

ピアサポート体制加算に関する届出書

年 月 日

（宛先）千曲市長

届出者 所 在 地
（設置者） 名 称
代 表 者

1 事業所名																	
2 サービスの種類																	
3 異動区分	1 新規 2 変更 3 終了																
4 障害者ピアサポート研修修了職員	<雇用されている障害者又は障害者であった者>																
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体												
					年												
					年												
					年												
	<table><tr><td></td><td>常勤（人）</td><td>非常勤（人）</td><td>合計（人）</td></tr><tr><td>実人員</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>常勤換算数</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）	実人員				常勤換算数				(0.5以上であること)	
		常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）													
	実人員																
	常勤換算数																
	<その他の職員>																
	職種	氏名	修了した研修の名称	受講年度	研修の実施主体												
					年												
				年													
				年													
<table><tr><td></td><td>常勤（人）</td><td>非常勤（人）</td><td>合計（人）</td></tr><tr><td>実人員</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>常勤換算数</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）	実人員				常勤換算数				(0.5以上であること)		
	常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）														
実人員																	
常勤換算数																	
5 研修の実施	直上により配置した者のいずれかにより、当該事業所等の従業者に対し、障害者に対する配慮等に関する研修を年1回以上行っている。			確認欄													

注1 研修を修了した職員は、＜障害者又は障害者であった者＞及び＜その他の職員＞それぞれ常勤換算方法で0.5以上を配置（併設する事業所（指定自立生活援助事業所、指定地域移行支援事業所、指定地域定着支援事業所、指定計画相談支援事業所又は指定障害児相談支援事業所に限る。）の職員を兼務する場合は当該兼務先を含む業務時間の合計が常勤換算方法で0.5以上になる場合を含む）してください。

注2 修了した研修の名称欄は「地域生活支援事業の障害者ピアサポート研修の基礎研修及び専門研修」等と具体的に記載。

注3 受講した研修の実施要綱、カリキュラム及び研修を修了したことを証明する書類等を添付してください。