（様式第９号）

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 | | |  | | | | | | |
| ６か月後の目標設定及び  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 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |