

(様式 2)

年 月 日 記入

在宅就労支援対象者リスト

事業所名		サービス種別		担当者名		連絡先	
------	--	--------	--	------	--	-----	--

下記の利用者から在宅就労支援の利用希望があり、アセスメントの結果、在宅就労による具体的な支援効果が見込まれたため、当該利用者の同意のもと、「就労移行支援事業、就労継続支援事業（Ａ型、Ｂ型）における留意事項について」（平成19年４月２日付け障障発第0402001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）２の（３）在宅において利用する場合の支援についての内容を遵守し、下記の利用者に対して在宅就労支援を実施いたします。

[illegible]