提出日：令和　　年　　月　　日

**地域移行支援の延長にかかる理由書**

|  |  |
| --- | --- |
| **年　　齢** | 　　歳 |
| **障害・疾患名** |  |
| **利用期間** | 令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日 |
| **他サービス利用** |  |
| **本人及び****家族の希望** |  |
| **当初支援****計画の****進捗状況** |  |
| **計画実施上****支障となった****やむを得ない理由・状況** | ①　やむを得ない理由・状況□　本人の長期の体調不良□　支援者や障害福祉サービスが本人に適当ではなかった□　転居先（GHやアパート等）が決まらない□　災害、感染症拡大 □　その他（優先する療養生活上の課題がある・家族の事情等、予期できなかった事由）　＜中断：　無　・　有　（　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日）＞②　①の具体的な事由 |
| **今後の支援** |  |

**立川市記入欄**

|  |  |
| --- | --- |
| **審査会** | **審査会日：令和　　年　　月　　日****結果：（　適　・　否　）　　（　　　　　）か月延長** |