

【就労継続支援 A 型計画書】

作成日： 年 月 日		前回作成日： 年 月 日		計画作成者：			
ふりがな	性別	年 月 日生 歳	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							
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 年 月 日
------	-----------------------

上記計画の内容について説明を受けました。 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。 年 月 日
ご本人氏名：	相談支援専門員様/事業所様
ご家族氏名：	

事業所名	〒	所在地：	管理者：
事業所No.	TEL：	FAX：	説明者：