（様式３　通報等受理市町村→支給決定市町村　報告）

　　　年　　月　　日

（支給決定市町村障がい福祉担当課）課長　様

（通報等受理市町村障がい福祉担当課）課長

障害者福祉施設従事者等による障がい者虐待相談・通報・届出について（報告）

　標記の件について、貴市町村が支給決定している者に関する事案のため、下記のとおり報告します。

記

１　虐待の相談・通報・届出を行った者（該当するものに○印）

　・障がい者本人　　・障がい者の親族、知人

・障害者福祉施設従事者等（管理者／当該施設等職員／元職員）

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　相談・通報・届出の内容（現段階で把握している内容を記載してください。）

（１）障害者福祉施設等の名称、所在地、サービスの種別（裏面参照）

　　　名　称：

　　　所在地：

　　　種　別：

（２）相談・通報・届出の受付日

　　　　　　年　　　月　　　日

（３）虐待（疑い）の種別（該当するものに○印）

　　・身体的虐待　　・性的虐待　　・心理的虐待　　・放棄・放置　　・経済的虐待

＊通報等の内容の詳細は、受付記録等を添付すること。

３　対応経過（通報等の受理後から引継ぎまでの対応経過）

４　事案対応における留意事項等

担当者名　　　　　　　　　　　連絡先

〔記載の留意事項〕

本様式は、通報等を受理した市町村が可能な限り記載し、支給決定市町村へ事案を引き継ぐ際に使用する。

なお、その際には、通報等受理市町村において作成している受付記録等の参考資料を添付し、虐待を受けたと思われる障がい者の氏名や、通報者等の連絡先を含め、詳細を引き継ぐこと。添付する受付記録等の内容により、本様式１から３の項目が網羅できる場合は、記載を省略して差し支えない。

　また、支給決定市町村へ引き継ぐ際には、通報等を行った者の意向も併せて引き継ぐこと（匿名扱いの希望等）。

〔１の（１）サービスの種別〕

１の（１）は、以下を参考に記載してください。

〔障害者総合支援法〕

・障害者支援施設

・のぞみの園

・居宅介護

・重度訪問介護

・同行援護

・行動援護

・療養介護

・生活介護

・短期入所

・重度障害者等包括支援

・自立訓練（機能・生活・宿泊型）

・就労移行支援

・就労継続支援Ａ型

・就労継続支援Ｂ型

・就労定着支援

・自立生活援助

・共同生活援助（グループホーム）

・一般相談支援

・特定相談支援

・移動支援

・地域活動支援センター

・福祉ホーム

〔児童福祉法〕

・児童発達支援

・医療型児童発達支援

・放課後等デイサービス

・居宅訪問型児童発達支援

・保育所等訪問支援

・障害児相談支援