

記載例

(調布市障害支援区分判定審査会資料 令和8年4月版)

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

利用希望サービス（該当に○）			
	就労移行支援		自立訓練（機能訓練）
○	自立訓練（生活訓練）		宿泊型自立訓練

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	☐ 自立支援医療 ☐ 発達障害 ☒ 高次脳機能障害 ☐ 難病 (診断名:)

III 就労状況等

・ 過去の就労経験 : 一般就労やパート・アルバイトの経験 ☒あり ☐なし ☐就労中

・ 上記就労の内容（時期、職種など）

(過去の職歴等について記載してください。会社名等は記載しないでください。)

IV 期間延長の理由等

延長期間	(12) か月		令和3年4月1日 ～ 令和4年3月31日
現在までの 利用経過	支援 目標	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。 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	
	支援 内容		
	訓練 成果		
今後の 利用予定	支援 目標		
	支援 内容		
	訓練 成果 (見込)		
本人（家族） の希望、意見	(本人の希望（就労、生活面の目標）、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	(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 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。
-------------	--

VI 作成者

事業所名	〇〇〇〇作業所	担当者名	〇〇
		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@city.chofu.lg.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