新型コロナウイルス感染症への対応に係る障害児通所支援における

代替サービス実績報告書

令和　　　年　　月　　日

（あて先）知多市子ども若者支援課長

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所所在地 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業者（法人）名 |  |
| 代表者名 |  |

次の利用者に係る**令和　　　年　　　月**に提供した代替サービスについて、以下のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （ふりがな）児童氏名 |  |
|  |

利用者への代替サービス内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日 | 時間 | 支援方法及び実施の理由 |
| ３ | 開始 | ： | 内容： 訪問による支援の内容を簡潔に記載してください。 |
| 終了 | ： | 理由：例）新型コロナウイルス感染症の感染者が多発し、事業所を閉所したため。 |
|  | 開始 | ： | 内容： |
| 終了 | ： | 理由： |
|  | 開始 | ： | 内容： |
| 終了 | ： | 理由： |
|  | 開始 | ： | 内容： |
| 終了 | ： | 理由： |
|  | 開始 | ： | 内容： |
| 終了 | ： | 理由： |
|  | 開始 | ： | 内容： |
| 終了 | ： | 理由： |

※行は適宜増減してください。

（この報告書に関する担当者名）

（連絡先電話番号）