

訓練等給付事業の利用期間延長にかかる支援事業者意見書

提出年月日 年 月 日

区保健福祉センター所長

届出者 所在地
事業者名
代表者名

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業にかかる評価結果を報告します。

受給者証番号																		支給決定 障がい者氏名		
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助																			
契約事業所番号																			契約事業所名	
支援実施者 (サービス管理責任者)																				
当初支援計画の 進捗状況																				
延長を必要 とする期間	年 月 日～ 年 月 日																			
延長が必要 となる理由																				
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 個別支援計画（利用当初作成分の写し） <input type="checkbox"/> 2 利用期間延長にかかる個別支援計画案																			

※区保健福祉センター処理欄

利用期間延長の適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
意見欄	

※上記枠内に記入しきれない場合は、別紙を添付していただいても構いません。

記入例

訓練等給付事業の利用期間延長にかかる支援事業者意見書

提出年月日 平成25年3月1日

北 区保健福祉センター所長

届出者 所在地 大阪市北区中之島1-1-1
事業者名 中之島園
代表者名 中之島 太郎

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業にかかる評価結果を報告します。

受給者証番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	支給決定 障がい者氏名	大阪 次郎
サービスの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 宿泊型自活訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助		
契約事業所番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	契約事業所名	中之島園
支援実施者 (サービス管理責任者)	北区 花子		
当初支援計画の 進捗状況	平成23年10月にサービスの利用を開始し、平成24年6月までは順調に訓練メニューをこなしていたが、当該利用者が疾病により病院にて3ヶ月間の入院を余儀なくされた。長期間に渡る入院のため、平成23年10月からすでに行っていた訓練メニューについても再度初期段階から訓練を行う必要が生じたため、個別支援計画を見直し、今日に至るまで訓練を行ってきたところである。		
延長を必要とする期間	平成 25 年 4 月 1 日～平成 25 年 9 月 30 日		
延長が必要となる理由	入院等により当初の個別支援計画より半年程度訓練が遅滞しており、利用期間が終了となる3月末までに目標を達成することが困難になった。 しかし、4月からの半年間、別紙個別支援計画のとおり訓練を続行することにより自立した日常生活が可能となることを見込まれることから、利用期間延長を希望するものである。		
添付書類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 個別支援計画（利用当初作成成分の写し） <input checked="" type="checkbox"/> 2 利用期間延長にかかる個別支援計画案		

※区保健福祉センター処理欄

利用期間延長の適否	<input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
意見欄	
上記理由から利用期間内にサービスを完遂できないやむを得ない事由があり、今後個別支援計画に基づき支援を行うことで、目標を達成できると認められるため、平成25年4月1日から平成25年9月30日までの利用期間の延長が必要であると考えます。	

※上記枠内に記入しきれない場合は、別紙を添付していただいても構いません。