

自立訓練（生活訓練）・宿泊型自立訓練・就労移行支援の支援内容

（事業所名

）

作成日

年 月 日

氏名	<input type="checkbox"/> 生活訓練	身障 級（障がい内容
生年月日	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	療育（A・B1・B2）
（ 歳）	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	精神 級
	※利用中のサービスに☑してください	（診断名

＜サービスが必要である背景＞※本人の病状や生活状況等からサービスが必要となった経過や、サービスを利用することで見えた課題等に1年目・2年目でそれぞれどのような支援を行ったのかを具体的に記入すること。

＜3年目の利用が必要と判断した根拠＞※支援者（事業所スタッフや相談支援専門員）が本人の3年目利用を必要と判断した具体的な内容（2年目の利用を終えた本人の現状や課題等）を記入すること。

＜3年目の支援内容及び1年後の到達目標＞※上記に対する具体的な支援内容及び到達目標や、次のステップへどのように移行するかを記入すること。

審査会意見

審査会日

年 月 日

地区担当

※その他提出資料

- ① 自立訓練（生活訓練）・宿泊型自立訓練・就労移行支援開始時の個別支援計画書
- ② 今後1年間の個別支援計画書