就労移行支援、就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）における在宅利用に係る届出書

令和　　年　　月　　日

（宛先）志摩市福祉事務所長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　年　　　月　　　日  住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　-　　　　　- |
| 届出者 | 届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係：（　　　　　）  ※本人が届け出る場合は記入不要です。 |

下記の理由により、就労移行支援※、就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）における在宅でのサービス利用を希望するため、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用する事業所名 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| サービス種別 | □就労移行支援　□就労継続支援Ａ型　□就労継続支援Ｂ型 |
| 事業所連絡先 | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |

|  |
| --- |
| 本人記入欄（在宅でのサービス利用を希望する理由についてご記入ください。） |
|  |

|  |
| --- |
| 事業所記入欄（在宅でのサービス利用における支援効果及び運営規程の状況について記入願います。） |
|  |
| 担当者名 |

※就労移行支援（養成型）においては、在宅利用はできません。**記入例**

就労移行支援、就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）における在宅利用に係る届出書

令和〇年〇月〇日

（宛先）志摩市福祉事務所長

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 本人氏名　志摩　太郎　　　　　　　　　　　　　生年月日　平成〇〇年××月△△日  住　　所　志摩市阿児町鵜方〇〇番地××　　　　電話番号　０５９９－４３－００００ |
| 届出者 | 届出者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係：（　　　　　）  ※本人が届け出る場合は記入不要です。 |

下記の理由により、就労移行支援※、就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）における在宅でのサービス利用を希望するため、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用する事業所名 | 名称 | 志摩移行支援事業所 |
| 所在地 | 志摩市阿児町鵜方●番地● |
| サービス種別 | ■就労移行支援　□就労継続支援Ａ型　□就労継続支援Ｂ型 |
| 事業所連絡先 | 電話番号 | ０５９９－４４－００００ |
| ＦＡＸ | ０５９９－４４－００００ |

|  |
| --- |
| 本人記入欄（在宅でのサービス利用を希望する理由についてご記入ください。） |
| 以前は、志摩移行支援事業所に週５日通所していた。半年前に事故に遭い、重度の下肢障がいと麻痺を負ってしまって以降、週５日の通所により訓練を受けることが困難となった。引き続き、移行支援事業所で受けていたパソコンを利用してのスキルアップを図り、将来的にはパソコンを使用しての在宅就労を目指すため。 |
| 事業所記入欄（在宅でのサービス利用における支援効果及び運営規程の状況について記入願います。） | |
| 通所利用をしていたときから、就労に対する意欲が高く、パソコンを使用しての訓練にも積極的に取り組んでいた。重度の下肢障がいと麻痺を負ってからも、本人の就労に対する意欲は依然として高く、在宅利用による訓練を継続することは本人の能力向上に資するものと考える。 | |
| 担当者名　　　　　　　　　志摩　花子 | |

※就労移行支援（養成型）においては、在宅利用はできません。