

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
(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	■自立支援医療 □発達障害 □高次脳機能障害 □難病 (診断名: 統合失調症)

Ⅲ 入所・入所状況

入所・入所先	□入所施設 ■精神科病院 □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	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。)	

(裏面へ続く)

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	○○○○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@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