

フランス・ドイツの認定申請様式等

フランスの資料

障害者職業総合センター資料シリーズ No. 103 の 1 「フランスにおける障害認定及び就労困難性の判定に係る実務関連資料」、2020. 3. から抜粋



○MDPH 申請書	1
○被用者の重度障害認定申請書	21

ドイツの資料

障害者職業総合センター資料シリーズ No. 103 の 2 「ドイツにおける障害認定及び就労困難性の判定に係る実務関連資料」、2020. 3. から抜粋

○社会法典第 9 編第 2 条第 3 項による重度障害者との同等認定を求める申請（申請書）	31
○経営協議会／職場代表委員会／重度障害者代表機関に対する社会法典第 9 編第 176 条による照会	37
○重度障害者負担調整金規則（SchwbAV）第 27 条によるサービス給付申請に関するご案内／給付申請書	43

付属資料

 №15692*01	<h1>MDPH への申請書</h1> <p>社会福祉・家族法典第 146-26 条 MDPH とは県障害者センターの略称です。 MDPH は、あなたが障害により何を必要とするかに答えるために、あなたの状況を検討します。 本申請書は、2017年9月1日から2019年5月1日までに、徐々にフランス全国に普及していく予定です。 2019年5月1日以降、cerfa №13788*01 は完全に廃止され、本申請書が代わりに使用されることになります。</p>	 自由・平等・友愛 フランス共和国 社会問題・保健省
---	--	---

本申請書の対象者は誰ですか？

本申請書は障害のある人を対象としています。

対象となる障害者が、18歳未満の場合は、その両親が同障害者に代わって申請します。

18歳以上の対象障害者が保護措置下にある場合は、その後見人又は保佐人が同障害者の申請を援助します。

本申請書の記入に援助が必要な場合は、MDPHの受付に申し出てください。

**MDPH にあなたの状況、ニーズ、計画、希望を具体的に記入してください：
 法規に規定される条件に応じて、あなたは以下の権利を享受できる可能性があります。**

障害児童教育給付金（AEEH）又はその補足手当	障害補償手当（ACTP 又は ACFP）の更新
成人障害者手当（AAH）又はその補足手当	個別就学・学歴計画及び就学補助金
障害者移動インクルージョンカード（従来の障害者カード・優先カード・駐車カード）	職業指導、職業訓練
児童・成人向け医療社会福祉施設またはサービス（ESMS）への誘導	障害労働者認定（RQTH）
障害補償給付金（PCH）	在宅親族老齢保険（AVPF）への無料加入

どの項目に記入すればよいですか？

<input type="checkbox"/> 初回申請である。 <input type="checkbox"/> 私の医療、行政、家族に関わる状況又は計画が変更された。 <input type="checkbox"/> 私の状況の再評価又は私の資格を見直して欲しい。	あなたのすべてのニーズを説明するために、申請書の全項目に記入してください。又、E項に記入することにより、あなたが希望する資格や給付金を説明することもできます。
<input type="checkbox"/> 私の状況に変化がないので、私の資格をそのままの形で更新したい。	A項とE項に記入してください。申請書の全項目に記入することもできます。
<input type="checkbox"/> 家族補助者（日常的にあなたの世話をする家族）がその状況とニーズを説明したいと考えている。	あなたの家族補助者が、F項に記入することができます。

あなたの書類はすでに MDPH にありますか？

<input type="checkbox"/> はい	県：	書類番号：	
-----------------------------	----	-------	--

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> A 本人関連情報 </div>	必ず記入すべき情報
--	------------------

A1 申請の対象である児童又は成人の本人関連情報

性別 :	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		
旧姓 :	夫の姓/又は通称 _____		
名 :	_____	生年月日 _____	年 _____ 月 _____ 日 _____
国籍 :	<input type="checkbox"/> フランス <input type="checkbox"/> 欧州経済領域又はスイス <input type="checkbox"/> その他		
出生コミューン :	_____	_____	県 _____
出生国 :	<input type="checkbox"/> フランス <input type="checkbox"/> その他 国 : _____		
外国に住んでいた場合は、フランス到着日を記入してください :		_____	年 _____ 月 _____ 日 _____
住所に関する補足 (必要に応じて、あなたが滞在する家の主人名) : _____			
住所 (通り、番地) :	_____		
郵便番号 :	_____	コミューン : _____	国 : _____
電話番号 :	_____	メールアドレス : _____	_____
必要に応じて、あなたが希望する MDPH からの連絡方法 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> SMS <input type="checkbox"/> 郵便			
あなたが何らかの機関を住所として選択した場合、名称を記入してください : (団体、宿泊施設、社会福祉センター) _____			
家族給付金/積極的連帯手当 (RSA) 給付機関 :	<input type="checkbox"/> 家族手当金庫 (CAF) <input type="checkbox"/> 農業社会共済 (MSA) <input type="checkbox"/> その他 受給番号 _____		
健康保険機関 :	<input type="checkbox"/> 健康保険初級金庫 (CPAM) <input type="checkbox"/> 農業社会共済 (MSA) <input type="checkbox"/> 自営業者健康保険機関 (RSI) <input type="checkbox"/> その他 (名称を記入してください) : _____		
あなたの社会保障番号 :	_____		
あなたの子供が申請の対象である場合は、その社会保障番号を記入してください :	_____		

A2 親権、親権委任又は後見 (未成年者の場合)

親権行使者	<input type="checkbox"/> 親戚 1 又は法定代理人 1 <div style="text-align: center;">▽</div>	<input type="checkbox"/> 親戚 2 又は法定代理人 2 <div style="text-align: center;">▽</div>
姓	_____	_____
名	_____	_____
生年月日	_____	_____
住所 (通り、番地)	_____	_____
住所の補足	_____	_____
郵便番号	_____	_____
コミューン	_____	_____
国	_____	_____
電話番号	_____	_____
メールアドレス	_____	_____

両親が離婚している、もしくは、親権委任又は後見の場合は、親権行使方法を証明する判決のコピーを添付してください。

姓 :	名 :
-----	-----

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-right: 10px;">A</div> 本人関連情報	必ず記入すべき情報
--	------------------

