

社会生活適応訓練事業実施要綱

(目的)

第1条 社会生活適応訓練事業（以下「事業」という。）は、精神障がい者を一定期間、事業協力者のもとに通わせ、就労訓練を通じて社会生活を送るための適応力を養い、もって社会的自立を促進することを目的とする。

(訓練生)

第2条 訓練生とは、回復途上にある精神障がい者のうち、作業の遂行機能が不十分であるか、又は恒常的に維持することのできない通院中の者の中で、社会生活適応訓練を受けることを希望する者（以下「申請者」という。）から知事が認めた者とする。

(協力事業所)

第3条 協力事業所とは、精神障がい者に対する理解が深く、この事業に熱意を有し、精神障がい者に仕事の間を提供する事業所で、知事が適当と認めた法人又は個人事業主とする。

(支援機関)

第4条 支援機関とは、この事業に対する理解が十分にあり、訓練生に対する継続的な支援が可能で、協力事業所との調整ができると知事が認めた者とする。

(訓練期間)

第5条 訓練期間は、原則として6か月とする。申請者は、協力事業所、支援機関と相談の上、社会参加コース、就労準備コースを選択して、訓練の申請を行う。ただし、知事は、成果が期待できると認める場合には、各コースで1年、両コースをあわせて2年を限度として、訓練期間を延長することができる。社会参加コースは、3か月より申請を行うことができるものとする。

2 前項に規定する就労準備コースでの訓練の申請を行う場合は、1週間以上の職場実習又は3か月以上の障がい福祉サービス等の集団活動の参加実績を必要とする。

(社会生活適応訓練事業ケース検討会議)

第6条 知事は、協力事業所における訓練実施の適否の決定、その他この事業の目的達成のために必要な事項等について意見を聞くため、社会生活適応訓練事業ケース検討会議（以下「ケース検討会議」という。）を設置する。

(協力事業所の登録)

第7条 協力事業所の登録を希望する者（以下「登録申請者」という。）は、協力事業所登録申請書（様式第1号）を知事に提出するものとする。

2 知事は、前項の申請書を受理したときは、当該申請書を審査し、協力事業所登録の適否を決定する。

3 知事は、前項の決定をした時は、社会生活適応訓練事業協力事業所登録承認通知書（様式第

2－1号)又は社会生活適応訓練事業協力事業所登録不承認通知書(様式第2－2号)により、登録申請者に通知する。

- 4 知事は、前2項の規定により協力事業所の登録の承認をした場合は、速やかに登録を行うものとする。

(協力事業所の登録の取消)

第8条 前条第4項において登録された協力事業所が、本事業への協力が不可能になり、登録を辞退しようとするときは、当該事業所が属する法人又は個人事業主は協力事業所登録辞退申出書(様式第13号)を知事に提出するものとする。

- 2 知事は、前項の申出書を受理したときは、協力事業所の登録を取り消すものとする。
- 3 知事は、協力事業所が、協力事業所として不適切な事由を発生させた場合、ケース検討会議で意見を聞いた上で、当該協力事業所の登録を取り消すことができる。
- 4 知事は、第2項及び前項の規定に基づく協力事業所の登録の取消しを行ったときは、協力事業所登録取消通知書(様式第14号)により、その内容を通知する。

(社会生活適応訓練の申請及び決定)

第9条 申請者は、社会生活適応訓練申請書(様式第3号)に、社会生活適応訓練事業チェックシート(様式第4号)、主治医等の意見書(様式第5号)及び社会生活適応訓練に関する支援機関の意見書(様式第6号)を添えて、支援機関を経由して知事に提出するものとする。なお、主治医等の意見書(様式第5号)は、社会生活適応訓練(以下「訓練」という。)の開始を希望する月の初日から遡って原則2か月以内に作成されたものを提出することとする。

- 2 知事は、前項の申請書等を受理したときは、ケース検討会議で意見を聞いた上で、訓練実施の適否を決定するものとする。
- 3 知事は、前項の決定をしたときは、社会生活適応訓練事業訓練承認通知書(様式第7－1号)又は社会生活適応訓練事業訓練不承認通知書(様式第7－2号)により、支援機関を通じ申請者に通知し、社会生活適応訓練事業訓練承認通知書(様式第7－3号)又は社会生活適応訓練事業訓練不承認通知書(様式第7－4号)により、協力事業所が属する法人又は個人事業主(以下「受託予定者」という。)に通知するものとする。

