

申 出 書
(就労継続支援B型通所支援)

年 月 日

台東区長 殿

申出者 住所
氏名 印
利用者本人との関係 ()
電 話 ()
利用者 氏名

移動支援（就労継続支援B型通所支援）の利用申請にあたり、下記の内容に相違ないことを申し出ます。

記

1. 就労継続支援B型事業所での作業を問題なく実施することが [できる・できない]
※事業所に確認を取って下さい。

2. 単身で通所できない理由 (例) 本人の高齢化による障害状況の変化等

3. 家族が送迎できない場合

| | | |
|----------------|-------------------|--|
| 疾病 心身 障害 | 疾病・障害名 | |
| | 程度 | |
| | 入院先、療養通院期間など | |
| 看護 介護 | 看護介護を要する者の氏名 | |
| | 疾病・障害名 | |
| | 程度 | |
| その他 | 入院先、療養通院期間など | |
| | 保護に欠ける具体的な理由(就労等) | |
| | 保護に欠ける期間 | |

記入上の注意

1. 該当する欄に○をつけ、必要事項を記入してください。
2. 申出内容を確認できる書類の提出をお願いする場合があります。