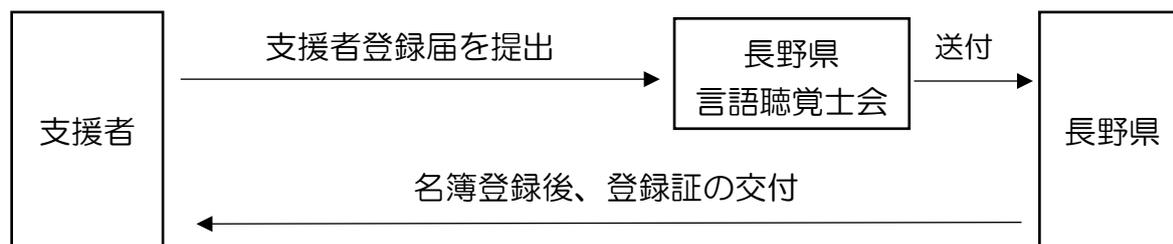


派遣事業の対応（支援者向け）

1. 支援者登録とその後の対応
2. 派遣依頼の実施とその後の対応
3. 各種様式

1. 支援者登録とその後の対応



意思疎通支援者の登録申請

「失語症者向け意思疎通支援者登録届（様式第6号）」を、講習会最終日に配布します。記入後、事務局に提出してください。

最終日に欠席の場合、用紙を各自で当会 HP からダウンロードして以下に郵送してください。

郵送先

〒383-0814 長野県長野市西鶴賀町 1570

長野中央病院リハビリテーション科 長野県失語症者向け意思疎通支援事業事務局宛

名簿への登録

提出された登録届を長野県言語聴覚士会が県に郵送します。

県が長野県失語症者向け意思疎通支援者名簿に登録をします。

登録完了後から、名簿登録者に対して「長野県失語症者向け意思疎通支援者登録証（様式第7号）」が交付されます。

派遣、支援事業の際に携行してください。

登録届内容の変更について

「失語症者向け意思疎通支援者登録届（様式第6号）」の内容に変更が生じた場合は、変更した箇所を赤字で記載した失語症者向け意思疎通支援者登録届（様式第6号）を、県に郵送またはFAXをしてください。

郵送先

〒380-8570 長野市大字南長野字幅下 692-2

長野県健康福祉部 障がい者支援課 在宅支援係

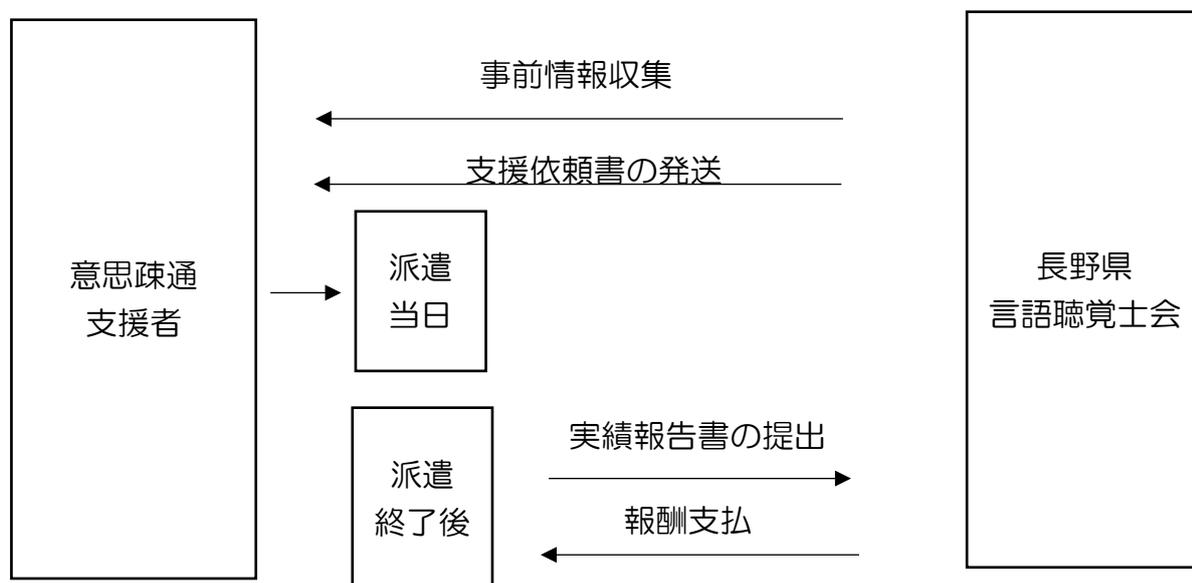
FAX：026-234-2369 長野県健康福祉部 障がい者支援課

登録継続の確認

県から意思疎通支援者名簿登録、実施の意向などの確認が3年に1度、行われますので、対応をお願いします。

2.派遣依頼の決定とその後の対応

派遣・報告の流れ



事前情報収集への協力

長野県言語聴覚士会の派遣事業コーディネーターから、利用者の情報や派遣日などの情報提供、派遣事業の対応が可能かなどの確認の電話がありますので、対応をお願いします。

派遣決定通知

利用者と支援者の調整が完了次第、長野県言語聴覚士会コーディネーターから「失語症者向け意思疎通支援依頼書（様式第4号）」をメールまたは郵送で発送されます。

内容をご確認の上、派遣当日まで各自、必要物品の準備や講習会内容の確認などをすすめてください。

派遣当日

依頼書に記載されている内容にそって、事故の無いように、利用者さんと楽しく意思疎通支援を行って下さい。

- ・業務上知りえた情報は他言しないこと。
- ・業務中は、登録証を常に携行をお願いします。
- ・利用者に関することは、事前にご家族と確認いただいている対応をお願いします。
- ・支援者に関することは、事故や事件性があるような場合は警察への通報、救急等は医療機関や消防へ連絡等、通常に対応をお願いします。損害保険の対象になる場合は、加入している保険会社への連絡も行う。
- ・緊急連絡先

