居宅等でアセスメント等が実施できない理由書

相談支援事業所　所在地

事業所名

管理者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 実施日 | 年　　　　月　　　　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 実施場所 |  |
| 支給決定者氏名 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 対象児童氏名 |  | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 障害支援区分 | なし ・ 区分１ ・ 区分2 ・ 区分3 ・ 区分４ ・ 区分５ ・ 区分6 | 年齢 | 　　 歳 |
| 支給決定者住所 | 松本市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 ０２６３ ( ) |
| 相談支援専門員氏名及び連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　 ） |
| 世帯状況 | 一人暮し　・　同居家族あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 支給決定期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 利用している福祉サービス |  |
| 居宅等でアセスメント（モニタリング）が行えない理由 |  |
| 状況改善に向けた取り組み |  |
| 改善の見込み |  |
| その他特記事項 |  |

※この書類はアセスメント等の実施日から5年間保管すること。