**年度　自立支援担当職員報告書**

　年　　月　　日

奈良県知事　殿

施設名

施設長名

１　自立支援担当職員を配置する施設の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 施設種別 |  |
| 所在地 |  |
| 入所児童 | 定員　　　人（暫定定員　　人）　現員　　　人 |

２　自立支援担当職員について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名及び  生年月日 | 氏名：　　　　　　　　年齢：  経歴等： | |
| 資格要件  ※該当資格に○を付してください。 |  | 社会福祉士の資格を有する者 |
|  | 精神保健福祉士の資格を有する者 |
|  | 児童養護施設等において児童の養育に５年以上従事した者 |
|  | 児童福祉法第13条第３項各号のいずれかに該当する者 |
| 加算  ※いずれかに○を付してください。 |  | 自立支援担当職員加算（Ⅰ）  アフターケア対象者20人以上かつ支援回数240回以上（対象者１人につき月１回以上を想定） |
|  | 自立支援担当職員加算（Ⅱ）  アフターケ対象者10人以上かつ支援回数120回以上  （対象者１人につき月１回以上を想定 ） |

３　自立支援の実施内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象となる子どもの数 | | 人 | 支援回数（延べ） | 回 |
| 支援内容 | 退所前 |  | | |
| 退所後 |  | | |

　　　※実施内容は、別紙の添付でも可