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（平成30年度・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。

　また、サービス種別等は、平成30年度実績については**平成31年３月31日**を、また、令和元年度実績については**令和２年3月31日を基準時点**としてください。

　なお、**該当者がいない場合**は**「なし」**とご記入ください・

事　業　所　名

記入ご担当者名

連絡先電話番号

（単位：人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調査対象年度 | 調査項目 | 調査該当人数 |
| 平成30年度実績 | 貴事業所・施設利用者のうち、平成30年度中に貴施設を退所し、一般就労した方の人数※平成30年度：平成30年４月1日～平成31年３月31日 |  |
| 令和元年度の実績 | 　貴事業所・施設利用者のうち、令和元年度中に貴施設を退所し、一般就労した方の人数※令和元年度：平成31年４月1日～令和２年３月31日 |  |
| 就労定着支援事業による支援を開始した時点から一年後の職場定着者数　※該当の事業所のみ御回答ください。 |  |