

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医師意見書

氏名	
生年月日等	年 月 日生
居住地	〒 ー
就労移行支援、 就労継続支援 (A型、B型) における在宅利 用に対する意見	<input type="checkbox"/> 在宅支援による支援効果が認められる ※以下、チェックをつけた箇所に係る必要性についてご記入ください。
備考	<p>就労系の障がい福祉サービスは、通所での利用が基本となり、在宅利用は支援効果が認められる方のみ対象となります。在宅支援は、難病等や障がい特性により通所が困難な方が、在宅での就労訓練を行うことで支援効果が認められると自治体が判断した時に利用できるサービスの手法です。</p> <p>～在宅支援による支援効果が認められるケース～</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・重度の身体障害により公共交通機関・自家用車・送迎等を利用しても通所自体が困難であり、無理に通所した場合、体調不調や事故の可能性が高い。また、将来的にも在宅ワークを希望しており在宅での就労スキルを身につけたいとの希望がある。</li> <li>・重度の精神障害により、人が多くいる場所や知らない人がいる場所に強度の恐怖を感じる。通所と在宅の併用により、徐々に外出の回数を増やし、最終的には通所に切り替えたいとの希望がある。</li> </ul>

【作成日】 年 月 日

【医療機関名称及び所在地】

【電話番号】

【医師氏名】

※本意見書の有効期間は、作成日より起算して概ね3ヶ月

※診断書にかかる費用は申請者負担