|  |
| --- |
| **利用者の具体的な業務内容及び収益****※業務の単価、時間あたり業務量、経費など、事業の収益で利用者賃金を払える根拠を具体的に示すとともに、挙証資料を添付して下さい。** |
|  |
| **利用者のＡ型利用に係る適性評価及び対応の指針****※利用契約締結時の評価方法、暫定支給決定期間中の評価方法****当該事業所の利用が適さないと評価した場合の対応方法** |
|  |
| **利用者の勤務時間及びその理由** |
|  |
| **従業者（生活支援員及び職業指導員）が利用者に対し実施する具体的な支援の内容** |
|  |
| **提携就労支援機関名（複数ある場合は別紙にて添付）** |
| **業種** |
| **住所** |
| **連絡先** | **担当者名** |
| **協力企業（複数ある場合は別紙にて添付）** |
| **企業名** |
| **業種** |
| **住所** |
| **連絡先** | **担当者名** |
| **連携障害福祉サービス事業所（複数ある場合は別紙にて添付）** |
| **事業所名** |
| **住所** |
| **連絡先** | **担当者名** |