

西条市福祉事務所長 殿

事業所名
代表者名

標準利用期間を超える支給決定に係る意見書

下記のとおり、訓練等給付の支給決定の標準利用期間を超える支給決定について、本事業所の意見を提出します。

記

氏 名		性 別	
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
現 住 所			
サービス種類	<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		
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 (最長1年間)	年 月 日 ～ 年 月 日		
サービス利用 までの経過			
サービス利用中の 訓練内容及び評価			
延長が必要 となる理由等			

【添付資料】 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)等