

【就労定着支援計画書】

作成日： 年 月 日		計画作成者： 印		管理者	サービス管理 責任者	就労支援員
評価日： 年 月 日		評価作成者： 印				
ふりがな	性別	生年月日(年齢)		支援区分	障害者手帳	
対象者氏名		年 月 日 ( 歳)			身体・療育・精神	
雇用事業主 (業種： ) (所在地) (連絡先) (担当者： )	就職まで利用していた事業所からの引き継ぎ事項(就職日： 年 月 日)					
職場環境			業務内容			
物理的環境：休憩室有無、音や光等		人的環境：キーパーソン、上司・同僚の属性等				
労働条件			関わっている支援機関			
雇用形態：(正規・非正規[パート・アルバイト、契約社員・嘱託、派遣])						
契約上の賃金：			休日：			
1日の勤務時間(休み時間)： ( )						
健康状態(診断名、服薬状況等)			生活環境及び生活面のサポート体制(家族との同居の有無、家事の自立状況等)			

利用目標(利用者のニーズ)					
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			

支援内容・評価						
目標達成に向けた支援方針・内容・期間・頻度			評価		残っている課題と対策	
			実施	達成		効果、満足度など
①	月 日 ~ 月 日		実施	達成		
			一部	一部		
			未実施	未達成		
②	月 日 ~ 月 日		実施	達成		
			一部	一部		
			未実施	未達成		
③	月 日 ~ 月 日		実施	達成		
			一部	一部		
			未実施	未達成		

特記事項

総括評価

上記計画の内容について説明を受けました。  
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。  
年 月 日

相談支援専門員様/事業所様

〒 - 住所： 管理者：  
事業所No. Tel. /Fax. 説明者：