A3 **あなたがMDPHへの手続に援助を受けている場合**

MDPHがあなたの状況を正確に評価するために下記の者に連絡することを許可してください

<input type="checkbox"/> 身近な者	<input type="checkbox"/> 団体	<input type="checkbox"/> その他
-------------------------------	-----------------------------	------------------------------

団体名:
対象者の氏名:
通りと番地:
住所の補足:
郵便番号:
コミューン:
電話番号:
メールアドレス:

A4 **あなたが保護措置を受けている場合**

	法定代理人 1 ▽	法定代理人 2 ▽
保護措置の種類 (後見、保佐、強化保佐、家族授権):
機関名 (該当する場合):
対象者の氏名:
生年月日:
通りと番地:
住所の補足:
郵便番号:
コミューン:
電話番号:
メールアドレス:

A5 **あなたが申請の早急な処理を必要とする状況にあると考えている場合**

下記のいずれかの状況に該当する場合は、マスに印を付けてください:

<input type="checkbox"/> あなたの家で生活できなくなった又は生活できなくなる恐れがある。	<input type="checkbox"/> 近い将来、失業する恐れがある。
<input type="checkbox"/> あなたの学校があなたを受け入れられなくなった又は受け入れられなく恐れがある。	<input type="checkbox"/> 最近、就職した、又は、近い将来、職業訓練を受講する。 開始予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> あなたは、退院したが、自宅又はあなたの施設に戻れない。 <u>問題を具体的に記入してください:</u>	
<input type="checkbox"/> 2ヶ月以内にあなたの資格が失効する (AEEH、AAH、PCH、RQTH 等) 失効する資格及び失効日を記入してください。	

A

申請に必ず添付すべき書類

必ず記入すべき情報



- MDPH 申請に規定されている 6 ヶ月以内に作成された診断書
- 障害者、及び、必要に応じて、その身分証明書類の両面のコピー
(有効な身分証明書又は滞在許可証、又は、フランス滞在を許可する何らかの書類)
- 住所証明書類のコピー
(児童については、法定代理人の住所証明書類を添付してください。第三者の家に居住する場合は、住所証明書類と居住を証する家主の誓書)
- 法定保護証明書類 (必要に応じて)

- 私の医師による診断書の作成に困難があった。
詳細を具体的に記入してください：

.....

.....

..... 年 月 日 署名

- 署名： 対象障害者
 法定代理人
 両親 (未成年者の場合)

- 私は、社会福祉・家族法典第 L 241-10 条に
 則り、MDPH が、私の状況とニーズをより
 良く理解するために、私を支援する専門家達
 と連絡を取ることに**承認します**。

又は

- 私は、MDPH が私を支援する専門家達と連絡
 を取ること**承認しません**。私はすべての必要
 な補足的情報を MDPH に提供することを約束
 します。

- 私は、上記の記述された情報が正確であることを名誉にかけて証し、マスに印を付けます。

- 私は、以下の事例に該当する場合で、簡易手続を希望します。

- 私の状況に変化がない場合の給付金受給資格の更新
- 在宅親高齢保険無料加入のために必要な条件の認定
- 障害労働者認定 (RQTH) の付与
- 緊急状況

この場合には、私は障害者権利自立委員会 (GDAPH) の認定は受けられません。

あなたが提出した情報は機密性が守られます。あなたには GDAPH の認定を受ける権利が法律により与えられています。GDAPH とは、障害者権利自立委員会の略称で、2005 年 2 月 11 日法律第 2005-102 号に則り設立され、評価及び MDPH の提案に基づき、障害を有する人間への資格付与の決定を下します。現在から MDPH チームにより徹底的評価が行われますが、必要があれば、あなたとの面談も行われます。本申請書のコピーを保管してください。

「悪意をもって、不正確又は不備のある情報を提出した者には、最高、禁固刑までの刑事罰が科されることがある」(社会保障法典第 L 114-19 条-刑事法典第 441-1 条)

情報処理、情報ファイル及び自由に関する 1978 年 1 月 6 日修正法律第 78-17 号が、本申請書に記入された回答に適用されます。同法により、あなたには、県障害者センター (MDPH) に対する、あなたに関するデータへのアクセス権と修正権が保証されます。本申請書に記入されたデータは、情報処理され、現行の法規の遵守の下に、伝達されます。



あなたの申請への回答は、約 4 ヶ月後に送付されます。

M. D. P. H.
申請書

MDPH

直接対応：

電話対応：

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> B </div> 日常生活	<p style="margin: 0;">必ず記入すべき情報</p> <p style="margin: 0; font-size: 0.8em;">但し、状況に変化がない場合の更新を除く</p>
--	--

B1 あなたの日常生活

<p>あなたは <input type="checkbox"/> 独り <input type="checkbox"/> 夫婦又は同棲 <input type="checkbox"/> 両親 <input type="checkbox"/> 子供 で／と生活している。 <small>(又はいずれか片方と) (又はそのうちの1人と)</small></p>	
<input type="checkbox"/> その他の状況。具体的に記入してください：	
<p>あなたの居住場所 あなたは以下に居住している。 <small>(A1欄の氏名及び住所を記入してください)</small></p>	
<input type="checkbox"/> あなたは独立した住居を所有している。 あなたは、 <input type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 賃借人 である。	<input type="checkbox"/> 両親の家 <input type="checkbox"/> 子供の家 <small>(又はいずれか片方の家) (そのうちの1人の家)</small>
<input type="checkbox"/> 医療・社会福祉施設・事務所 <small>(施設名と種類を記入してください。)</small>	<input type="checkbox"/> 友人の家 <input type="checkbox"/> 他の親戚の家 <input type="checkbox"/> ホストファミリーの家
<input type="checkbox"/> その他の状況。具体的に記入してください：	
<p>過去に <input type="checkbox"/> 第三者に起因する事故 <input type="checkbox"/> 労働災害 に遭ったことがありますか？</p>	
<input type="checkbox"/> 他の種類の事故 具体的に記入してください：	
<p>上記の事故により、現在支払い中又は支払いが終了した補償請求をしましたか？ <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>	
<input type="checkbox"/> 「はい」の場合、どの機関に請求しましたか。：	

