①もしくは②の署名をもらってください。)

①利用者の家族の希望等により自宅において生活する場合

新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止の必要性、重要性のため、利用者が自宅において生活することを希望します。
上記の内容に間違いありません。

利用者		印	
家族		印	利用者との関係

②事業者が自宅で受け入れが可能な利用者に自宅での生活をお願いする場合

当該事業所より利用者や家族の方に丁寧な説明があり、その内容を理解しました。
 自宅生活に伴う当該事業所からのサービス提供の内容を理解しました。
 家族の支援等により自宅での受入れ、生活が可能です。

上記の内容について、当該事業所より説明があり、その内容及びサービス提供内容を理解し、自宅生活が可能です。
上記の内容に間違いありません。

利用者		印	
家族		印	利用者との関係

※内容について確認させていただく場合があります。

この届出書に関する担当者名	
連絡先電話番号	