

## 訓練等給付に係る支給決定の更新についての意見書

提出年月日                      年           月           日

三 次 市 長   様

事業所番号	
事業者名 及び 代表者	
担当者 及び 連絡先	

次のとおり訓練等給付費の支給決定の更新について当事業所の意見を提出します。

受給者番号	支給決定者名	
現受給のサービスの種類	1 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) 3 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 5 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 7 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (地域移行支援型ホーム)	2 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) 4 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 6 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 8 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 (サテライト型住居)
現在の支給決定有効期間	年           月           日	
記入者 (サービス管理責任者)		
(1)当所設定した課題目標		
(2)(1)の達成度		
(3)直近3か月の利用実績		

(4)残った課題	
(5)標準利用期間の残期間で(4)の課題を改善することができるか。 (サービス種類1～4の人についてのみ記入)	
(6)(4)の課題の改善を図るための具体的方策	
(7)更新の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
(8)一般就労や他の事業への移行可能性 (サービス種類5・6の人についてのみ記入)	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能
(9)添付書類	※添付書類があればご記入ください。(評価記録票など)

## 再アセスメント票

名前( )

利用者の状況

### 1 生活基盤に関する領域

項 目	援助の要否	変化の有無	サービス計画に反映させたい点・気付き
経済環境			
住環境			

### 2 健康に関する領域

項 目	援助の要否	変化の有無	サービス計画に反映させたい点・気付き
服薬管理			
食事管理			
病気への留意			
体力			
嗜好品			

### 3 日常生活に関する領域

項 目	援助の要否	変化の有無	サービス計画に反映させたい点・気付き
更衣動作			
整容動作			
食事			
排泄動作			
入浴動作			
移動(移乗・屋内移動・寝返り・起上り)			
調理			
洗濯			
整理動作(掃除・シーツ交換・衣類・書類)			
買い物			

### 4 コミュニケーション・スキルに関する領域

項 目	援助の要否	変化の有無	サービス計画に反映させたい点・気付き
意思表示の方法			
意思伝達の程度・理解			
電話・FAX・メール			
パソコン			
書字・筆記			

5 社会生活技能に関する領域

項目	援助の要否	変化の有無	サービス計画に反映させたい点・気付き
社会性(対人関係・時間・自立性)			
屋外移動			
金銭管理			
危機管理			

6 社会生活に関する領域

項目	援助の要否	変化の有無	サービス計画に反映させたい点・気付き
レク・趣味・旅行等			
当事者活動・地域活動など			

7 教育・就労に関する領域

項目	援助の要否	変化の有無	サービス計画に反映させたい点・気付き
教育			
就労			

8 家族支援に関する領域

項目	援助の要否	変化の有無	サービス計画に反映させたい点・気付き
家族			

関連情報:

担当者所見: