様式第１

年　　月　　日

　常滑市長　殿

届出者　所在地

事業所名

代表者名

標準利用期間延長に係る事業所意見書

　下記のとおり、関係資料を添えて本事業所の意見書を提出します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 支給決定  障がい者氏名 |  |
| サービスの種類 | □ 自立訓練（機能訓練）　□ 自立訓練（生活訓練）  □ 宿泊型自立訓練　　　　□ 就労移行支援  □ 自立生活援助　　　　　□ 地域移行支援  □ 共同生活援助（地域移行支援型ホーム）  □ 共同生活援助（サテライト型住居利用） | | |
| 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  ※最大１年間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | | |
| 現在までの  支援内容・経過 |  | | |
| 延長が必要  となる理由 |  | | |
| 記入者 |  | | |
| 添付書類　□　現在の個別支援計画・アセスメント表の写し  　　　　　□　利用期間延長に係る個別支援計画（案）  　　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |

【本人同意欄】

　私は、サービス利用期間の延長を希望し、上記の内容を確認しました。

　　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

意見書作成の注意点

**（１）「現在までの支援内容・経過」**

　　　サービス利用してから現在までの支援内容及びその経過、評価結果について記載してください。

**（２）「延長が必要となる理由」**

　　　以下の「標準利用期間を超えてサービスの提供が必要であると認められる場合」を留意の上、そのサービスを継続することが必要である固有の理由を具体的に記載してください。

　　　「日中に通所する場所が必要」「利用者相互の関わりが必要」などといったサービス全般に共通するような理由は認められません。

|  |  |
| --- | --- |
| 標準利用期間を超えてサービスの提供が必要であると認められる場合 | |
| 自立訓練（機能訓練） | リハビリや各種療法を実施しており、さらに継続する必要があること。地域・在宅生活に向けて、具体的な調整や支援が必要であること。 |
| 自立訓練（生活訓練）  宿泊型自立訓練 | 地域・在宅生活に向けて、具体的な社会生活上のスキルを学ぶ必要があること、若しくは現在訓練中でさらに継続が認められること。 |
| 就労移行支援 | 更新時点で一般就労への具体的な見通しがあること。  （採用が内定している、現在職場実習中である、今後具体的な職場実習の予定がある。など） |
| 自立生活援助 | 一人暮らしでの生活で、理解力や生活力等に不安が残り、継続したサービスの必要性が認められること。 |
| 共同生活援助（地域移行支援型ホーム） | 早期に地域移行ができる体制が見込まれていること。 |
| 共同生活援助（サテライト型住居利用） | 単身生活への移行が見込まれていること。 |

**（３）「添付書類」**

現在の個別支援計画・アセスメント表の写し、延長期間中の目標及び支援内容を具体的に記載した個別支援計画（案）を添付してください。様式は事業所の作成している任意の様式で差し支えありません。

**（４）「本人同意欄」**

　　　サービス利用者にサービスの延長の希望・意見書の内容を確認してもらい、日付、署名及び押印をもらってください。

**（５）その他**

　　・意見書はＡ４サイズで両面印刷してください。

　　・記載欄に記載しきれない場合には、別紙に記載し提出してください。

　　・提出期限は、当該サービスが終了する月に行われる障がい総合支援認定審査会開催日（毎月第２金曜日）の10日前までです。遅れる場合は事前に必ず福祉課へ連絡してください。

※市処理欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 審査会開催日 | 年　　　月　　　日（　　） | |
| 審査結果及び  その理由 | １ | 現時点では十分な訓練・支援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。 |
| ２ | 十分な訓練・支援効果が見込まれないため、サービスの利用の継続は不適当。 |
| ３ | 訓練・支援による十分な効果が得られたため、サービスの利用の継続は不要。 |
| ４ | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 意見等 |  | |