（参考様式）

モニタリング期間変更届出書

年　月　日

（宛先）新潟市長

相談支援事業所名	
事業所番号	
事業所電話番号	
担当者名	

現在支給決定を受けている下記対象者の（計画相談支援・障がい児相談支援）に関して、モニタリング期間を変更したく届け出ます。なお、利用者もしくは利用児童の保護者の同意を得ております。

記

利用者氏名 又は児童氏名		受給者証番号	
		生年月日	年　月　日生
保護者氏名		サービス種別	計画相談支援・障がい児相談支援

	変更前	変更後
モニタリング期間	毎月，　か月，その他（　）	毎月，　か月，その他（　）
実施月	月，　月，　月，　月 月，　月，　月，　月 月，　月，　月，　月	月，　月，　月，　月 月，　月，　月，　月 月，　月，　月，　月
変更開始月	年　月からの変更を希望（注）	
変更理由	※本人の状況や環境の変化等、変更が必要な理由を記載してください。	

※既に支給決定を受けているモニタリング期間について、本人の状況や環境の変化等により、変更が必要となった場合には、事前に支給決定を行っている区役所の健康福祉課障がい福祉係へ届出てください。（事業所都合による変更は認められません。）

（注）モニタリング期間の変更決定は、計画相談事業所の意見を勘案して区役所が行い、新しい受給者証を交付します。変更後のモニタリング期間は、受給者証にて必ず確認してください。