財政的支援と収入

<p>あなたは、下記の補助金、収入及び／又は給付金を受給していますか：</p>	
<input type="checkbox"/> 成人障害者手当 (AAH) <input type="checkbox"/> 雇用センター (Pôle Emploi) の失業手当	<input type="checkbox"/> 積極的連帯所得手当 (RSA) <input type="checkbox"/> 特別連帯手当 (ASS)
<p>本申請前の12ヶ月間に、以下を得たことがありますか：</p>	
<input type="checkbox"/> 職業活動による収入 <input type="checkbox"/> ESATでの活動による収入	<input type="checkbox"/> 日払い補償金 年 月 日から 年 月 日まで
<p>障害者年金： <input type="checkbox"/> カテゴリー1 <input type="checkbox"/> カテゴリー2 <input type="checkbox"/> カテゴリー3 年 月 日より</p>	
<input type="checkbox"/> その他のこの種の年金 (3分の2障害年金、能力障害年金)	
<input type="checkbox"/> 第三者割増 <input type="checkbox"/> 労働災害・職業病年金 <input type="checkbox"/> 公務不適応退職手当又は早期退職手当	<input type="checkbox"/> 補足障害手当 <input type="checkbox"/> 第三者援助補足給付金 年 月 日
永続的部分的不能 (IPP) 率 _____ %	
<div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ● 障害者年金付与の証書類 ● 労働災害・職業病年金決定書のコピー </div> <div> <input type="checkbox"/> 退職年金 _____ 年 月 日に退職 <input type="checkbox"/> 高齢者連帯手当 (ASPA) の受給者 <input type="checkbox"/> 退職者年金を申請した <input type="checkbox"/> 高齢者自助手当 (APA) </div> </div>	

姓：	名：
----	----

B 日常生活

必ず記入すべき情報
但し、状況に変化がない場合の更新を除く

移動におけるニーズ

<input type="checkbox"/> 自宅内での移動	<input type="checkbox"/> 車両の利用
<input type="checkbox"/> 自宅から出る、自宅に入る	<input type="checkbox"/> 公共交通機関の利用
<input type="checkbox"/> 自宅外での移動	<input type="checkbox"/> 休暇旅行への出発
あなたは移動の際に地域的に提供される障害者用交通機関を使用しますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> その他の状況 具体的に記入してください：	

社会生活におけるニーズ

<input type="checkbox"/> 意見の表明、理解してもらう、聞く	<input type="checkbox"/> 家族の世話をする
<input type="checkbox"/> スポーツやレジャーを楽しむ	<input type="checkbox"/> 市民的生活で援助を受ける (投票に行く、社会生活等)
<input type="checkbox"/> 他人との人間関係	<input type="checkbox"/> 自分の安全の確保
<input type="checkbox"/> その他の状況 具体的に記入してください：	

B3 障害による不便を緩和するための希望

あなたの希望 (複数回答可)

<input type="checkbox"/> 自宅で生活する	<input type="checkbox"/> 移動の援助	<input type="checkbox"/> 施設への一時的収容
<input type="checkbox"/> 施設で生活する	<input type="checkbox"/> 器具又は設備	<input type="checkbox"/> 介助動物
<input type="checkbox"/> 生活場所の整備	<input type="checkbox"/> 障害による出費への財政的援助	<input type="checkbox"/> 日常生活における能力の総合的評価
<input type="checkbox"/> 人的支援：補助者による	<input type="checkbox"/> 日常生活への適応／再適応	<input type="checkbox"/> 最低限の収入を確保するための財政的援 (この場合、D項にも記入してください)
<input type="checkbox"/> その他の希望 具体的に記入してください：		

あなたの希望に応える受入機関、支援機関又は介護機関を知っていますか？ はい いいえ

「はい」の場合はその名称を記入してください。
 同機関に連絡しましたか はい いいえ
 同機関に連絡しましたか はい いいえ

姓： _____ 名： _____

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-right: 10px;">C</div> 学業生活又は学生生活	あなたの申請が 学業又は学生生活に関わる場合
--	---------------------------

C1 学習状況

現在、子供が就学中である場合、その学習状況は： <input type="checkbox"/> 通常教育 <input type="checkbox"/> 自宅学習 <input type="checkbox"/> 医療・社会福祉施設や介護サービスの支援を受けている。 <input type="checkbox"/> 医療・社会福祉施設と通常教育又は自宅学習を並行して行っている。 <input type="checkbox"/> 介護サービスと通常教育を並行して行っている。 <input type="checkbox"/> 高等教育 <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください：	施設名を記入してください。 年 月 日より
<input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください：	

子供が寄宿舎に入っている場合、寄宿費は疾病保険、政府または社会扶助によって全額負担されていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

子供が就学中ではない場合、その理由を記入してください：	
<input type="checkbox"/> 就学年齢に達していない いつから就学可能ですか？	<input type="checkbox"/> 受け入れられる教育施設、大学又は医療・社会福祉施設がない。 具体的に記入してください：
<input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください：	

あなたが学生であるか、職業訓練中である場合： 学業の種類 取得した学位 準備中の学位	施設名 通り 都市 年 月 日より
---	---

姓：	名：
----	----

C

学業生活又は学生生活

あなたの申請が
学業又は学生生活に関わる場合

C2

学校生活又は学生生活におけるニーズ

あなた又はあなたの子供の障害に関連する補償のニーズを具体的に記入してください：

- たとえば、子供の場合は、同年齢の障害のない子供との違いを示すことにより、対象障害者の年齢に応じて、回答を調整してください。
- 直接的人的支援、又は刺激を受ける、ガイドされる、言葉で励まされるといった支援、もしくは器具による又は財政的支援の必要性。
- 本書類は、あなたのニーズを表明するためのものです。次の段階で、MDPH チームが詳細な評価を行い、必要があれば、あなたと面談を行います。

