

**【注意】実施施設・事業所が複数ある場合は、「届出書別紙」・「事業所ごとの添付書類」を併せて提出すること。**

重度の強度行動障害支援実施届出書

令和〇年〇〇月〇〇日

千葉県健康福祉部障害福祉事業課長 様

所在地  
名称  
代表者

法人の所在地・名称等を  
記入

印

重度の強度行動障害者の支援者として、次のとおり届出いたします。併せて、下記の個人情報保護に関する事項について同意し遵守します。

施設の名	本事業を実施する事業所の名称を記入 (例 グループホーム〇〇)	別紙により、複数の施設・事業所を届け出る場合は、「別紙のとおり」を、記入すること。 他の項目は別紙にて回答
施設の所在地	上記の事業所の所在地を記入	
指定事業の種類	指定障害者支援施設または指定共同生活援助事業所を記入	
受入可能人数	届出時 ○ 名 (将来的な受入れ増加見込み ○ 名) 注意：・届出時の人数は、空床が無く、現時点で受入れが難しい場合は、「0名」と記入ください。 ・「将来的な受入れ増加見込み」の人数は、届出時の人数を含めないこと。	
強度行動障害のある方の受入実績	有 ・ 無	
受入に伴う施設整備予定	有 ・ 無 ・ 未定 (アセスメント時に決定)	
受入に伴う実施者意見	現時点では、支援体制が整っておらず、受入れは難しいが、将来的(令和〇年度頃)には、本事業を利用し、受入れを行い、支援を行っていきたいと考えている。	

●法人内で短期入所の指定を受けている施設又は事業所 有 ・ アセスメント時まで指定予定

【個人情報保護に関する事項】

(個人情報の目的外利用・提供の禁止)

- 暮らしの場支援会議から提供され知り得た個人情報。また、県の承諾なしに第三者へ提供しないこと。法人登録を解除した後においても、同様であること(複写又は複製の禁止)

- 入所調整のために県から引き渡された個人情報記録された資料等を、県の承諾なしに複写又は複製してはならないこと。

「受入に伴う実施者意見」については、現時点での、施設(事業所)の状況や将来の受入れについて、ご意見がある場合は、記入ください。

(添付資料)

研修修了証の写し ※上記事業所に配置している職員の修了証に限る。

強度行動障害支援者養成研修(実践研修)又は強度行動障害のある方の支援者に対する研修(16人研修)

【連絡先】

所属：  
電話：

担当者(職・氏名)：  
メール：

連絡先の記入  
法人・事業所どちらでも可