

【就労継続支援 A 型計画書】

作成日：令和 年 月 日		前回作成日：令和 年 月 日		計画作成者： 印							
ふりがな		性別		昭和 / 平成 / 令和		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			
			一部	一部		送り（有・無）	
			未実施	未実施			

特記事項	実施後の変化(総括)	再評価日：令和	年	月	日

上記計画の内容について説明を受けました。	
令和 年 月 日	
ご本人氏名：	印
ご家族氏名：	印

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。
令和 年 月 日
相談支援専門員様/事業所様

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