**休職期間中のサービス利用にかかる申出書**

**（就労移行支援・就労継続支援A・就労継続支援B・自立訓練・生活介護）※該当サービスに〇**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ |  | 生年月日 |  | 年　　 月 　　日 （　　 　 　才） |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 利用（予定）事業所名 |  |

**◆以下の書類を添付してください◆**

**□　雇用先企業**

当該企業による復職支援の実施が困難であり、就労系障がい福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当と判断していることを示す書類

**□　医療機関（主治医）**

休職にかかる診断をした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、就労系障がい福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当と判断していることを示す書類

**□　相談支援**

地域における就労支援機関である障がい者職業センター等による復職支援の利用が困難であることや地

域における医療機関による復職支援が見込めないことを示す書類（セルフプランの場合には、申請者が

作成する同様の書類）

**□　利用事業所**

復職に向けてどのような支援を行うのかがわかる書類（個別支援計画等）

上記のとおり申出書を提出します。

　　年　　　月　　　日

　申請者氏名

《注意事項》

※６カ月までの範囲で月を単位として支給します。（企業の定める休職期間の終了までの期間（上限２年））

※本申出書の提出があった場合でも、必ずしも利用が認められるわけではありません。