

休職中の就労系障害福祉サービス利用にかかる理由書
(相談支援事業所・申請者用)

年 月 日

(あて先) 廿日市市長

(届出者)

住所又は所在地

申請者又は担当相談支援専門員名

相談支援事業所名※

(注意点)

- ・セルフプランの際は申請者が記載、その他は相談支援専門員が記載
- ・届出者が相談支援専門員のと時のみ事業所名記載
- ・押印不要

障害福祉サービス利用による復職支援を利用する理由は、以下のとおりです。

ふ り が な			
対 象 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日

(1) 障害者職業センターのリワーク支援について

※障害者職業センターから聞き取った内容に☑、理由を記載してください。

☐ 可能

☐ 困難

上記理由

(2) その他の機関による復職支援の実施 (※該当に☑、理由を記入)

※ 資料 1 (雇用先企業用) 資料 2 (主治医用) を添付してください。

☐ 可能

☐ 困難

※雇用先企業又は主治医の意見と異なる場合も理由を記載

上記理由