（様式第６号）

年　　月　　日

**社会生活適応訓練に関する支援機関の意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)申請者氏名 |  | 生年月日 | 西暦　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
|  |
| 支援機関について | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所代表者氏名 |  |
| 事業種別 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 支援担当者名 |  |
| （生活歴及び現在の生活状況（家族等の関係、通院・服薬状況も記入）） |
|  |
| （集団活動の場での様子（就労準備コースで申し込みの場合は、必ず記入）） |
|  |
| （訓練の申込みに至った経緯） |
|  |
| （訓練の必要性及び課題） |
|  |
| （訓練に関する意見及び今後の支援方針） |
|  |
| （コース・訓練予定日数・時間）[ ] 社会参加コース　[ ] 就労準備コース訓練日数：　　　日／週訓練時間：　　　時間／日 | （社適訓練以外の日中活動）　　　　　日／週　　　　　　　　　　　　　　日／週　　　　　　　　　　その他：　その他：　　　　　　　　　　　　　　 |
| 就労移行支援、就労継続支援Ｂ型のみ |  |
| 　支援に係る謝礼について（いずれかを選択）　　☐　謝礼を受け取る。　☐　訓練を「施設外支援」として基本報酬の算定に含めるため、謝礼を受け取らない。 |
| 就労移行支援、自立訓練（機能訓練、生活訓練）のみ |  |
| サービスの支給決定期間 | 　　　年　　月　　日まで |
| デイケア、地域活動支援センターのみ |  |
| １．当該訓練における障害者就業・生活支援センターへのフォロー依頼の有無　[ ] 有　[ ] 無 |
| ２．「有」の場合、その障害者就業・生活支援センター名　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ３．「有」の場合、依頼したフォローの内容 |
|  |