

訓練等給付(自立訓練・就労移行支援・就労継続支援)のサービスの更新に伴う提出書類

- | | | |
|-------------------------------|---|--------|
| 1 障害福祉サービス等支給申請書(更新用) | } | 利用者が提出 |
| 2 週間スケジュール | | |
| 3 訓練等給付に係る支給決定更新についての意見書(様式1) | } | 事業所が提出 |
| 4 自立訓練継続利用のための評価記録票(別紙1) | | |
| 5 就労移行支援継続利用のための評価記録票(別紙2) | | |

就労継続支援から就労移行支援へサービス変更する場合の提出書類

- | | | |
|----------------------------------|---|--------|
| 1 障害福祉サービス等 支給量及びサービス種類変更申請書 | } | 利用者が提出 |
| 2 週間スケジュール | | |
| 3 就労移行支援に係る支給決定についての意見書(様式2) | } | 事業所が提出 |
| 4 個別支援計画書(様式の定めなし) | | |
| 5 就労移行支援利用のための評価記録票(別紙3) | | |
| 6 就労移行支援計画の概要(別紙4) | | |
| 7 就労移行支援の支給決定に係る心身等の状況(聞取票)(別紙5) | | |

標準利用期間終了時のサービス変更・更新に係る提出書類

- | | | |
|-------------------------------------|---|--------|
| 1 障害福祉サービス等支給申請書(更新用) | } | 利用者が提出 |
| 2 週間スケジュール | | |
| 3 標準利用期間終了後の支給決定の変更・更新についての意見書(様式3) | } | 事業所が提出 |
| 4 自立訓練の評価記録票(標準利用期間終了時)(別紙6) | | |
| 5 就労移行支援の評価記録票(標準利用期間終了時)(別紙7) | | |
| 6 個別支援計画の内容(更新の場合)(別紙8~11) | | |

(様式1)

訓練等給付に係る支給決定の更新についての意見書

提出年月日 年 月 日

福山市長様

事業者番号									
事業者名 及び 代表者名									
担当者名 及び 連絡先									

次のとおり訓練等給付費の支給決定の更新について当事業所の意見を提出します。

受給者番号		支給決定者名	
現受給サービスの種類	1 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) 3 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 5 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	2 <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) 4 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 6 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
現在の支給決定有効期間	年 月 日		
記入者名 (サービス管理責任者)			
(1)当初設定した 課題・目標			
(2)(1)の達成度			
(3)直近3月の利 用実績			
(4)残った課題			

記入要領

- (1) サービス提供を開始するにあたって実施したアセスメントにより把握した課題、個別支援計画において設定した支援の目標等を記入してください。
- (2) 支給決定期間中に提供したサービスによって、(1)で設定した課題・目標のうち達成したものの、改善の見られるものについて具体的に記入してください。
- (3) 利用者の週の平均利用日数と利用時間、従事した作業とその仕事ぶり(意欲や能力など)、指導などを記入してください。
- (4) (1)で設定した支援の目標のうち、目標に到達できなかった項目について、項目と到達状況を具体的に記入し、今後必要な支援について記入してください。
- (5) 引き続きサービスを提供することで(4)の課題を改善することができるか、その見込について記入してください。
- (6) (4)の課題を改善するために、支給決定の更新後提供していく支援の内容について具体的に記入してください。
- (7) (1)～(6)までの記載内容を踏まえて、利用者にとってサービス継続の必要性があるかを事業者の総合的所見を記入してください。
- (8) 一般就労への可能性、及び就労継続支援B型については就労継続支援A型又は就労移行支援への可能性、就労継続支援A型については就労移行支援のサービスへの変更が可能か記入してください。
- (9) その他参考となる資料がある場合は添付してください。

(参考)

福山市では、訓練等給付のうち、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援の支給期間については、当初1年間で決定していますが、引き続き支給を希望し改善が見込まれるときは国が定める標準利用期間内での支給決定を行うこととしています。

引き続き標準利用期間(ただし、標準利用期間が3年以上のものについては、引き続き1年)までの支給を希望される場合には、支給申請書等を提出していただくこととなります。

標準利用期間 自立訓練(機能訓練)1年6月間

自立訓練(生活訓練)2年間、長期入院又は入所者については、3年間
就労移行支援2年間、あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の
資格取得を目的とする養成施設を利用する場合は、3年間又は5年間

(様式2)

就労移行支援に係る支給決定についての意見書

提出年月日 年 月 日

福山市長様

事業者番号									
事業者名 及び 代表者名									
担当者名 及び 連絡先									

次のとおり訓練等給付費の支給決定の変更について当事業所の意見を提出します。

受給者番号		支給決定者名	
現受給サービスの種類	1 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型		2 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型
現在の支給決定有効期間	年 月 日		
記入者名 (サービス管理責任者)			
(1)当初設定した 課題・目標			
(2)(1)の達成度			
(3)直近3月の利用実績			
(4)残った課題			
(5)一般就労や 他の事業への移行可能性	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 理由:		
(6)添付書類	1. 就労移行支援利用のための評価記録票 2. 個別支援計画書 3. その他()		