学習におけるニーズ

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 読む | <input type="checkbox"/> 書く、ノートを取る |
| <input type="checkbox"/> 計算する | <input type="checkbox"/> 理解する、指示に従う |
| <input type="checkbox"/> 秩序だった行動をする、勉強を管理する | <input type="checkbox"/> 機材の使用 |
| <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください： | |

コミュニケーションにおけるニーズ

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 意見の表明、理解してもらおう、聞く | <input type="checkbox"/> 他人との人間関係 |
| <input type="checkbox"/> 自分の安全確保 | |
| <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください： | |

自分自身の衛生や食事におけるニーズ

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 身体の衛生（トイレに行く） | <input type="checkbox"/> 衣服（衣服を着る及び脱ぐ） |
| <input type="checkbox"/> 食事（食べる、飲む） | <input type="checkbox"/> 健康管理 |
| <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください： | |

移動におけるニーズ

- | | |
|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 建物内の移動 | <input type="checkbox"/> 建物外の移動 |
| <input type="checkbox"/> 公共交通機関の利用 | |
| <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください： | |

姓：




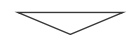
名：

D

職業的状況

あなたの申請が
職業計画に関わる場合

D1 あなたの状況

<input type="checkbox"/> あなたは就労中である： _____ 年 _____ 月 _____ 日より 	
<input type="checkbox"/> 通常就労環境 <input type="checkbox"/> 保護的就労環境（就労支援・サービス機関－ESAT）	<input type="checkbox"/> 適合企業 <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パートタイム
あなたの労働契約形態： <input type="checkbox"/> 無期労働契約 <input type="checkbox"/> 有期労働契約 <input type="checkbox"/> 援助契約 <input type="checkbox"/> 支援型労働契約 あなたの雇用主 名称： _____ 住所： _____ <input type="checkbox"/> 職業訓練中の研修生 有償： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 機関名を記入してください： _____ <input type="checkbox"/> 自由業者の場合 レジーム分類： _____	 パートタイムの場合は労働契約書のコピーを添付してください。 その職務はあなたの障害に合わせて整備されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 具体的に記入してください： _____ あなたの障害による困難とはどのようなものでしょうか？ _____ _____ _____ _____
あなたは、雇用を維持するための支援を受けている、又は、受けていましたか： <input type="checkbox"/> 労働保健サービスにより <input type="checkbox"/> 雇用維持促進機関（SAMETH）により	
 産業医による適性又は不適性証明又は産業医の最新の診断書を添付して下さい。	
<input type="checkbox"/> あなたの勤務場所が整備された場合は、その内容を記入してください。 _____ _____	
<input type="checkbox"/> あなたは現在、休業中である： _____ 年 _____ 月 _____ 日より 	
<input type="checkbox"/> 日払い補償を伴う休業 <input type="checkbox"/> 日払い補償なしの休業	<input type="checkbox"/> 労働災害又は職業病による休業 <input type="checkbox"/> 出産休暇／養子縁組休暇／その他
あなたの退職年金金庫の社会福祉担当者と会いましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい _____ 年 _____ 月 _____ 日	
職務復帰のための事前訪問の際に産業医と会いましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい _____ 年 _____ 月 _____ 日	

姓：

名：

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-right: 10px;"> <b style="font-size: 24px;">D </div> <b style="font-size: 24px;">職業的状況	あなたの申請が 職業計画に関わる場合
--	-------------------------------

<input type="checkbox"/> あなたは無職である： 年 月 日より	
過去に働いたことがある： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ あなたが現在、無職である理由を記入してください：	あなたの状況： <input type="checkbox"/> 雇用センターに登録している <input type="checkbox"/> 研修を受けている。具体的に記入してください： <input type="checkbox"/> 学生（この場合は、C項にも記入してください） 年 月 日より
あなたに就職支援を行っている機関： <input type="checkbox"/> ミッション・ローカル <input type="checkbox"/> キャップ・アンプロワ <input type="checkbox"/> 雇用センター <input type="checkbox"/> 県議会により指名された積極的連帯所得手当担当者：	
<input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください：	
次の給付金を受給していますか？ <input type="checkbox"/> 障害者職業参入基金管理運営機関（Agefiph） <input type="checkbox"/> 障害者公務部門参入基金（FIPHFP）	

障害労働者認定（RQTH）又は RQTH と同等である進路指導（県障害者権利自立委員会による ESAT、労働市場、職業リハビリテーションセンター（CRP）へのオリエンテーション）を受けていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-right: 10px;">D</div> 職業的状況	あなたの申請が 職業計画に関わる場合
---	-----------------------

D1 あなたの職歴
 研修や就労支援機関を含むあなたの職歴を記入してください。履歴書を添付してもかまいません。

年	職務名	企業名	フルタイムか パートタイムか	退職理由
例：1998年 6ヶ月	レジ係	E ルクレール	パートタイム	有期労働契約終了

職業資格レベル： <input type="checkbox"/> 初級 <input type="checkbox"/> 中級 <input type="checkbox"/> 上級 最終クラス：	職業訓練： 職業訓練を受講した場合は、内容を具体的に記入してください：
--	--

取得免許
 最終取得免許を記入してください。

免許	取得年	分野

評価診断を行ったことがある（能力、職業指導モジュール-MOP）場合は、年度と機関を記入してください。

.....

.....

