**障害児支援利用計画案等受付票**

**【利用者情報等】**

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

**【申請区分】詳細については、ガイドラインP.５参照**

**□　①新規(1)　　　　　□　②新規(2)　　　　□　③追加　　　　□　④変更　　　　□　⑤継続**

**□　⑥障害児相談支援事業所の変更　　　　 □　⑦モニタリング期間の変更**

**【提出書類】白いマスが提出書類。用意ができたら☑をつける。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通所受給者証 |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童発達支援等通所給付費支給申請書（第１号様式） |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害児通所給付費等支給等決定変更申請書（第６号様式） |  |  |  |  |  |  |  |
| 収入等申告書兼同意書(児童) |  |  |  |  |  |  |  |
| **障害児相談支援給付費申請書（第１４号様式）** |  |  |  |  |  |  |  |
| **障害児相談支援依頼（変更）届出書（第１７号様式）** |  |  |  |  |  |  |  |
| **障害児支援利用計画案等受付票（市指定の書式）** |  |  |  |  |  |  |  |
| **障害児支援利用計画案(1).(2)/週間ケア計画** |  |  |  |  |  |  |  |
| **モニタリング報告書（直近のもの）** |  |  |  |  |  |  |  |

**【事業所情報】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所番号（１０ケタ）** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **指定障害児相談支援事業者 情報** | **事業所名：**  **事業所住所：**  **ＴＥＬ：** | | | | | | | | | |
| **担当者氏名** |  | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | |

↓担当使用欄↓

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受付処理** | **確認** | **収受印** | |
| **□　障害児相談支援給付費申請書（第１４号様式）** | **□　不備あり　□　不備なし** |
| **□　障害児相談支援依頼(変更)届出書（第１７号様式）** | **□　不備あり　□　不備なし** |
| **□　障害児支援利用計画案**  **□　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**  **□　サービスの種類・内容・量**  **□　サービスを提供する上での留意事項**  **□　モニタリング期間** | **□　不備あり　□　不備なし** |
| **モニタリング期間** | |
| **□　１年毎**  **□　半年毎**  **□　３か月毎**  **□　その他** | |
| **□　モニタリング報告書** | **□　不備あり　□　不備なし** |
| **□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）** | **□　不備あり　□　不備なし** | **担当者印** |  |