

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(45) 退院支援施設の届出

1 届出あり 2 届出なし

9月末日利用者数(人) 人

(46) 就労移行支援サービスの提供状況

9月中の営業日数 日

※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別			利用延人数(人)
	2年以下	2年超3年以下	3年超	
人	人	人	人	人

(47) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成23年10月1日～平成24年9月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

1 就職	退 所 理 由 (人)				2 就労移行支援事業所	3 就労継続支援(A型)事業所	4 就労継続支援(B型)事業所	5 その他の事業所等	6 入院	7 死亡	8 その他
	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)										
人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人	人

(48) 就労移行支援サービスの従事者数

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	サービス管理責任者	生活支援員	職業指導員	就労支援員	その他の職員
常勤専従 (換算数不要)					
常勤兼務					
常勤兼務の換算数					
非常勤					
非常勤の換算数					

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。

1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

	社会福祉士	介護福祉士	精神保健福祉士
常勤の従事者数(人)	人	人	人
非常勤の従事者数(人)	人	人	人

0045 就労継続支援(A型)サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(49) 就労継続支援(A型)サービスの提供状況 9月中の営業日数 日 ※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別			利用延人数(人)
	1年以下	1年超3年以下	3年超	
人	人	人	人	人

(50) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成23年10月1日～平成24年9月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支 援 事 業 所	3 就 労 継 続 支 援 (A 型) 事 業 所	4 就 労 継 続 支 援 (B 型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(51) 就労継続支援(A型)サービスの従事者数

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	サービス 管理責任者	生活支援員	職業指導員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)				
常 勤 兼 務				
常 勤 兼 務 の 換 算 数				
非 常 勤				
非 常 勤 の 換 算 数				

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

	社 会 福 祉 士	介 護 福 祉 士	精 神 保 健 福 祉 士
常 勤 の 従 事 者 数 (人)	人	人	人
非 常 勤 の 従 事 者 数 (人)	人	人	人

0046 就労継続支援(B型)サービス

記入者名

電話番号()-()-()

※障害者支援施設が実施する指定昼間実施サービスにつきましては、この調査票ではなく「B 障害者支援施設等調査票」に記入してください。調査票が届いていない場合は事務局までお問い合わせください。

(52) 就労継続支援(B型)サービスの提供状況 9月中の営業日数 日 ※利用者がいない日であっても、事業所として営業していた場合は営業日として数えてください。

1 9月中の利用者あり 2 9月中の利用者なし

(補問) 「9月中の利用者あり」の場合、9月中の「利用期間別利用実人員」「利用延人数」を記入してください。

利用実人員 (総数：人)	(再掲)利用期間別			利用延人数(人)
	1年以下	1年超3年以下	3年超	
人	人	人	人	人

(53) 過去1年間の退所者の状況

過去1年間(平成23年10月1日～平成24年9月30日)に退所した者について、次の退所理由別に人数を記入してください。

退 所 理 由 (人)							
1 就 職	他の障害福祉サービス等を利用(利用先)				6 入 院	7 死 亡	8 そ の 他
	2 就 労 移 行 支 援 事 業 所	3 就 労 継 続 支 援 (A 型) 事 業 所	4 就 労 継 続 支 援 (B 型) 事 業 所	5 そ の 他 の 事 業 所 等			
人	人	人	人	人	人	人	人

(54) 就労継続支援(B型)サービスの従事者数

※利用者がいた場合に対応できる人数を記入してください。換算数は小数点以下第1位まで記入してください。

	サービス 管理責任者	生活支援員	職業指導員	そ の 他 の 職 員
常 勤 専 従 (換算数不要)				
常 勤 兼 務				
常 勤 兼 務 の 換 算 数				
非 常 勤				
非 常 勤 の 換 算 数				

(補問) 従事者のうち、それぞれの資格保有者の人数(実数)を記入してください。1人が複数の資格を有する場合は、それぞれに計上してください。

	社 会 福 祉 士	介 護 福 祉 士	精 神 保 健 福 祉 士
常 勤 の 従 事 者 数 (人)	人	人	人
非 常 勤 の 従 事 者 数 (人)	人	人	人