(委託契約)

第10条 知事は、訓練実施の承認決定をした受託予定者(以下「受託者」という。)との間に訓練に関する委託契約を締結するものとする。

(訓練期間の延長)

第11条 訓練終了後も引き続き当該訓練を受けることを希望する訓練生は、社会生活適応訓練期間延長申請書(様式第8号)に、社会生活適応訓練事業チェックシート(様式第4号)及び社会生活適応訓練の期間延長に関する支援機関の意見書(様式第9号)を添えて、支援機関を経由して、知事に提出するものとする。

- 2 知事は、前項の申請書等を受理したときは、ケース検討会議で意見を聞いた上で、訓練期間延長の適否を決定するものとする。

- 3 知事は、前項の決定をしたときは、社会生活適応訓練事業訓練期間延長承認通知書（様式第 10-1 号）又は社会生活適応訓練事業訓練期間延長不承認通知書（様式第 10-2 号）により、支援機関を通じ訓練生に通知し、社会生活適応訓練事業訓練期間延長承認通知書（様式第 10-3 号）又は社会生活適応訓練事業訓練期間延長不承認通知書（様式第 10-4 号）により、受託者に通知するものとする。

（委託料）

第 12 条 知事は、受託者に対して、適法な請求に基づき、委託料を支払うものとする。

- 2 受託者は、前項に規定する委託料の請求について、委託料請求書（様式第 15 号）に訓練日誌（様式第 16 号）を添えて、当該訓練実施日の属する月の翌月 15 日までに知事に提出するものとする。

（支援に対する謝礼）

第 13 条 知事は、訓練生に対し支援を行った支援機関に対して、謝礼を支払うことができる。

- 2 支援機関は、前項に規定する謝礼の受領にあたって、訓練生に対する支援報告書（様式第 17 号）を当該訓練実施日の属する月の翌月 15 日までに知事に提出するものとする。
- 3 当該訓練を、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について（平成 18 年 10 月 31 日障発第 1031001 号）」第二の 1 の（4）の②の（一）の「企業内等で行われる企業実習等への支援（施設外支援）」として基本報酬の算定に含める場合は、謝礼を支払うことはできない。

（異動報告）

第 14 条 訓練生が訓練を終了したときは、支援機関は、訓練終了日の属する月の翌月第 2 金曜日までに社会生活適応訓練事業訓練生異動報告書（様式第 11 号）に社会生活適応訓練事業チェックシート（様式第 4 号）を添えて知事に提出するものとする。

（事故報告）

第 15 条 受託者は、訓練期間中に事故が発生したとき又は訓練生の行動に異常があると判断したときは、直ちに、知事に連絡するとともに、事故等報告書（様式第 12 号）を知事に提出するものとする。

（調査指導等）

第 16 条 知事は、この事業の適正な実施を確保するため、必要があると認めるときは、訓練の実施状況に関して、受託者から必要な報告を求め、又は関係職員に随時必要な調査、指導を行わせるものとする。

（実施要領）

第 17 条 この要綱に定めのない事項については別に定める。

附 則

この要綱は、昭和 56 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、昭和 57 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 3 年 7 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 9 年 6 月 25 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 11 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 12 年 4 月 13 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 13 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 13 年 9 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 17 年 2 月 19 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 17 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 21 年 11 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 9 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

大阪府知事 様

所在地

登録申請者名

(法人の場合は法人名)

代表者職・氏名

協力事業所登録申請書

社会生活適応訓練事業実施要綱による協力事業所として登録されるよう次のとおり申請します。

事業所の商号又は名称				
事業所の代表者職・氏名				
事業所所在地	〒			
電話番号		ファクシミリ番号		
メールアドレス				
事業所ホームページURL				
事業内容				
事業開始年月日				
事業所従業員数 (申請する事業所について記載)	常勤	男 名、女 名、その他 名	非常勤	男 名、女 名、その他 名
		うち障がい者 男 名、女 名、その他 名		うち障がい者 男 名、女 名、その他 名
		うち精神障がい者 男 名、女 名、その他 名		うち精神障がい者 男 名、女 名、その他 名
訓練場所所在地	〒			
訓練内容				
訓練受入可能人数	名			
精神障がい者の 雇用経験の有無 (申請する事業所について記載)	☐ 有 男 名、女 名、その他 名 うち、社会生活適応訓練事業を通じた雇用 男 名、女 名、その他 名		☐ 無	
担当者(部署・氏名)				

