

訓練等給付事業の利用期間延長に係る支援事業者意見書

令和 年 月 日

河内長野市福祉事務所長 様

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係る評価結果を報告します。

受給者証番号			
フリガナ		生年月日	T・S・H 年 月 日
支給決定 障害者氏名		性別	男 ・ 女
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"/> 就労移行支援		
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	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
延長が必要となる理由			
添付書類	<input type="checkbox"/> 個別支援計画（利用当初作成分の写し） <input type="checkbox"/> 利用期間延長に係る個別支援計画案		

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。

※市処理欄

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

訓練等給付事業の利用期間延長に係る支援事業者意見書

記入例

平成〇〇年 〇月 〇日

河内長野市福祉事務所長 様

届出者 所在地 河内長野市〇〇町〇-〇
 事業者名 △△△園
 代表者名 〇〇 〇〇

印

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業に係る評価結果を報告します。

受給者証番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
フリガナ	加子 夕唯	生年月日	T・S・H 〇〇年 〇月 〇〇日
支給決定 障害者氏名	河内 太郎	性別	男・女
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 checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援		
契約事業所番号	2 7 0 0 0 1 2 3 4 5		
契約事業所名	△△△園□□センター	支援実施者 <small>(サービス管理責任者)</small>	河内 次郎
当初支援計画の 進捗状況	平成〇年〇月にサービスの利用を開始し、平成〇年〇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、既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 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
延長が必要となる理由	入院のため当初の個別支援計画より半年程度訓練が遅延しており、利用期間が終了となる〇月末までに目標を達成することが困難となった。しかし、〇月からの半年間、別紙個別支援計画書のとおり訓練を続行することに自立した日常生活が可能となることが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"/> 個別支援計画（利用当初作成分の写し） <input checked="" type="checkbox"/> 利用期間延長に係る個別支援計画案		

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。

※市処理欄

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

訓練等給付事業の利用期間延長に係る支援事業者意見書

市意見欄記入見本

平成〇〇年 〇月 〇日

河内長野市福祉事務所長 様

届出者 所在地 河内長野市〇〇町〇-〇
 事業者名 △△△園
 代表者名 〇〇 〇〇

印

下記のとおり関係書類を添えて訓練等給付事業に係る評価結果を報告します。

受給者証番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0		
フリガナ	カチ タロウ	生年月日	T・S・H 〇〇年 〇月 〇〇日
支給決定 障害者氏名	河内 太郎	性別	男・女
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input checked="" type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	
契約事業所番号	2 7 0 0 0 1 2 3 4 5		
契約事業所名	△△△園□□センター	支援実施者 <small>(サービス管理責任者)</small>	河内 次郎
当初支援計画の 進捗状況	平成〇年〇月にサービスの利用を開始し、平成〇年〇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、既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 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
延長が必要となる理由	入院のため当初の個別支援計画より半年程度訓練が遅延しており、利用期間が終了となる〇月末までに目標を達成することが困難となった。しかし、〇月からの半年間、別紙個別支援計画書のとおり訓練を続行することに自立した日常生活が可能となることが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"/> 個別支援計画（利用当初作成分の写し） <input checked="" type="checkbox"/> 利用期間延長に係る個別支援計画案		

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。

※市処理欄

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、平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日までの利用期間の延長が必要であると考えている。

