令和　　　年　　　月　　　日

横須賀市長　様

休職期間中における就労系障害福祉サービスの利用にかかる意見書

（医療機関用）

標記について、以下の通り提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象者 | 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 休職期間 | | 令和　　年　　　月　　　日　　～　令和　　年　　月　　日 |
| 主治医の属する医療機関による復職支援の実施が困難であり、休職中の障害者が就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることが適当であると判断した理由 | | |
|  | | |
| 就労系障害福祉サービスの事業者に期待する支援内容 | | |
|  | | |
| 医療機関名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 主治医氏名 | |  |
| 連絡先 | |  |

※就労系障害福祉サービスについて

　本取扱いの対象となるサービスは、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型に加え、状況に応じて生活介護、自立訓練を含みます。