

FAX番号 〇〇〇—〇〇〇〇

区保健福祉部保健福祉課 主査(個別支援)あて

E-Mail

〇〇〇@city.sapporo.jp

欄に記入願います

指定特定(障害児)相談支援事業所 実績報告書

報告日 平成 年 月 日

事業所名

記入者名

1 計画(障害児)相談の新規対応可能件数(毎月第2・第4木曜日報告)

現在

障がい者	件
障がい児	件

※この欄の新規対応可能件数は、各区役所、相談支援事業所間で共有されます

2 当月末における計画(障害児)相談支援の契約状況(毎月第4木曜日報告)

※契約状況については、札幌市内部において、統計処理することを目的とし、個票については非公表の取扱いとします。

	契約者数		モニタリング頻度				前月のモニタリング実績	当月のモニタリング予定
	種別	小計	毎月	6か月	12か月	その他		
障がい者	法人内利用者	0						
	法人外利用者	0						
障がい児	法人内利用者	0						
	法人外利用者	0						
合計		0	0	0	0	0		