

保育所等訪問支援の支給決定更新にかかる事業所意見書

年 月 日

(あて先) 時津町長

事業所番号																			
事業者名及び 代表者名																			
記入者の氏名 及び連絡先	TEL:																		

下記のとおり保育所等訪問支援の支給決定更新について当事業所の意見を提出します。

記

受給者証番号																				
通所給付決定 保護者氏名											児 童 氏 名									
支給決定期間																				
更新にかかる 評価	<input type="checkbox"/> 1. 現時点では十分な成果を得られていないが、継続してサービスを利用することで改善が見込まれるため、サービスの利用の継続が適当																			
	<input type="checkbox"/> 2. サービス利用の成果が得られず、改善も見込まれないため、サービスの利用継続は不適當																			
	<input type="checkbox"/> 3. 十分な成果が得られたため、サービス利用継続は不要																			
	<input type="checkbox"/> 4. その他																			
評価の理由・ 根拠																				

※ 1 または 4 の評価を行った場合は、裏面も記入ください。

訪問先施設の 意見	施設名： _____ 担当者氏名： _____ 聴取日： _____ 月 _____ 日 方法（電話、面接等）： _____ （意見）
保護者の意見	聴取日： _____ 月 _____ 日 方法（電話、面接等）： _____ （意見）
支給決定期間 において設定 した課題・目 標・支援内容 等	（課題・目標） （支援内容） （目標の達成度、残った課題）
課題に対する 取組・具体策	

※以下の資料を添付し、時津町福祉課あてご提出ください。

- 保育所等訪問支援計画 アセスメント内容 サービス担当者会議録（開催時のみ）
 支援計画に基づく支援実績の内容が分かる資料（訪問支援記録等）

※町記入欄

更新の必要性	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
--------	---

