**アセスメントシート（就労継続支援Ａ型・就労継続支援Ｂ型）**

作成年月日　平成　　　年　　　月　　　日

徳島市長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 代表者名 |  |
| 作成者（サービス管理責任者） | 　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | ℡： |

次のとおり就労継続支援給付費の支給決定の更新について当事業所の評価票を提出します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  | 支給決定者氏名 |  | 年齢 |  |
| サービス種類 | * 就労継続支援A型　　　□　就労継続支援B型
 |
| 1. 現在の支給決定有効期間 | 平成　 　年　 　月　 　日 ～ 平成　 　年　　 月　　 日 |
| 2. 別添「個別支援計画（写）」において設定した目標・課題の達成度 |  |
| 3. 残った課題もしくは新たな課題 |  |
| 4. 今後、課題解決や目標達成に向けて必要な支援内容 |  |
| 5. 一般就労や他の事業の利用移行の可能性及びその理由 |  |
| 6.担当者評価 | □　一般就労の可能性があると認められる。□　将来的に一般就労の可能性があると認められるため、継続しての就労支援が必要である。□　将来的にも一般就労の可能性は低いと認められる。□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ※欄が不足するときは適宜追紙のこと7. 利用実績（利用状況）※最近一年間の利用実績 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 | 月 |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| 月 | 月 | 月 | 月 | 年間利用実績 | ※各月の利用日数及び年間の利用可能日数に対する利用日数を記載して下さい。 |
| 日 | 日 | 日 | 日 | 日／　　　日 |

上記の内容を確認しました。引き続き（　　　　　　　　　　　）のサービスの受給を希望します。

利用者氏名印　　　　　　　　　　　 　　㊞

上記記載内容に相違ないことを証します。サービス管理責任者氏名印　　　　　　　　　　 　　　 ㊞

※添付書類　　①アセスメント票　②個別支援計画（写）（それぞれ直近に作成したもの）