長野県言語聴覚士会 コーディネーター専用携帯：090-8129-1649

県庁 平日：026-235-7104（障がい支援課直通）

休日：026-232-0111

「障がい者支援課に緊急で連絡を取りたい」と伝えれば、担当者に連絡がつきます。

派遣終了後

派遣業務完了日から1週間以内に、「活動実績報告書（様式第5号）」をメール添付にて提出してください。団体からの依頼であっても、支援者ごとに提出してください（失語症者一人で行って記入）。

提出先

アドレス：ishisotsu-haken@slht-nagano.org

長野県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業実行委員会派遣事業担当者宛て
メール表題：「活動実績報告書」

内容を確認後、活動の翌月15日ごろまでに指定口座に報酬をお支払いします。

報酬は別に定める、長野県失語症者向け意思疎通支援者派遣事業実施要綱に基づいて対応いたします。税処理が必要なため、支払調書や通知書も郵送します。

支援業務に関する疑問、質問などがある場合は以下の対応となります。

アドレス：ishisotsu-haken@slht-nagano.org

長野県言語聴覚士会 失語症者向け意思疎通支援事業実行委員会派遣事業担当者宛て
メール表題：「支援業務の問い合わせ」

内容を確認後、フォローアップ研修担当者に情報提供し、研修内容の案内を行います。

3.各種様式

様式第4号

令和 年 月 日

失語症者向け意思疎通支援依頼書

様

一般社団法人 長野県言語聴覚士会の長
次のとおり失語症者の意思疎通支援を依頼します。

依頼失語症者		
連絡先		
依頼日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分	
用務内容 行き先等		
待ち合わせ	時間	午前・午後 時 分
	場所	
終了予定	時間	午前・午後 時 分
	場所	
支援方法		
その他連絡事項		

連絡先

メール：ishisotsu-haken@slht-nagano.org

コーディネータ携帯：090-8129-1649

活動実績報告書

(一社)長野県言語聴覚士会の長 様

住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

令和 年 月 分の活動実績を下記のとおり報告します。

1 活動実績

日	活動時間	時間数 ※1	利用者氏名 (対象失語症者)	活動開始場所 活動終了場所	公共交通機関利用の場合の交通費			自家用車 利用の場合	活動内容
					交通手段 (バス・JR等)	駅名(バス停名)	金額 (円)	距離 (km)	
	: ~ :					往路 ~			
						復路 ~			
	: ~ :					往路 ~			
						復路 ~			
	: ~ :					往路 ~			
						復路 ~			
	: ~ :					往路 ~			
						復路 ~			
	: ~ :					往路 ~			
						復路 ~			
	: ~ :					往路 ~			
						復路 ~			
合 計									

2 報酬等請求額

報酬額(活動時間×2,000円)	交通費
円	円

【活動実績報告書の提出について】

1 活動実績報告書中、「活動内容」欄には、次のアまたはイの区分を記入してください。

区分	内 容
ア	行事、会合等のための支援
イ	その他

2 自家用車の場合の距離数は、1km以下を切り捨てて記入してください。

【※1留意事項】

* 意思疎通支援以外の活動(例:支援者が買い物、掃除、調理等を行うこと)は当事業の対象になりません。

* 失語症者との対面以外の代書、代読、テープ録音等も当事業の対象になりません。

失語症者向け意思疎通支援者登録届

◎ 長野県失語症者向け意思疎通支援者名簿に登録を希望しますか。

希望する 希望しない

※ 希望する場合は、以下にご記入をお願いします。

ふりがな								
氏名								
住所	〒							
連絡先	電話番号				携帯電話			
	FAX番号				携帯			
	メールアドレス				メールアドレス			
勤務先	(電話) 勤務先への連絡の可否 可・否							
活動可能な曜日 時間帯	月	火	水	木	金	土	日	祝日
養成講習 終了状況	<input type="checkbox"/> 長野県失語症者向け意思疎通支援者養成講習 年 月 日修了 <input type="checkbox"/> 他自治体の講習 年 月 日修了 (講習会名:)							
報酬等振 込銀行口 座	銀行 支店 普通・当座 口座番号 口座名義人							

- この申請書に記載された情報は、長野県失語症者向け意思疎通支援者登録名簿として(一社)長野県言語聴覚士会で管理します。
本事業は長野県が実施し、(一社)長野県言語聴覚士会へ運営を委託しています。
- 登録内容に変更が生じた場合は、(一社)長野県言語聴覚士会まで申し出てください。
- この情報は、失語症者向け意思疎通支援者派遣事業以外に利用しません。