

標準利用期間を超える支給決定の再更新についての意見書

提出年月日 年 月 日

(提出先) 川越市長

事業者番号	
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

下記のとおり訓練等給付費の支給決定の再更新について本事業所の意見を提出します。

受給者証番号		支給決定 障害者名	
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 <input type="checkbox"/> 共同生活援助（地域移行型ホーム） <input type="checkbox"/> 共同生活援助（サテライト型住居） <input type="checkbox"/> 地域移行支援		
支給決定の更新に係る有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
支給決定期間内における事業所の開所日数	日	支給決定期間内における利用日数	日
		平均利用日数/月	日

1 標準利用期間を超えて再更新を行う必要性の有無

再更新についての事業者意見（あてはまる記号に○）	A	現時点では十分な訓練効果を得られていないが、継続してサービスを利用することで改善が見込まれるため、サービスの利用の継続が適当
	B	十分な訓練効果が見込まれないため、サービスの利用の継続は不適當 ⇒ 利用が適当と思われるサービス（ ）
	C	訓練による十分な成果が得られたため、サービスの利用の継続は不要
	D	その他（ ）

2 1の意見の理由 1の回答がAの場合の継続希望期間

		~	

3 支給決定の更新期間において設定した課題・目標とそれに対する取組（支援内容・経過）

No	課題・目標	取組（内容・経過）
①		
②		
③		
④		

4 3の課題・目標に対する達成度と残った課題
 ※3の各Noと対応するように記載してください

No	達成度	残った課題
①		
②		
③		
④		

5 4の課題を改善するための具体的方策
 ※4の各Noと対応するように記載してください

希望する 再更新期間		か月
---------------	--	----

No	具体的方策
①	
②	
③	
④	

※行が不足する場合、行を追加してください（スケジュールにも反映してください）

3 / 3

【要確認】事業所提出書類

標準利用期間を超える支給決定の再更新についての意見書（本紙）
スケジュール表（別紙）
個別支援計画書（案）（任意様式）

