**訓練等給付における標準利用期間を超える支給決定にかかる意見書**

**または地域移行支援における更新(1年以上)にかかる意見書**

**記載時の留意事項**

　　　記入日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者の名称  及び  代表者の氏名 |  | | | | | | | | | | |
| 記入者の氏名  及び連絡先 | TEL  該当する項目にチェックをしてください。 | | | | | | | | | | |

**下記のとおり、 □訓練等給付における標準利用期間を超える支給決定**

**□地域移行支援における更新(1年以上) について、本事業所の意見を提出します。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 利用者氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | 昭和・平成 　 年 　 　月 　　日  令和　　　　　　　　　（　　 　歳） |
| 利用サービスの  種類 | □ 自立訓練（機能訓練） 　　□ 自立訓練（生活訓練） 　□ 地域移行支援  □ 宿泊型自立訓練　□ 就労移行支援　　□ 自立生活援助 □ 共同生活援助（通過型）  最新の支給決定期間ではなく、当該サービスをいつから利用しているか確認しますので、通算期間を記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 現在の  支給決定期間 | 年　 　月　 　　日　～　　　　　 　年　　 　月　　 　日 | | | | | | | | | | | |
| 延長を必要と する期間 | 年　　 　月　　 　日　～　　　　　 　年　　 　月　　 　日 | | | | | | | | | | | |
| 当初支援計画の  進捗状況 | 1. 利用当初の支援目標 2. 計画の見直しの状況 3. 支援目標に対する到達状況   等について具体的に記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 延長が必要と  なる理由 | 1. 延長が必要となる理由 2. 延長を必要とする期間の根拠・理由 3. 期間延長することで達成される事項   等について具体的に記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 本人の希望 |  | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 個別支援計画表　または　地域移行支援計画 | | | | | | | | | | | |

**東　京　都　北　区**