

移動支援事業従業者名簿

NO	氏 名	生年月日	資格要件	資格等取得日	雇用契約日
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

資格要件欄については、下記により該当する ~ までの番号を記入してください。

「移動支援従業者」の要件について

介護福祉士

介護職員基礎研修修了者

居宅介護従業者養成研修1、2級課程修了者

行動援護従業者(実務経験2年以上)

居宅介護従業者養成研修3級課程修了者

行動援護従業者養成研修課程修了者で実務経験2年未満の者

廃止前の視覚障害者外出介護従業者養成研修、全身性障害者外出介護従業者養成研修、

知的障害者外出介護従業者養成研修課程修了者

~ の者がサービス提供を行った場合には、「移動支援(身体介護を伴う)」は30%、「移動支援(身体介護を伴わない)」は10%の減算を行う。