- ※ 訓練受入可能人数は、事業所が同時に受け入れることができる訓練生の人数をいいます(事業所従業員数の半分以上としてください)。
- ※ 事業所名称、事業所ホームページURL、訓練場所所在地(市区町村名まで)、訓練内容については、大阪府のホームページに公表します。

登録申請事業所名

協力事業所登録申請のきっかけ、経緯

--

協力事業所登録申請にあたり、以下の内容に同意し遵守します。

☐ 1	訓練生 1 名に対して、スタッフ 2 名以上で対応できる人員体制を確保する。
☐ 2	訓練生受入時は、事前に訓練希望者や支援機関等との情報共有や見学受入を行うとともに、訓練希望者の障がい特性や希望等を踏まえ、環境調整等の配慮を行う。
☐ 3	訓練生の障がい特性に配慮し、訓練期間中は支援機関と密に連携する。
☐ 4	環境調整等に関して、大阪府からの意見・指示等があった場合、それを受け入れ、対応する。
☐ 5	大阪府のホームページでの事業所情報の公表に同意する。
☐ 6	事務手続きの流れや必要書類について確認し、訓練生受入時には、期日までに必要な書類を提出する。
☐ 7	訓練で知り得た個人情報を訓練の目的以外のために使用しない。また、本人の同意なしに第三者に提供しない。
☐ 8	上記 1～7 の内容について、事業所内スタッフ間で共有し、共通認識をもって訓練生を受け入れる。

訓練環境において、特性によっては影響を受ける可能性のある状況について

① 大きな音、長く続く音、耳につくような音の有無
☐ 有 ☐ 無 「有」の場合、どのような音か ☐ 機械音 ☐ 作業音 ☐ 電話の音 ☐ 人の声 ☐ その他 ()
② 強いにおい、独特なにおいの有無
☐ 有 ☐ 無 「有」の場合、どのようなにおいか ☐ 機械・オイル ☐ ごみ ☐ 薬 ☐ 消毒液 ☐ 食品 ☐ その他 ()
③ 重機等の往来の有無
☐ 有 ☐ 無 「有」の場合、どのようなモノの往来か ()
④ 影響を受ける可能性のある過度の暑さや寒さの有無
☐ 有 ☐ 無
⑤ その他 ()

(様式第 2－1 号)

障自第 号
年 月 日

(登録申請者名)
(代表者職・氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 協力事業所登録承認通知書

年 月 日付けで申請のあった、社会生活適応訓練事業に関する協力事業所の登録について、下記のとおり承認しましたので通知します。

記

1 協力事業所名等

協力事業所名	訓練場所所在地	訓練内容

2 登録期間 年 月 日から
 年 月 日まで

3 訓練内容・時間について
承認を受けた訓練内容・時間を守り、変更の必要がある場合は支援機関を通じて大阪府へ申し出ること。

(様式第 2 - 2 号)

障自第 号
年 月 日

(登録申請者名)
(代表者職・氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 協力事業所登録不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった、社会生活適応訓練事業に関する協力事業所の登録については、不承認としましたので通知します。

- 1 事業所名
- 2 不承認の理由

大阪府知事 様

申請者住所

ふりがな

申請者氏名

社会生活適応訓練申請書

社会生活適応訓練事業実施要綱による社会生活適応訓練を受けたいので、次のとおり申請します。

生年月日	西暦 年 月 日 (年齢 歳)		
性別	☐ 男 ☐ 女 ☐ その他 ☐ 回答しない		
希望コース	☐ 社会参加コース(3か月) ☐ 社会参加コース(6か月) ☐ 就労準備コース(6か月) ☐ 事業所変更(社会参加コース) ☐ 事業所変更(就労準備コース)		
訓練目標			
職歴 (直近のもの)	期間	事業所名	仕事の内容
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
	年 月 ~ 年 月		
個人情報の提供について	☐ 訓練に係る事故等に備えた保険加入のため、大阪府が氏名(ふりがな)、生年月日、性別についての情報を保険会社へ提供することに同意します。		

