

障害児通所支援における支給量の変更に関する意見書

提出日 令和 年 月 日

田川市長 宛

事業所名		連絡先	
代表者		担当者名	

受給者番号	直近3ヶ月の平均利用日数	日/月
児童氏名		
サービス種類 (該当箇所に○)	児童発達支援 放課後等デイサービス 保育所等訪問	
在籍校(級) (該当箇所に○)	特別支援学校 小中学校(通常・支援) 高校 その他()	
1 総合的な療育の 目標		
2 現在の本人の 状態		
3 現在の療育の 内容		
4 現在の療育の 効果		
5 残った課題や 新たな課題		
6 現在の支給量で は不足する理由		
7 増量により期待 できる療育の効果		

※ 欄が不足する場合は、適宜別紙を追加すること