

(参考様式)

在宅就労に関する医師意見書

氏名	生年月日	年	月	日生
通所による 状態悪化の 有無	<input type="checkbox"/> 通常の配慮により状態悪化につながらない <input type="checkbox"/> 状態悪化につながる → 特段の配慮事項（他制度活用、環境調整など）			
在宅就労の 必要見込期間	<input type="checkbox"/> 1か月 <input type="checkbox"/> 3か月 <input type="checkbox"/> 6か月 <input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> その他 → その他の期間			
その他 在宅就労に 関する 特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 特記事項の内容			

上記のとおり意見する。

年 月 日

医療機関名

所在地

診療担当科名

作成医師氏名

※就労移行支援と就労継続支援（A型、B型）は原則として対面での支援とされており、以下の要件を満たす場合に限り在宅就労の利用が可

在宅でのサービス利用を希望する者であって、在宅でのサービス利用による支援効果が認められると市町村が判断した利用者

※この様式により難しいときは、この様式に準じた必要な内容を満たす別の様式を使用することや、補足として別紙の追加も可