上記の者について、社会生活適応訓練事業の訓練を受け入れることを承諾します。

年 月 日

受託予定者名※1

代表者職・氏名

協力事業所名

訓練場所所在地※2 〒

訓練内容※2

担当者職・氏名

担当者メールアドレス

※1 法人の場合は法人名、個人事業主の場合は屋号を記載してください。
※2 協力事業所登録(更新)申請時と同じ内容としてください。内容を変更する場合は、「協力事業所登録内容変更届(様式エ)」を提出してください。

（様式第4号）社会生活適応訓練事業 チェックシート

（訓練開始（延長）時に設定した目標）

（訓練開始3ヶ月後に目標を見直した場合は、その目標）

→
そのために

（A～E）

力を特に伸ばしたい。

※訓練開始から3ヶ月が経過したら、改めて目標を振り返りましょう。状況に応じて、目標を見直しても構いません。

次のことがらについて、「×」「○」「◎」で評価をしてください。

（ ×：わからない・あてはまらない ○：あてはまる ◎：よくあてはまる ）

		本人	支援機関
A：からだの健康を管理する力 （小計）			
1	1日3食、食べている。		
2	毎日、だいたい決まった時間に寝て、起きられる。		
3	体の不調時（風邪・頭痛・腹痛など）に対処できる。		
4	シャワーや入浴で、清潔に保てている。		
5	1日に3～4時間活動できる体力がある。		

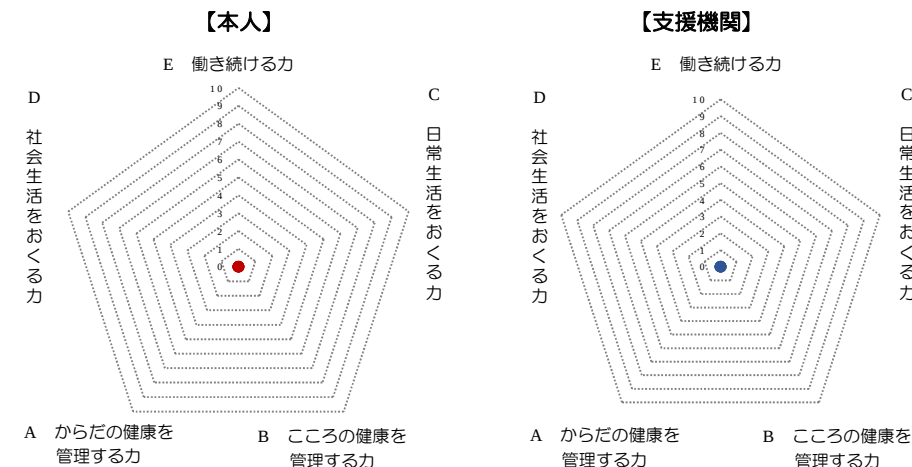
B：こころの健康を管理する力 （小計）			
6	定期的に通院することができる。		
7	（薬があれば）指示通りに服薬できる。		
8	病状が悪化する時のサイン（調子を崩す前触れ）に気づき、それに対処することができる。		
9	病状の悪化に自分で対処できない場合、他者に相談できる。		
10	自分の障がいや症状について説明できる。		

C：日常生活をおくる力 （小計）			
11	身だしなみに気を使うことができる。		
12	身の回りのそうじや片づけができる。		
13	買い物に行くことができる。		
14	計画的にお金を使うことができる。		
15	余暇・趣味などで気晴らしができる。		

D：社会生活をおくる力 （小計）			
16	その場や相手にあわせたあいさつができ、敬語が使える。		
17	体調が悪い時には、そのことを伝えて休養することができる。		
18	素直に謝ることができる。		
19	わからないことを周りの人に聞くことができる。		
20	支援者に困りごとを相談できる。		

E：働き続ける力 （小計）			
21	決められた日に、時間通り出勤できる。		
22	働きたいという気持ちがある。		
23	職場のルールを守ることができる。		
24	仕事の終了を報告できる。		
25	教えられたとおりに仕事ができる。		

