別紙１

**計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間等変更届出書**

（宛先）伊勢市長

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 管理者名 |  |
| 相談支援専門員名 |  |
| 電話番号 |  |

現在、支給決定を受けている以下対象者の計画相談（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、次のとおり届け出ます。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 | 電話番号 | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 変更後 | 変更前 |
| 期間 | 毎月・３か月・６か月 | 毎月・３か月・６か月 |
| 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 |
| 変更  理由 | ※本人の状態の変化等、変更が必要な理由を書いてください。  （　　　年　　月から変更） | |