※ 欄が不足するときは適宜追紙してください。

記入要領

この意見書は、就労継続支援のサービスを提供している事業所が、次の要領で記載してください。

- (1) サービス提供を開始するにあたって実施したアセスメントにより把握した課題、個別支援計画において設定した支援の目標等を記入してください。
- (2) 支給決定期間中に提供したサービスによって、(1)で設定した課題・目標のうち達成したものの、改善の見られるものについて具体的に記入してください。
- (3) 利用者の週の平均利用日数と利用時間、従事した作業とその仕事ぶり(意欲や能力など)、指導などを記入してください。
- (4) (1)で設定した支援の目標のうち、目標に到達できなかった項目について、項目と到達状況を具体的に記入し、今後必要な支援について記入してください。
- (5) 一般就労への可能性、及び就労継続支援B型については就労継続支援A型又は就労移行支援への可能性、就労継続支援A型については就労移行支援のサービスへの変更が可能か記入してください。
就労継続支援B型から就労移行支援のサービスを申請する時は、就労継続支援A型や一般就労への可能性について、就労継続支援A型から就労移行支援のサービスを申請する時は、一般就労への可能性について記入してください。
- (6) 就労移行支援利用のための評価記録票、個別支援計画書の他、参考となる資料がある場合は添付してください。

(様式3) 標準利用期間終了後の支給決定の変更・更新についての意見書

提出年月日 年 月 日

福山市長様

事業者番号									
事業者名 及び 代表者名									
担当者名 及び 連絡先									

次のとおり訓練等給付費の支給決定の変更・更新について当事業所の意見を提出します。

受給者番号		支給決定者名	
現在のサービス種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 就労移行支援	
標準利用期間終了後のサービス種類	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> ()	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
現在の支給決定有効期間	年 月 日		
記入者名 (サービス管理責任者)			
(1)変更または更新の必要性	<input type="checkbox"/> 標準利用期間終了に伴い、サービスの変更が適当 <input type="checkbox"/> 標準利用期間を超えて、サービスの継続が適当 <input type="checkbox"/> その他()		
(2)直近3月の利用実績			
(3)現在の支給決定期間において設定した課題・目標			
(4)(3)の達成度			

(5)残った課題	
(6)更新の場合, その理由	
(7)更新の場合, 課題を改善する ための具体的方 策	
(8)添付書類	1. 訓練等給付事業の評価記録票(変更の場合) 2. 個別支援計画の内容(更新の場合) 3. その他()

※ 欄が不足するときは適宜追紙してください。

利用者に対する支援の内容（以下は就労移行支援事業の終了時及び更新の場合に記入）

受給者番号()

1. 職場実習 職場実習の有無（有・無）

	実習先	実習期間	実習内容	評価
1		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 通算 日間		
2		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 通算 日間		

⇒「無」の場合はその理由を記載

2. 求職活動

ハローワークへの求職登録有無（有・無） 相談回数 _____回

⇒「無」の場合はその理由を記載

3. 《就職活動内容》 企業への就職活動支援の有無（有・無）

	応募先	応募結果	評価
1			
2			
3			

※応募先にはトライアル雇用も含むものとする。

⇒「無」の場合はその理由を記載

記入要領

- (1) 標準利用期間終了後のサービスについて、適当と考えられる項目にチェックをしてください。
- (2) 利用者の週の平均利用日数と利用時間、従事した作業とその仕事ぶり(意欲や能力など)、指導などを記入してください。
- (3) 現在の支給決定期間において設定した課題、個別支援計画において設定した支援の目標等を記入してください。
- (4) 支給決定期間中に提供したサービスによって、(3)で設定した課題・目標のうち達成したもの、改善の見られるものについて具体的に記入してください。
- (5) (1)で設定した支援の目標のうち、目標に到達できなかった項目について、項目と到達状況を具体的に記入してください。
- (6) 標準利用期間を超えて、当該サービスの継続が必要と考えられる理由を記入してください。
- (7) (5)の課題を改善するために、支給決定の更新後提供していく支援の内容について具体的に記入してください。
- (8) その他参考となる資料がある場合は添付してください。

(参考)

福山市では、訓練等給付のうち、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援の支給期間については、標準利用期間内での支給決定を行うこととしています。

標準利用期間	自立訓練(機能訓練) 1年6月間 自立訓練(生活訓練) 2年間、長期入院又は入所者については、3年間 宿泊型自立訓練 1年間 就労移行支援(養成施設を除く) 2年間 就労移行支援(養成施設) 3年間 または 5年間
--------	---

標準利用期間を超えて、サービスを更新する場合は、審査会の個別審査を経て、必要と認められた場合に限り、最大1年間の更新が可能とされています。