モニタリング実施月変更報告書

（者）

提出年月日：　　　　年　　月　　日

市町村番号：１２２２４２

鎌ケ谷市　障がい福祉課宛

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名称 |  |
| 管理者名 |  |
| 作成者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

　本事業所において、障害福祉サービス（障害児通所給付）受給者証に記載されたモニタリング実施予定月以外の月においてモニタリングを実施したため、以下のとおり報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 本人氏名 | 受給者番号 | 受給者証記載月 | モニタリング実施月 | ※受給者証との関係 | 理由 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |

※受給者証との関係については次の１～３のいずれかを選択し、その番号を記載してください。

１受給者証記載のモニタリング実施予定月に対して遅れて実施した。

２モニタリング実施予定月ではないが実施した。

３その他