

地域相談支援事業の利用期間延長にかかる申請書

提出年月日 年 月 日

八王子市長 殿

届出者 所在地

事業者名

代表者名

以下の通り、関係書類を添えて地域相談支援事業にかかる利用期間の延長を申請します。

支給決定 障害者氏名		受給者証番号	
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	
サービス利用開始日	年 月 日 (年 ヶ月)		
延長が必要な期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月)		
当初支援計画の 進捗状況			
延長が必要 となる理由等			
本人の希望等			
記入者(担当)氏名		最終アセスメント日	年 月 日
添付書類等	<input type="checkbox"/> 1 個別支援計画・アセスメント表(利用当初作成成分から現在までの写し) <input type="checkbox"/> 2 利用期間延長にかかる個別支援計画案 <input type="checkbox"/> 3 その他 ()		
※事務処理欄			

※上記枠内に記入しきれない場合は、別紙を添付してください。