×：0点、○：1点、◎：2点で計算し、一番上の欄に合計を書きます。
合計点数を下の五角形の同じ記号のところに印をつけて、点と点を結んで下さい。



訓練生コメント欄

協力事業所コメント欄（担当者氏名： ）

支援機関コメント欄（担当者氏名： ）

訓練生氏名：

作成日：

(様式第5号)

主治医等の意見書

社会生活適応訓練を 希望する者		氏名		生年月日	年	月	日
		住所					
診断名							
病歴	発病	年 月 頃					
	通院 (直近について)	1 月あたり 日程度通院					
	入院	(期間・病院名・病名を記載)					
	現在までの経過等 その他参考となる 事項						
現在の症状							
訓練時の 留意事項	必要通院日数						
	訓練内容等について	(業務に関して)					
		(対人に関して)					
その他参考となる意見							
年 月 日 医療機関 所在地 名称 電話番号 医師 氏名							

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
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)							

[illegible]

(様式第 7 - 1 号)

障自第 号
年 月 日

(訓練生氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 訓練承認通知書

年 月 日付けで申請のあった社会生活適応訓練事業について、下記のとおり訓練を承認しましたので通知します。

記

1 訓練先協力事業所
 (訓練場所所在地)

2 訓練内容

3 訓練期間 年 月 日から
 年 月 日まで

(様式第 7 - 2 号)

障自第 号
年 月 日

(訓練生氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 訓練不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった社会生活適応訓練事業の訓練については、不承認
としましたので通知します。

不承認の理由

(様式第7-3号)

障自第 号
年 月 日

(受託予定者名)
(代表者職・氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 訓練承認通知書

年 月 日付けで下記1の者から申請のあった社会生活適応訓練事業について、
下記のとおり承認しましたので通知します。

記

- ## 1 訓練生

- ## 2 訓練内容

- 3 訓練先協力事業所
(訓練場所所在地)

- 4 訓練期間 年 月 日から
年 月 日まで

- ## 5 訓練内容・日数・時間について

承認を受けた訓練内容と、支援機関と調整した訓練日数・時間を守り、変更の必要がある場合は支援機関を通じて大阪府へ申し出ること。

(様式第 7 - 4 号)

障自第 号
年 月 日

(受託予定者名)
(代表者職・氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 訓練不承認通知書

年 月 日付で下記 1 の者から申請のあった社会生活適応訓練事業の訓練については、不承認としましたので通知します。

- 1 申請者名
- 2 不承認の理由

年 月 日

大阪府知事 様

訓練生住所

ふりがな

訓練生氏名

社会生活適応訓練期間延長申請書

社会生活適応訓練を次の理由により引き続き受けたいので、社会生活適応訓練事業実施要綱第11条の規定により申請します。

1 訓練開始時に設定した目標（訓練途中に目標を見直した場合は、見直し後の目標）

2 目標の達成状況

☐十分できた ☐まあまあできた ☐あまりできなかった ☐全然できなかった

3 希望コース

☐社会参加コース ☐就労準備コース

4 延長を希望する理由

5 延長後の訓練目標

上記の者について、社会生活適応訓練事業の訓練を受け入れることを承諾します。

年 月 日

受託者名※1

代表者職・氏名

協力事業所名

訓練場所所在地※2 〒

訓練内容※2

担当者職・氏名

担当者メールアドレス

※1 法人の場合は法人名、個人事業主の場合は屋号を記載してください。

※2 協力事業所登録（更新）申請時と同じ内容としてください。内容を変更する場合は、「協力事業所登録内容変更届（様式エ）」を提出してください。

年 月 日

社会生活適応訓練の期間延長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					
訓練希望期間		年 月 日～ 年 月 日				
希望コース		☐ 社会参加コース ☐ 就労準備コース				
訓練実績		訓練期間		コース		
	1回目訓練	年 月～ 年 月		☐ 社会参加コース ☐ 就労準備コース		
	2回目訓練	年 月～ 年 月		☐ 社会参加コース ☐ 就労準備コース		
	3回目訓練	年 月～ 年 月		☐ 社会参加コース ☐ 就労準備コース		
	4回目訓練	年 月～ 年 月		☐ 就労準備コース		
訓練の日数・時間		(直近1か月) 日数： 日／週、時間： 時間／日 (今後の予定) 日数： 日／週、時間： 時間／日				
社適訓練以外の 日中活動		日／週 日／週 その他：				
訓練生の現在の体調 及び生活状況等 ※家族等との関係、 通院・服薬状況も記入						
・協力事業所から見た訓練生の様子（訓練開始時と比較して） ・今後の訓練に向けた協力事業所からの意見						

