（参考様式）

年　　　月　　　日

羽曳野市障害福祉課長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 |  |
| 担当相談支援専門員名 |  |

理 由 書

下記の者のサービス利用に係るモニタリング実施が予定月と異なった理由は次のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | モニタリング実施予定月 | 　　　年　　月 |
| 利用者名 |  | モニタリング実施日 | 　　年　　月　　日 |
| 理　　　由 | ※いずれに該当するか□内にレ印を記入のこと。□ 利用者側都合□ 事業所側都合□ その他※上記の内容を具体的に記載して下さい。 |

障害福祉課処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付日 | ・　・ | 妥当性の確認 | 有・無 | 無の場合の指導日 | ・　・ | 国保連ﾃﾞｰﾀ処理 |  |