姓：	名：
----	----

E 権利・給付の申請表明

E1 日常生活に関わる申請

県障害者権利自立委員会が付与する権利及び給付金には、特に年齢に関するものを初め、いくつかの条件があります：

あなたが 20 歳未満の場合：

- 障害児教育手当（AEEH）及びその補足給付金
- 障害補償給付金（PCH）
- 移動インクルージョンカードー障害記載
（場合に応じて、要支援又は要失明者支援などの記載）又は優先記載
- 移動インクルージョンカードー駐車用記載
- 在宅親老齢保険（AVPF）への無料加入

あなたが 20 歳以上の場合：

- 成人障害者手当（AAH）、この場合、D 項にも記入してください。
法律では、AAH 申請が出された場合、MDPH が障害労働者認定（RQTH）及び職業指導への資格を評価すると規定されています（一定の条件下では、20 歳未満であっても AAH 受給資格が与えられます）。
- 所得補足手当
- 成人向けの医療・社会福祉施設（ESMS）へのオリエンテーション
- Creton 修正法に則った ESMS への残留
- 第三者補償手当（ACTP）（更新又は見直しの場合）
- 経費補償手当（ACFP）（更新又は見直しの場合）
- 障害補償給付金（PCH）
- 移動インクルージョンカードー障害記載
（場合に応じて、要支援又は要失明者支援との記載）又は優先記載
- 移動インクルージョンカードー駐車用記載
- 在宅親老齢保険（AVPF）への無料加入

E2 学校生活に関わる申請

医療・社会福祉施設の支援のもと（または支援なし）での学業及び／又は職業訓練。場合により、あなたの申請の詳細を記入してください：

.....

.....

.....

.....

.....

.....

姓：

名：

E 権利・給付の申請表明

E3 仕事、雇用及び職業訓練に関わる申請（この場合、D項にも記入してください）

- 障害労働者認定（RQTH）
 - 職業指導
 - 職業リハビリテーションセンター（CRP）、就業前指導センター（CPO）又は脳損傷患者のための社会的・社会職業的再訓練評価ユニット（UEROS）
 - 就労支援・サービス機関（ESAT）
 - 労働市場
 - 援助付き就業制度による支援
- 「援助付き就業制度により、障害労働者及びその雇用主には、医療・社会福祉の支援及び職業参入のための援助が提供されます。同制度は、以下の障害労働者を対象としています。
- ・通常就労環境への参入計画を有する。
 - ・通常就労環境への参入計画を有し、Esatで働いている。
 - ・すでに通常就労環境で働いているが、安定した就労に特別の困難を覚えている。

あなたは障害者雇用義務制度（OETH）の受益者ですか？

その場合は、RQTH申請をする必要はありません。OETHはRQTHと同等のものです。

以下の条件のいずれかに該当する場合、あなたはOETHの受益者です。

- 労働災害又は職業病のために10%以上の恒常的障害を有し、一般社会保障制度又はその他の義務的社会保護制度による年金の受給者である。
- 障害のために労働能力又は収入獲得能力の3分の2以上減少していることの下に、一般社会保障制度又はその他の義務的社会保護制度又は公務員を対象とする制度による障害年金を支給されている。
- 元軍人またはこれに類する者で、傷病軍人年金を受給しており、障害のために労働能力又は収入獲得能力が3分の2以上減少している。
- 戦争犠牲者の未亡人又は子供もしくは傷病軍人年金の受給者である（一定の条件下で）。
- 活動中に発生した事故又は罹患した疾患に対するボランティア消防士の社会的保護のための障害給付金又は年金の受給者である。
- 障害者の記載がある移動インクルージョンカードの保有者である。
- 成人障害者手当（AAH）の受給者である。

又、一部の職業指導は、RQTHと同等の役割を果します。そのため、たとえば、あなたが障害者権利自立委員会から就労支援・サービス機関（ESAT）、労働市場、又は、職業リハビリテーションセンター（CRP）へオリエンテーションされている場合は、RQTHを申請する必要はありません。

あなたは権利と給付金を申請しました。

2005年2月11日法に則り、CDAPHの決定に基づき、MDPHチームが、あなたの状況とあなたのニーズについての表明を審査の上、補填のための支援を受ける権利を付与します。

F

家族補助者の生活

家族補助者としてのニーズを
表明したい場合

本頁は障害者の家族補助者を対象としており、記入は任意です。家族補助者とは、障害者を日常的に援助する、障害者の家族、身近な者等を指します。数人の家族補助者がニーズを表明したい場合は、それぞれが別々に記入してください。あなたはMDPHに、現在、障害者に提供している援助とあなたの希望とニーズを説明することができます。

F1 家族補助者の状況とニーズ

家族補助者の姓 :

家族補助者の名 : 生年月日 :

家族補助者の住所 :

被補助者の氏名 :

あなたと障害者の関係 :

障害者と一緒に生活していますか : いいえ はい年 月 日より現在、仕事をしていますか : はい いいえ 障害者への援助による職業活動の減少

提供している援助の内容

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 責任を伴う見守り／付き添い | <input type="checkbox"/> 各介護専門者等の調整 |
| <input type="checkbox"/> 住宅内における移動の援助 | <input type="checkbox"/> 行政・司法手続の管理 |
| <input type="checkbox"/> 外部における移動の援助 | <input type="checkbox"/> 財政管理 |
| <input type="checkbox"/> 住宅と衣服関係の手入れの援助 | <input type="checkbox"/> 活動（レジャー、外出等）による元気づけ |
| <input type="checkbox"/> 身体の衛生状態の維持の援助 | <input type="checkbox"/> コミュニケーションと社会関係に関する援助 |
| <input type="checkbox"/> 食事の準備の援助 | <input type="checkbox"/> 医療的指示の遂行の援助 |
| <input type="checkbox"/> 食事の援助 | |
| <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入してください : | |

誰があなたと共に障害者を援助していますか？

 1人または複数人の専門家 家族又は身近な者の1人（又は複数人） 申請者の家族補助者は私1人のみ

あなたは援助において支援を受けていますか？

 いいえ はい 具体的に記入してください :何か支障がある時に、代わりの はい 誰かを記入してください :人間がいますか？ いいえ

姓 :

名 :

F

家族補助者の生活

家族補助者としてのニーズを
表明したい場合

あなたは、現在、下記のいずれかの状況にあるか、近い将来そうなりますか

- 遠距離である (引っ越し)
- 健康上の問題
- 長期間の援助不可能状態 (外国滞在、入院等)
- 職業状況の大きな変化
- 個人的状況の大きな変化 (別居、配偶者の死去、老人ホーム等入居)
- 現在の援助の継続が困難になる (疲労、加齢等)