訓練延長の 必要性及び課題			
訓練目標設定及び 支援方針			
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			

(様式第 10-1 号)

障自第 号
年 月 日

(訓練生氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 訓練期間延長承認通知書

年 月 日付けで申請のあった社会生活適応訓練事業の訓練期間の延長について、
下記のとおり承認しましたので通知します。

記

1 訓練先協力事業所
 (訓練場所所在地)

2 訓練内容

3 訓練期間 年 月 日から
 年 月 日まで

(様式第 10-2 号)

障自第 号
年 月 日

(訓練生氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 訓練期間延長不承認通知書

年 月 日付けで申請のあった社会生活適応訓練事業の訓練については、不承認
としましたので通知します。

不承認の理由

(様式第 10-3 号)

障自第 号
年 月 日

(受託者名)
(代表者職・氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 訓練期間延長承認通知書

年 月 日付けで下記 1 の者から申請のあった社会生活適応訓練事業の訓練期間の延長について、下記のとおり承認しましたので通知します。

記

- ## 1 訓練生

- ## 2 訓練内容

- 3 訓練先協力事業所
(訓練場所所在地)

- 4 訓練期間 年 月 日から
年 月 日まで

- ## 5 訓練内容・日数・時間について

承認を受けた訓練内容と、支援機関と調整した訓練日数・時間を守り、変更の必要がある場合は支援機関を通じて大阪府へ申し出ること。

(様式第 10-4 号)

障自第 号
年 月 日

(受託者名)
(代表者職・氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 訓練期間延長不承認通知書

年 月 日付けで下記 1 の者から申請のあった社会生活適応訓練事業の訓練期間の延長については、不承認としましたので通知します。

- 1 申請者名
- 2 不承認の理由

大阪府知事 様

所 在 地

支 援 機 関 名

代 表 者 名

社会生活適応訓練事業訓練生異動報告書

社会生活適応訓練事業実施要綱第14条の規定により、訓練生の異動について次のとおり報告します。

(ふりがな) 訓練生氏名	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
協力事業所名		
訓練実施期間	年 月 ~ 年 月	
異動の理由	☐ 就職 ☐ 協力事業所の都合 ☐ 作業能力の問題 ☐ 意欲の問題 ☐ 病状の悪化 ☐ 病気(病名:) ☐ その他() ☐ 訓練期間満了 ☐ 協力事業所の変更 ☐ 体力の問題 ☐ 対人関係 ☐ 事故	
訓練終了後の状況	☐ 協力事業所に就職(年 月 日採用) 雇用形態: ☐ 常勤雇用 ☐ 非常勤雇用(パート・アルバイト等) 業務内容() ☐ 協力事業所以外に就職(年 月 日採用) 雇用形態: ☐ 常勤雇用 ☐ 非常勤雇用(パート・アルバイト等) 業務内容() ☐ 家業手伝い ☐ 職業訓練(訓練先:) ☐ 障がい福祉サービス(事業所名等:) ☐ 精神科・デイケアへの通院等(医療機関名:) ☐ 入院(病院名:) ☐ その他()	

訓練に対する評価について

訓練生	チェックシート等を参考に、これまでの訓練を振り返ってください。
①	訓練開始（延長）時に設定した目標（訓練途中に目標を見直した場合は、見直し後の目標）
②	目標の達成状況 ☐ 十分できた ☐ まあまあできた ☐ あまりできなかった ☐ 全然できなかった
③	訓練を通してできたこと・できるようになったこと
④	今後の目標

協力事業所	訓練生の目標を踏まえ、訓練開始時と終了時を比較して評価してください。
①	仕事面（作業能力、積極性、態度等）
②	事業所内での人間関係
③	今後期待できること

支援機関	チェックシート等を参考に、これまでの訓練を振り返ってください。
①	訓練生の目標の達成状況 ☐ 十分できた ☐ まあまあできた ☐ あまりできなかった ☐ 全然できなかった
②	訓練を通してできたこと・できるようになったこと
③	今後のフォロー計画

