

## 【就労継続支援 A 型計画書】

作成日：平成 年 月 日		前回作成日：平成 年 月 日		計画作成者： 印				
ふりがな	性別	昭和 / 平成		障害支援 区分	管理者	サービス管 理責任者	職業指導員	生活支援員
氏名		年 月 日生 歳						
就労継続支援 A 型利用までの経緯 (活動歴や病歴等)		本人の希望（業務内容、労働時間、賃金、一般就労の希望の有無等）						
		本人の障害基礎年金等の有無や収入状況			本人の生産活動を行う際の課題			
健康状態（病名、服薬状況等）				生産活動や支援で留意する医学的リスクなど				
生活環境や自宅での役割などの本人の生活状況								

## 利用目標

長期 目標	設定日	年 月		目標 達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年 月			
短期 目標	設定日	年 月		目標 達成度	達成・一部・未達
	達成予定日	年 月			

## サービス提供内容

目標と支援の提供方針・内容		評価			迎え（有・無）	
		実施	達成	効果、満足度など		
①	月 日 ~ 月 日	実施	達成		プログラム（1日の流れ）	
		一部	一部		(予定時間)	(サービス内容)
		未実施	未実施			
②	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
③	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
④	月 日 ~ 月 日	実施	達成			
		一部	一部			
		未実施	未実施			
⑤	月 日 ~ 月 日	実施	達成		送り（有・無）	
		一部	一部			
		未実施	未実施			

特記事項	実施後の変化(総括) 再評価日：平成 年 月 日
------	--------------------------

上記計画の内容について説明を受けました。 平成 年 月 日	上記計画書に基づきサービスの説明を行い 内容に同意頂きましたので、ご報告申し上げます。 平成 年 月 日
ご本人氏名： 印	相談支援専門員様/事業所様
ご家族氏名： 印	

就労継続支援 A 型 ○○○ 事業所 No. 000000000	〒000-0000 住所：○○県○○市○○ 00-00 Tel. 000-000-0000/Fax. 000-000-0000	管理者： 説明者：
-------------------------------------	--	--------------