**施設外就労実施報告書**

　　年　　月　　日

福　井　市　長

所在地

 事　業　所　名

代　表　者　名　　　　　　　　　　　　　　印

　施設外就労の実績について、以下のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス種類名 |  |
| 施設外就労企業名及び所在地 |  |
|  |
| 契約期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 受注作業内容 |  |
| 対　象　月 | 　　年　　月分 |
| 利用者名等（注１） | 利用者 | 受給者証番号 | 施設外就労した日付 | 当月日数 |
| 氏名 | 支給量 |
|  | 日 |  |  | 日 |
|  | 日 |  |  | 日 |
|  | 日 |  |  | 日 |
|  | 日 |  |  | 日 |
|  | 日 |  |  | 日 |
|  | 日 |  |  | 日 |
|  | 日 |  |  | 日 |
| 配置職員名（注２） |  |
| 備　　　考 |  |

（注1）１ユニットあたりの最低定員は１人以上とすること。

（注2）職員は、施設の職員配置基準以上に１ユニットごとに配置されていること。

（※）この報告書は、施設外就労を行った翌月１５日までに、福井市福祉保健部障がい福祉課に提出するものとする。