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** |