その他 具体的に記入してください :

F2

家族補助者としての希望

- 毎日、休息が取れる
- 金銭的代償を得る
- 必要な場合に代わってもらえる
- 他の補助者との交流
- 不測の事態の際に代わってもらえる
- 家族の障害者を介護する専門家との交流
- 週末/休暇の外出の際に代わってもらえる
- 精神的支援を受ける
- 職業活動を再開/強化/維持する
- 家族の障害者により良く向き合うためにアドバイスを受ける
- 社会的関係を取り戻す/強化する/維持する
- 老齢年金に無料で加入する

その他 具体的に記入してください :

あなたの希望に応えるサービス又は機関を知っていますか?
「はい」の場合はその名称を記入してください。

既存の制度や補助金について更なる知識が必要ですか :

- あなた自身のために
- あなたから援助を受けている障害者のために

あなたの補助者としての生活に関して伝えたい情報がありますか

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

補助者の署名 :



障害者の就業を支援する

Agefiph 専用欄

No.

被用者の重度障害 認定申請書

本書類は www.agefiph.fr でも簡易バージョンが入手可能

この書類をどこに送るのか？

本書類は、対象被用者を雇用する企業（機関）を管轄する Agefiph 地区委員会に受領証付書留で送付しなければならない。

貴殿を援助する Agefiph のパートナーは以下の通り。

capemploi

(キャップ・アンプロワ)

障害者の雇用と社会同化を容易にするために貴殿に助言し、援助する。

sameth

(雇用維持促進機関)

障害者になった、又は、障害が重度化した就労者の雇用の維持を容易にする。

フリーナンバー 0 800 11 10 09

9時～18時一固定電話からの通話は無料

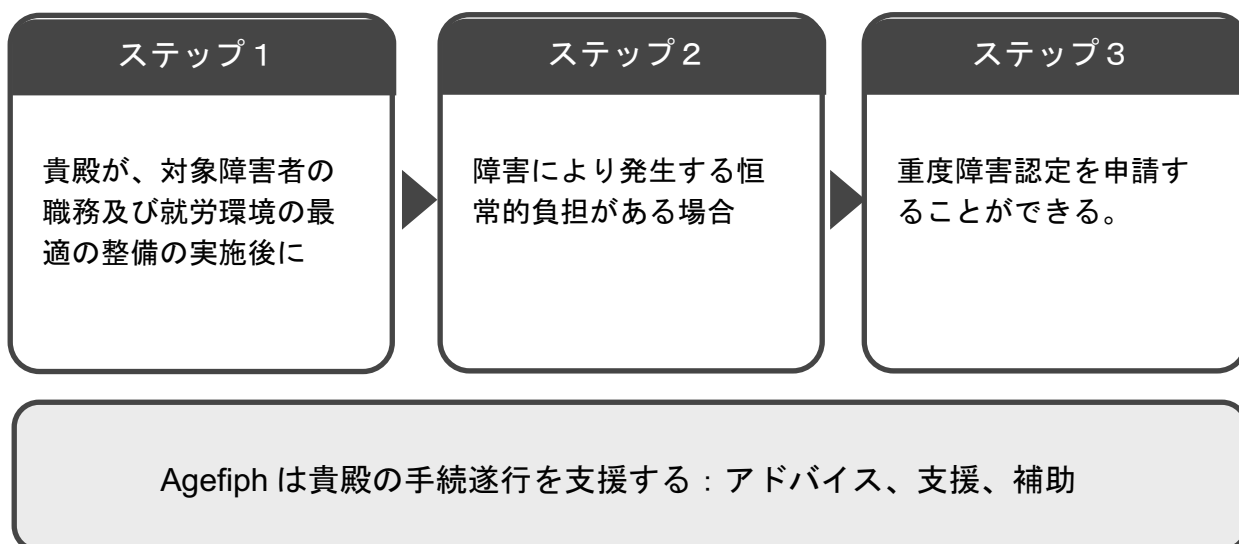
問い合わせは www.agefiph.fr まで

障害の重度とは何か？

重度障害認定の目的は、以下の負担を補償することである。

- ・ 職務における対象者の障害により発生する費用負担
- ・ 同障害への最適の整備後も継続する費用負担
- ・ 雇用主の恒常的な費用負担

すべての雇用主には、障害を有する被用者が同僚と同一の条件の下に働くことができるように適切な措置を取る義務がある。



文書の構成

- A 面 雇用主の本人関連情報及び誓約
- B 面 被用者の本人関連情報及び被用者の署名
- C 面 申請の経緯
- D 面 産業医の詳細な所見
- E 面 最適な整備に関する情報
- F 面 雇用主による最適な整備実施後の障害により発生する恒常的負担に関する申告

提出すべき証憑書類は？

- ・ 削除なしで、雇用主に署名され捺印されており、すべての項目がしかるべく記入された本重度障害認定申請書。
- ・ 労働法典L 5212-13条に記載されているリストの、対象障害者の雇用義務対象資格の証憑書類のいずれかのコピー（B面参照）。
 - － 現在及び申請書提出日から起算して6ヶ月間は有効であること。
 - － 有効期間が6ヶ月未満である場合は、雇用義務対象資格の証憑書類には、更新申請書受領証のコピーを添付しなければならない。
- ・ 産業医が作成した、対象障害者の最新の医療適性証のコピー。
- ・ 対象障害者の労働契約書、及び、必要に応じて、同契約書の1つ又は複数の修正書類のコピー。
- ・ 対象障害者の最新の給料明細書のコピー。
- ・ 雇用主が対象障害者の職務及び就労環境の最適な整備のために負担した費用、又は、負担する予定の費用の証憑書類（前者は領収書等、後者は見積書、発注書等）のコピー¹。
- ・ 雇用主が障害により発生した恒常的負担のために被った費用の証憑書類のコピー、たとえば、必要に応じて、非被用者である援助を行う第三者及び／又はチューターの職業により得た収入の給料明細書、又は、証憑書類のコピー。
- ・ 会社（機関）のRIB（銀行口座証明書）。

