

年 月 日

(あて先) 長崎市福祉事務所長

住所 (所在地)

事業者名及び代表者名

保育所等訪問支援の支給決定更新に係る事業者意見書

つぎ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者の意見を提出します。

受給者証番号											
通所給付決定保護者氏名											
給付決定に係る児童氏名											
支給決定期間	年 月 日 ~					年 月 日					
(1)支援目標の達成度											
(2)残った課題											
評価結果 (更新の必要性)	<input type="checkbox"/> 1 現時点では十分な成果が得られていないため、サービス利用継続が適当 【訪問先施設の意見】 訪問先施設名 _____ 訪問先施設担当者氏名 _____ (署名・押印は不要) 【保護者の意見】 保育所等訪問支援の利用更新を希望します。 保護者署名 _____ (原則、代筆不可)										

裏面につづく

	<input type="checkbox"/> 2 サービス利用の効果が見込まれないため、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、サービスの利用継続は不要
	<input type="checkbox"/> 4 その他
評価年月日	年 月 日
評価担当者 (職・氏名・連絡先)	(TEL)
備考 (特記事項等)	

※添付資料 (様式は任意)

1. 保育所等訪問支援計画

2. 保育所等訪問支援計画に基づく訪問に係る支援記録 (直近1ヶ月分)

※下記の全ての項目について記載されたもの

①訪問日時 ②支援時間 ③ (直接・間接) 支援内容

④カンファレンスの内容 (カンファレンス出席者の職・氏名を含む) ⑤保護者への報告内容

3. サービス担当者会議録 (開催時のみ)

※市役所記入欄

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