岩手県保健福祉部障がい保健福祉課

障がい福祉担当　　山川　行

Fax　０１９-６２９-５４５４

※添書は付けず、このままお送りください。

別　紙　様　式

**第５期障がい福祉計画に係る活動実績調査（令和元年度）について（回答）**

　お手数ですが、**事業所及びサービス種別ごと**にご回答願います。

（※　例えば、同一事業所で、就労移行支援・就労継続支援Ｂ型のサービスを提供している場合、サービス種別

ごと【→「就労移行支援」、「就労継続支援Ｂ型」の各欄 】に、それぞれ記載願います。）

　また、サービス種別等は**令和２年3月31日を基準時点**としてください。

事　業　所　名

記入ご担当者名

連絡先電話番号

（単位：人）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | サービス種別 | 就労移行  支援 | 就労継続支援  Ａ型 | 就労継続支援  Ｂ型 |
| (1)-1 | 一般就労移行者数（平成31年４月1日～令和２年３月31日） |  |  |  |
| (1)-2 | うち、職業訓練受講者数 |  |  |  |
| （2） | 個別支援計画を作成の上、公共職業安定所へ誘導した利用者数 |  |  |  |
| (3) | 障がい者就業・生活支援センターへ誘導した利用者数 |  |  |  |
| (4) | 公共職業安定所の支援を受けて就職した利用者数 |  |  |  |

**＜記載上の留意事項＞**

・(1)-1は平成31年４月1日～令和２年３月31日の間にサービスを利用された方のうち、一般就労に移行した方の数を記載して下さい。