1. 特例措置として、対象者の障害率又は能力低下率が80%以上である場合、雇用主が初回申請又は変更申請の翌年に実施を約束する、対象者の職務及び就労環境の予定整備リストが認められる。

② 雇用主の本人（会社）関連情報

A 面

商号 屋号 事業所登録番号 郵便用住所 郵便番号 都市	○初回申請 ○更新 ○変更申請 更新又は変更申請の場合は、前回の認定の有効期限を記入すること： 年 月 日
企業の法定代表者 ○男性 ○女性 姓名 身分 電話番号 携帯電話番号 メールアドレス 郵便用住所 郵便番号 都市	法人 ○民間企業（派遣会社を除く） ○農業 ○フリーランス、自由業者 ○個人家庭雇用主（particulier employeur） ○行政機関 ○商工系公共機関（EPIC） ○職業団体／経営者団体 ○労働組合 ○アソシアション ○適合企業又は CDTD（在宅労働供給センター） ○ESAT（就労支援・サービス機関） ○経済活動参入機構 ○臨時労働会社（派遣会社を除く） ○個人事業主（auto-entrepreneur） ○その他、詳細を明記すること： 2008 年 NAF（フランス産業分類）コード
連絡先（上記と異なる場合） ○男性 ○女性 姓名 役職 電話番号 携帯電話番号 メールアドレス 郵便用住所 郵便番号 都市	会社（機関）の従業員数 12 月 31 日現在の従業員数 12 月 31 日現在の障害従業員数 前年度 12 月 31 日に雇用義務が課せられていた会社（機関）かどうか（労働法典 L 5212-2 条） ○はい ○いいえ はいの場合、対象従業員数を記入すること

＞ 申請者の誓約

末尾に署名する私、 _____

は、会社 _____

の法的責任者として行動し、

- ・上記の会社が私法又は公法に準拠する商工的形態を有することを名誉にかけて証する¹。
- ・重度障害認定申請（RLH）の対象である被用者が、申請書提出日において、以下であることを名誉にかけて証する。
 - 就労中であり、労働契約が中断されていない²
 - 解雇又は辞職の予告期間中ではない
- ・提出された証憑書類及び RLH 申請書に記入された情報の真正性を名誉にかけて証する。
- ・Agefiph 又は Agefiph が指名した専門家による、RLH 申請の技術的査定を目的とする立ち入り検査、及び、Agefiph による同専門家への申請書に記入された情報の伝達を了承する。これは対象者に与えられた情報アクセス権の行使を侵害するものではない³。
- ・RLH が付与されるための環境について現場又は書類上での確認を行うためのあらゆる証憑書類を提出することを約す。これは、権利終了時から起算して最大 3 年間を期限とする。
- ・不正書類の使用や虚偽の申告を行った場合の刑事罰の可能性について通知を受けたことを認める。

1. 非商工系公共部門の雇用主は、重度障害認定制度の対象ではない。

2. 以下の場合に労働契約は中断されている：休業、サバティック休暇、個人的職業訓練休暇（CIF）等。

3. 本書類において伝達される情報は情報処理の対象であり、№1596326 をもって、情報処理及び自由に関する全国委員会に届け出られている。1978 年 1 月 6 日法第 27 条に則り、貴殿は貴殿に関するデータにアクセスし、修正する権利を有する。アクセス又は修正を希望される場合は、Agefiph 本部（郵便番号 92226 パニュー cedex アリスティド・ブリアン通り 192 番地）に申請すること。

_____にて作成、 年 月 日
 会社法定代表者の署名
 及び会社印

会社の詳細

会社の業務や独自の作業体制に関わる状況及び制約のより良い理解のために、会社の業務や特徴、特に会社の作業体制における業務や特徴を詳細に記述すること。

対象被用者の状況の詳細

対象障害者の労働状況のより良い理解のために、職務及び就労環境を詳細に記述すること（夜間作業、集団作業、工場作業、騒音の多い環境、長い通勤距離等）。

被用者が第三者又はチューターの援助を受けている場合は、下欄に記入すること。

第三者援助者（いる場合）

社会保険掛金込み手取り時間給額*

又は、**第三者が非被用者である場合は**、時間当たりの収入**

*社会保険掛金込み月給手取り額÷契約に規定された月間労働時間

**申告された最新の非被用者年間収入額÷法定上限年間労働時間

チューター（いる場合）

社会保険掛金込み手取り時間給額*

又は、**チューターが非被用者である場合は**、時間当たりの収入**

*社会保険掛金込み月給手取り額÷契約に規定された月間労働時間

**申告された最新の非被用者年間収入額÷法定上限年間労働時間

<p>産業医</p> <p>姓 名</p>	<p>企業</p> <p>商号 郵便用住所</p> <p>郵便番号 都市</p>
<p>労働者向け医療サービス 名称 郵便用住所 郵便番号 都市 電話番号</p>	<p>被用者</p> <p>姓 名 職務名 最新健康診断日 職務検査日</p>

職務の内容

適格性の制限及び作業別の職務遂行への影響
(最大で5種類の作業別にまとめる)

企業 商号 郵便用住所 郵便番号 都市	被用者 姓 名 職務名
---	----------------------

上記の制約により必要となった職務又は就労環境の整備（実施済み又は実施予定）

作業体制整備

労働時間整備

技術的整備

貴殿は勧告された整備が実施されたと考えていますか？

医師の判断と意見

作成場所 _____ 日付 年 月 日 産業医の署名と印

② 実施済みの（又は予定の¹⁾）最適な職務及び就労環境の整備

④ 面

整備の詳細	実施又は予定 (済又は未で示すこと)	実施日
作業体制整備		
労働時間整備		
技術的整備		

1. 特例として対象者が、障害率又は能力低下率が80%以上である場合は、雇用主が初回申請又は変更申請の翌年に実施を約束する、対象者の職務及び就労環境の予定整備リストが認められる。



