様式第50号　　年　月　日

地域移行支援サービス費（Ⅰ）に係る届出書

事業所・施設の名称		
1　異動区分	①　新規　　②　変更　　③　終了	
2　有資格者の配置	社会福祉士若しくは精神保健福祉士の資格を有する者又はこれらに準ずる者である従業者を1人以上配置していること。	有・無
3　地域移行の実績	当該事業所の地域移行支援を利用した者のうち、地域移行支援計画に基づき、前年度に地域生活に移行した者が1人以上いること。 前年度に地域生活に移行した者の人数　・・・　　人	有・無
4　関係機関との連携	精神科病院、障害者支援施設等、救護施設等、刑事施設等との緊密な連携体制が整えられてること。 関係機関との連携の状況等 （　　）	有・無

備考１　「異動区分」欄については、該当する番号に〇を付してください。

２　「これらに準ずる者」とは、「精神障害関係従事者養成研修事業について」（平成26年３月31日付け障発0331第５号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）の精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の修了者である相談支援専門員をいう。

３　該当する資格を証する書類の写しを添付してください。研修の修了者であることをもって該当する資格に準ずる者とする相談支援専門員については、研修を修了した旨を証する書類を添付してください。

４　関係機関との連携については、その状況等を具体的に記載してください。