(様式第12号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地

受託者名

代表者職・氏名

事故等報告書

次のとおり、社会生活適応訓練実施中の訓練生に事故等があったので報告します。

訓練生氏名	
訓練先協力事業所 (訓練場所所在地)	
事故等発生年月日	
事故等の内容	
事故等の状況	
事故等の措置	

(様式第 13 号)

年 月 日

大阪府知事 様

所在地

法人又は個人事業主名

代表者職・氏名

協力事業所登録辞退申出書

社会生活適応訓練事業実施要綱第 8 条の規定により、 年 月 日付け
での協力事業所の登録の辞退を申し出ます。

記

1 協力事業所名

2 辞退の理由

(様式第 14 号)

障自第 号
年 月 日

(法人又は個人事業主名)
(代表者職・氏名) 様

大阪府知事 氏 名

社会生活適応訓練事業 協力事業所登録取消通知書

社会生活適応訓練事業実施要綱 ☐ 第 8 条第 2 項 (事業所による申し出) の規定により、
☐ 第 8 条第 3 項 (職権による取消し)

下記のとおり協力事業所の登録を取り消しましたので通知します。

記

1 協力事業所名

2 適用年月日 年 月 日

年 月 日

大阪府知事様

所在地
受託者名
代表者職・氏名

委託料請求書

年 月分（ 名分）の社会生活適応訓練事業に係る委託料として、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円也

内訳

訓練生氏名	協力事業所名	訓練時間 (単価)	訓練日数 [日]	委託料請求額 [円]
		4 時間未満 (1,000円)		
		4 時間以上 (2,000円)		
		4 時間未満 (1,000円)		
		4 時間以上 (2,000円)		
		4 時間未満 (1,000円)		
		4 時間以上 (2,000円)		
		4 時間未満 (1,000円)		
		4 時間以上 (2,000円)		
		4 時間未満 (1,000円)		
		4 時間以上 (2,000円)		

※ 4 時間ちょうどの場合は、「4 時間以上」になります。

訓 練 日 誌 (年 月分)

訓練生氏名 _____

目 標

※ チェックシート(様式第4号)の「訓練開始時に設定した目標」(目標を見直した場合はその目標)を書いてください。

訓 練 日 訓練時間(休憩時間を除く)		訓練時間 詳細	訓練内容(訓練生自身が記入(入力))	指導者 確認チェック
①	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
②	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
③	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
④	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
⑤	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
⑥	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
⑦	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
⑧	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
⑨	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
⑩	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		
⑪	日	曜日	開始	☐ 確認
	時間	分	終了	
		休憩時間		
		分		

※ 訓練時間は、休憩時間を除いた時間を記入してください。

訓 練 日 訓練時間(休憩時間を除く)		訓練時間 詳細		訓練内容(訓練生自身が記入(入力))	指導者 確認チェック
⑫	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
⑬	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
⑭	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
⑮	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
⑯	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
⑰	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
⑱	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
⑲	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
⑳	日 曜日	:	開始		☐ 確認
	時間 分	:	終了		
訓練日数: 日 (内訳 4時間未満: 日 4時間以上: 日)					

協力事業所: 責任者確認欄 コメント
氏名 _____
支援機関: 支援担当者確認欄 コメント
氏名 _____

※訓練日数が0日の場合は、委託料請求書のみ提出してください。

(様式第 17 号)

年 月 日

大阪府知事 様

所 在 地

支 援 機 関 名

代 表 者 名

訓練生に対する支援報告書

社会生活適応訓練事業実施要綱第 13 条の規定により、次のとおり訓練生に対し支援を実施しましたので報告します。

訓練生氏名	
協力事業所名	
訓練生に対する 支援内容	①協力事業所を訪問して行った支援（訓練生との面談、事業所との調整等） 支援実施日： 年 月 日 支援内容
	②協力事業所以外で行った訓練生への支援（面談等） 支援実施日： 年 月 日 支援内容
①②の両方に、社会生活適応訓練事業に関する支援を具体的に記入してください。	
☐ 上記の支援内容について、訓練生が確認しました。	

※ デイケア又は地域活動支援センターが、障害者就業・生活支援センターからフォローを受けて支援した場合は、支援内容にそのフォロー内容が分かるよう、記入してください。

支援機関担当者名： _____