

標準利用期間を超えた支給決定の要否についての勘案事項
(地域移行支援)

I 対象者

ふりがな	ちょうふ たろう	性別	男・女	年齢	(38) 歳
対象者氏名	調布 太郎			生年月日	S58年4月1日

II 障害種別

障害種別	等級など
1) 身体障害者手帳	(3) 級 (視覚・聴覚・ 肢体不自由 ・内部・その他 ())
2) 愛の手帳	() 度
3) 精神障害者保健福祉手帳	(2) 級
4) その他	<input checked="" type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 難病 (診断名: 統合失調症)

III 入所・入所状況

入所・入所先	<input type="checkbox"/> 入所施設 <input checked="" type="checkbox"/> 精神科病院 <input type="checkbox"/> その他病院等 () 入院・入所時期 (令和2年●月 から)
--------	---

IV 期間延長の理由等

延長期間	(6) か月	令和3年4月1日 ~ 令和3年9月30日
現在までの利用経過	支援開始時期	令和2年4月1日 ~
	支援経過	<p>審査会で検討する内容の中心となる事項です。 項目に従って記載してください。 記載量が多くなる場合には、欄を拡大しても差し支えありません。 審査は匿名で行います。具体的な個人名、事業所名、医療機関名、会社名等は使用しないでください。</p> <p>例) ○○作業所 → 自立訓練事業所 △△病院 → 精神科病院 その他「施設の担当者」「相談支援事業所」など</p>
支援成果		
今後の利用予定	支援内容	
	地域移行時期 (見込)	令和3年9月
	移行先 (見込)	障害者グループホーム
本人(家族)の希望、意見	(本人の希望、サービス利用意向などについて記載してください。)	
事業所意見	(事業所としての、サービス延長についての所見などを記載してください。)	

担当 CW 意見 (●●)	(市で記載するので、事業所では記載不要です。)
--------------------	-------------------------

V その他勘案事項

その他 勘案事項	<p>(自由記載) 全般的な経過, 活動の様子, 本人の取組み状況など</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="color: red;">上記以外に記載したい事項, 審査において考慮してほしい事項などについて自由に記載してください。</p> </div>
-------------	---

VI 作成者

事業所名	○○○○事業所	担当者名	○○
		連絡先	042-XXX-XXXX

上記記載例に従って作成いただき,
下記まで 電子メール にてご提出ください。

【送信先】 syougai@w2.city.chofu.tokyo.jp

調布市 福祉健康部 障害福祉課 (地区担当ケースワーカー) 宛
(TEL) 042-481-7094