

電話番号 _____

受給者No. _____

(※) 就業機会の減少に関する申立書と同じ収入を記載すること。

自立に向けた 方向性		
自立に向けた 活動計画 (時期・方法等) (※)	1 か月 目	
	2 か月 目	
	3 か月 目	
経営相談先	窓口名称	
	連絡先	
	対応者	

※経営相談先から就労を勧められた場合は、自立相談支援機関へ報告すること