

【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		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		
			未実施	未実施		(予定時間)
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：	

【指定就労継続支援 A 型事業所 経営改善計画書】

事業所名称					代表者指名		
事業所所在地							
連絡先	電話番号			FAX番号			
職員数		定員		利用者数	(うち身体 知的 精神 その他)		
事業所の設置主体	社会福祉法人 ・ 民間企業 ・ NPO法人 ・ その他				設立年月日		
改善計画期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (1年間とすること)						

1 現在、指定基準第192条第2項を満たすことができていない理由と具体的改善策
(詳細かつ具体的に記載すること)

(未達成理由)	(具体的改善策)

2 現在の事業内容及び計画期間を通じて実施する事業内容

現在の事業内容	計画期間を通じて実施する事業内容

(※) 事業内容には、生産活動の内容、対象顧客、市場動向、競合相手の動向、改善後の事業内容に主に従事する者の数や属性(どのような資格、経験等を持った者が担当するか等)について詳細に記載すること

3 現在の生産活動に係る事業の収入額及び計画期間を通じて達成する事業収入目標額(1年間の額を記載)

現在の収入額	計画期間を通じて達成すべき目標収入額
円	円
(主な費目)	(積算根拠)

(注) 目標収入額は、「平均利用者数×平均労働時間×最低賃金額×平均利用日数×12か月」以上の額でなければならない。

4 現在の生産活動に伴う経費及び計画期間を通じて達成する必要経費の見込額(1年間の経費を記載)

現在の経費	計画期間を通じて見込まれる経費
円	円
(主な費目)	(積算根拠)

5 生産活動に係る事業の収入－生産活動に伴う必要経費

現在の「収入－経費」	計画期間後の「収入－経費」
円	円

6 現在の利用者の総賃金額及び計画期間後の利用者の総賃金額

現在の支払い総賃金額	計画期間後の支払い総賃金額
円	円
(積算根拠)	(積算根拠)

事業所代表者署名欄

※「現在」はいずれも、指定基準192条第2項を満たさないと判断された前年度1年間のものを記載すること。
※その他、社会福祉法人会計基準に基づく会計書類等、地方公共団体が必要と認める書類を添付させること。

