

訪問支援員に関する届出書
(訪問支援員特別加算・多職種連携加算・ケアニーズ対応加算関係)

事業所・施設の名称	
サービス種別	① 居宅訪問型児童発達支援 ② 保育所等訪問支援
異動区分	① 新規 ② 変更 ③ 終了

○訪問支援員の配置状況

氏名		職種（資格）	資格取得日	障害児支援 経験年数
1				年 月
				年 月
				年 月
				通算： 年 月

氏名		職種（資格）	資格取得日	障害児支援 経験年数
2				年 月
				年 月
				年 月
				通算： 年 月

氏名		職種（資格）	資格取得日	障害児支援 経験年数
3				年 月
				年 月
				年 月
				通算： 年 月

備考1 「異動区分」欄及び「サービス種別」欄については、該当する番号に○を付してください。

2 事業所に配置されている訪問支援員について記載してください。記入欄が不足する場合は、適宜追加してください。

3 障害児支援経験年数には、資格取得後の障害児支援事業所等又は任用後の障害児支援事業所等の実務経験年数を記載してください。また、実務経験を証明する書類を添付してください。

4 資格等を求める配置については、配置する職員の資格等を証明する書類を添付してください。