（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 |
|  |