**サービス等利用計画案等受付票**

**印**

**印**

※事業者が記入してください

療育支援課　障害福祉課

確認欄

**【利用者情報等】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受給者証番号** |  | **利用者氏名** |  | |
| **利用開始日** | **令和　　　年　　　月　　　日～** | **モニタリング期間** | |  |

**【申請区分】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□　新規（初めてサービス等利用計画案を作成）** | ⇒ | **提出書類①を提出してください** |
| **□　障害支援区分の更新**  **□　サービス（計画相談支援）の継続**  **□　支給量変更等** | ⇒ | **提出書類①及び②を提出してください**  **（サービス追加・支給量変更の場合、**  **第２２号様式・第２３号様式は不要です）** |

**【提出書類】**

|  |  |
| --- | --- |
| **①** | **②** |
| **□　計画相談支援給付費支給申請書（第２２号様式）**  **□　計画相談支援依頼（変更）届出書（第２３号様式）**  **□　サービス等利用計画案**  **□　共同生活援助利用意向調査票**  **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | **□　モニタリング報告書**  **＜提出理由＞**  **□　継続して計画相談支援の支給決定が必要である**  **□　サービスの支給量が変更となる**  **□　モニタリングの期間を変更する必要がある**  **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** |

**【事業所情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所番号（１０ケタ）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **担当者名** |  |
| **指定特定相談支援事業者情報** | **事業所名：**  **事業所住所：**  **ＴＥＬ：** | | | | | | | | | | | |
| **兼務状況** | **利用者（予定者）のサービス提供（予定）事業所の職員と**  **□　兼務していない**  **□　兼務している（事業所名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **※兼務している場合、原則としてモニタリングを行えません** | | | | | | | | | | | |

≪担当課使用欄≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受付処理** | **ＣＷ確認** | **受付者** | **収受印** |
| **□　計画相談支援給付費支給申請書（第２２号様式）** | **□　不備あり** | **印** |
| **□　計画相談支援依頼（変更）届出書（第２３号様式）** | **□　不備あり** |
| **□　サービス等利用計画案**  **□　利用者及びその家族に対する意向**  **□　総合的な援助の方針**  **□　生活全般の解決すべき課題**  **□　提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期**  **□　福祉サービス等の種類・内容・量**  **□　福祉サービス等を提供する上での留意事項**  **□　モニタリング期間** | **□　不備あり**  **□** | **ＣＷ** |
| **印** |
| **モニタリング期間** | |
| **□　１年毎　　　□　半年毎**  **□　３ヶ月毎　　□　毎月**  **当初　　ヶ月毎月**  **及び　　ヶ月毎**  **□　その他** | |
| **□　モニタリング報告書** | **□　不備あり** |
| **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | **□　不備あり** |