（様式４　支給決定市町村→保健福祉事務所　報告）

　　　年　　　月　　　日

（圏域名）保健福祉事務所福祉課長　あて

（支給決定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Ⅰ）

　障害者福祉施設従事者等による障がい者虐待の相談・通報・届出がありましたので、下記のとおり報告します。

記

１　虐待の相談・通報・届出の内容

　　別添のとおり。

　　＊受付記録等を添付すること。

２　今後の取組方針（事実確認調査の日程等）

３　県との連携の必要性（該当する場合に○印）

　・事実確認調査への同行（必要とする理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　・広域調整（支給決定市町村が複数の場合など）

　・障害者総合支援法等による権限行使（必要とする理由　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

担当者名　　　　　　　　　　　連絡先

（記載の留意事項）

　本様式は、支給決定市町村が通報等を受理した場合、もしくは、通報等受理市町村から支給決定市町村に通報等の報告があった場合に必要事項を記載し、障害者福祉施設等を管轄する保健福祉事務所へ報告する際に使用する。

　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、通報等の詳細がわかる参考資料を添付すること。