

# 就労系サポート計画書

|                                   |                |             |                     |   |
|-----------------------------------|----------------|-------------|---------------------|---|
| 氏名                                | 自署<br>又は<br>押印 | 生年月日        | 手帳の<br>状況           | <input type="checkbox"/> 身体障害<br><input type="checkbox"/> 療育<br><input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉<br><input type="checkbox"/> なし |
| 住所                                |                |             | 連絡先<br>(日中連絡がつくところ) | ( ) —   |
| 障害支援区分                            | (区分) なし 非該当    | 1 2 3 4 5 6 | 診断名・医療の状況           |   |
| どんな生活を送りたいか<br>どんな仕事・働き方を<br>したいか |                |             |                     |   |

## 具体的な希望

☆未定であれば空欄で結構です。

|          |                               |
|----------|-------------------------------|
| 希望エリア    | 大津市北部 ・ 大津市南部 ・ 大津市以外含む       |
| 通勤       | 公共交通機関可能(JR・京阪・バス) ・ 送迎サービス希望 |
| 1日の労働時間  | 1日あたり ( ) 時間程度                |
| 1週間の労働日数 | 1週間あたり( ) 日程度                 |

## サポートが必要なこと

|              |         |                         |
|--------------|---------|-------------------------|
| コミュニケーションの支援 | 必要 ・ 不要 | * 特に希望したいサポートを記入してください。 |
| 仕事のやり方の工夫    | 必要 ・ 不要 |                         |
| こまめな休憩       | 必要 ・ 不要 |                         |
| 家族との連絡・調整    | 必要 ・ 不要 |                         |
| 医療関係者との連携    | 必要 ・ 不要 |                         |
| 生活支援関係者との連携  | 必要 ・ 不要 |                         |

## 福祉サービスの種類・内容・期間

|      |  |    |   |
|------|--|----|---|
| 種類   | <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型<br><input type="checkbox"/> 就労継続支援B型<br><input type="checkbox"/> 就労移行支援<br><input type="checkbox"/> 就労定着支援 | 期間 | <input type="checkbox"/> 1年<br><input type="checkbox"/> 2年<br><input type="checkbox"/> 3年 |
| 内容・量 | 1日( ) 時間で、週( ) 日   |    |   |
| 事業所名 |  |    |   |

<総合的な援助の方針> 達成時期 半年後 ・ 1年後

- 希望する仕事ができるようなサポートを希望  
生活支援も含めたサポートを希望

|                   |       |
|-------------------|-------|
| 記入者<br>(作成協力事業所名) |       |
| 開始希望日             | 年 月 日 |