（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 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |