**計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更依頼**

立川市長　様

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 事業所名 |  |
| 管理者 |  |
| 所在地 | 〒  TEL |

　現在支給決定を受けている下記対象者の計画相談（障害児相談）支援に関して、モニタリング期間を変更したく、次のとおり依頼します。なお、対象者もしくは対象者の保護者の同意は得ております。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　象　者　（児） | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　歳） |
| 氏名 |  |
| 居住地 | 〒  TEL | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更後 | 変更前 |
| 期間 | 毎月・３か月・６か月・１年・（　　　　） | 毎月・３か月・６か月・１年・（　　　　） |
| 実施月 | １月・２月・３月・４月・５月・６月・７月・８月・９月・１０月・１１月・１２月 | １月・２月・３月・４月・５月・６月・７月・８月・９月・１０月・１１月・１２月 |
| 現在の状況 |  | |
| 分析 |  | |
| 本人および家族がやること |  | |
| 支援者が  やること |  | |
| 計画相談支援が  やること |  | |