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。