就労移行支援、就労継続支援（Ａ型、Ｂ型）における在宅支援に係る申請書

　　　　年　　月　　日

　川西市　障害福祉課長　宛

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | 住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名　　　　　　　　　　　　　　 　（生年月日：　　　　　年　 　　月　　 　日） |
| 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 |  |
| 事業所番号 |  |
| 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内容及び想定される効果について記入願います。） |
|  |
| 担当者名（職名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |