

## 標準利用期間を超える更新決定にかかる事業者意見書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

届出者 所在地  
事業所名  
代表者名  
(記入者)

下記のとおり、標準利用期間を超えるサービス利用について意見を提出します。

支給決定 障がい者氏名		受給者番号	
サービス種別	<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(サテライト)		
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援(※審査会の審査なし)		
既支給決定期間	年 月 日	～	年 月 日
延長を必要とする期間	年 月 日	～	年 月 日
サービス利用状況 (頻度・時間・内容)			
支援計画の 進捗状況			
現在の 本人の課題			
延長を必要 とする理由・ 今後の見込			
添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・個別支援計画(利用当初から期間終了まで)</li> <li>・個別支援計画作成時のアセスメント内容を記録したもの(上記に同じく)</li> </ul>		
利用者 確認欄	上記の内容を確認しました。引き続きサービスの利用を希望します。 年 月 日 ※本人又は代理人による署名をお願いします。  利用者氏名  代理人氏名 (本人との続柄 )		

(以下、管理区記入欄:審査会の意見を踏まえ、管理区が記入)

○延長の必要性の有無 有 無  
 ○今後の支援において留意すべき事項など

記入者		記入日	年 月 日
-----	--	-----	-------