

(別紙②)

例

発達障がい児・者への支援状況

令和5年度に各関係機関の支援内容を取りまとめた資料1を作成しました。資料1をもとに「佐世保市発達障がい連携マップ（案）」を障がい福祉課で作成しております。資料1の更新を行うにあたり下記の記入をお願いします。資料1や「佐世保市発達障がい連携マップ」に意見等ありましたら別紙③に記載をお願いします。

機関名	(障がい福祉課)
支援種別	(医療 ・ 福祉 ・ 行政 (教育機関を含む) ・ 就労 ・ 居場所 その他 () ※○で囲ってください。
住所	(佐世保市高砂町 5-1 1 階) 連絡先 (0956-24-1111 (内線 5110～5113))
担当者名	(作業療法士：羽辺 保健師：竹下・福田・山邊)
支援対象者の年齢	(18～64 歳)
発達障がい児・者に行っている支援内容	
「手帳/当事者・親の会支援/普及啓発」	
 佐世保市発達障がい支援連携マップの見出しになるので、短い言葉でまとめてください。	
発達障害に関して行っている支援を具体的に箇条書きで記載してください。	
・一般市民からの電話窓口での相談（発達障がいを含む） ・就労を見据えハローワークと共同で高校や大学教員を対象に発達障がいの勉強会を実施 ・世界自閉症デイ、発達障害啓発週間に合わせ普及啓発のイベントを開催 ・発達障がい者対象のデイケアを開催 ・発達障がい親の会の運営を支援 ・精神保健福祉手帳交付、自立支援医療、福祉サービスの支給決定	
 箇条書きで構いませんので、できるだけ具体的に記入してください。	