

就労系サポート計画書

氏名	自署 又は 押印	生年月日	手帳の 状況	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉 <input type="checkbox"/> なし
住所			連絡先 (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 どんな仕事・働き方を 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 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援	期間	<input type="checkbox"/> 1年 <input type="checkbox"/> 2年 <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 (作成協力事業所名)	
開始希望日	年 月 日