連邦雇用エージェンシー
ハンブルク雇用エージェンシー

雇用エージェンシー記入欄
自由形式による申請 年月日: □電話による □文書による <input checked="" type="checkbox"/> 本人が出頭
管轄組織記号 061 サイン:

該当するものをチェックしてください。

申請書

社会法典第9編第2条第3項による重度障害者との同等認定を求める申請

1. 本人についての申告

- a) 姓 (場合によっては旧姓)、名、家族構成、顧客番号、国籍
ムスターマン (Mustermann) 旧姓 シュトラオス (Strauß)、マルコ (Marco)
ドイツ
- b) 居住場所又は通常の居所 (通り、家屋番号、郵便番号、居住地)
22159 XXXXXX ポンマーンヴェーク (Pommernweg) 76 番地
- | | | |
|-----------------------------|------------------------|---|
| c) 生年月日
1972 年 11 月 XX 日 | 年金保険番号
29121172S000 | 以下により連絡可能:
電話 (昼間): 040 XXXXXXX
E-Mail: Mustermann-Marco@XXXXXXXXXX
Fax: |
|-----------------------------|------------------------|---|
- d) 外国人の場合 就労許可が出されている (就労許可証又は滞在許可証のコピーを添付すること)
 就労許可は必要ありません。その理由は

2. 障害度に関する申告

- a) 確認された障害度 (GdB) は **30~40**
- 証明として貴殿の障害の種類と程度に関する確認通知 (全部) 又は同業組合の年金通知を添付してください。
財務局に提出するための証明書は必要ありません。
- b) 通知に対して私は _____ (年月日) に異議を申立てました/訴訟を起こしました。
既に決定は出されましたか?
 いいえ
 はい、異議に対する回答/判決のコピーを提出してください。
- c) 私の _____ (年月日) の初回申請についてはまだ決定がなされていません。
- d) 私は _____ (年月日) に障害度の新たな確認に関する申請を行いました。

3. 職業／労働関係に関する申告

a) 修了資格（職業教育、大学教育）を要する職業 修了資格を要しない職業

その他の職業上の資格 フォークリフト運転免許

b) 私の

雇用先（雇用主／職業訓練事業所）
ムスターハウス有限会社 (Musterhaus GmbH)

社名
シュターペルヴェーク (Stapelweg) 131 番地

通りと家屋番号
20099 XXXXXXX

郵便番号と市町村名

職種 フォークリフト運転手

開始年月日 1988 年 4 月 1 日

職業訓練の職種 開始年月日

終身雇用の公務員としての職種 開始年月日

失業開始年月日 届出先(雇用エージェンシー又はジョブセンターの住所、連絡先)

自営業開始年月日 開始年月日

c) 貴殿は現在の仕事をこれからも行うことができますか？

はい、制約なしに行うことができます。

はい、ただし障害に起因する制約があります（理由を項目 4a) 以下に挙げて下さい）

いいえ、理由は

d) 事業所内の配置転換は、私の障害の影響で

- 予定されています。 既に_____（年 月日）に行われました。 不可能です。
- 不必要です。

既に行われた場合、その後も障害に起因する制約があります。

- はい いいえ

e) 労働時間

- フルタイム パートタイム、週_____時間
- 交替制労働 ローターション勤務 夜間勤務

f) 労働条件

- 仕事
- 屋外で 閉ざされた部屋で 適温に調節された部屋で

- 恒常的に 立ったまま
- 主として 歩く
- 一時的に 座ったまま
- (複数回答可)

- 時間的圧迫 (例えば出来高払い、流れ作業) 騒音
- 湿気、寒さ、暑熱、隙間風、 身を屈めることが多い
- 埃、煙、ガス、蒸気 強いられる姿勢 (例えば頭上作業、膝をつく)
- 汚れ、皮膚を損傷する物質、 頻りに持ち上げる/補助手段なしに運ぶ
- ハシゴの上で/足場の上/非常な高所

g) 私の労働関係は _____ (年月日) までの期限つきです。

- 解雇通告されていません。 解雇通告されています。
- 解雇予定年月日 _____ 解雇通告年月日 _____

解雇通告理由 _____

私は解雇通告に対して

何もしてませんでした。

以下の措置を取りました。

h) 私は特別な解雇保護 (例えば母性保護、経営協議会委員、又は職員代表委員会委員、賃金協約又は法律上の解雇保護) を受けています。

- いいえ
- はい (どんな保護を?)

i) 社会法典第9編第176条以下による経営協議会/職員代表委員会又はその他の代表機関は存在していますか? はい いいえ わかりません

j) 重度障害者代表機関は存在していますか? はい いいえ わかりません

4. 申請の理由

a) 貴殿の疾患／障害が貴殿の現在の仕事にどのように影響を及ぼしているのか、詳細に記述して下さい。
 私は視覚障害が原因で時々、製造書類を認識することができません。また、私は心臓疾患があるためストレス状態に陥ることがないように言われています。しかし、これは可能ではありません。というのも、商品を時間通りに納品しなければならないからです。交代勤務の終わり、あるいは月末にはストレスは増すばかりです。

b) 貴殿は最近2年間に障害が原因で申告に値する欠勤をしましたか？
 いいえ
 はい（絶対に欠勤時間に関する健康保険の一覧表を添付してください。）

（年月日）から	（年月日）まで	欠勤の理由（病気の種類、療養、その他）

c) 貴殿は現在、病気が原因で労働不能ですか？
 はい、_____（年月日）以来、場合によっては_____（年月日）までの見通し。
 いいえ

d) 再編入措置は
 _____（年月日）から_____（年月日）まで
 現在_____（年月日）から_____（年月日）まで
 までに計画されています。 われます。

既に完了し、以下の結果になりました。

e) 私は継続的に医師の診断を受けています（失業している申請者も記入しなければなりません）。

いいえ はい、以下の理由で
 視覚障害と心臓疾患

診断書がある場合は、最近6ヶ月間の診断書を添付してください。

f) 私の労働関係は、
 同時に
 唯一
 他の、障害に起因しない理由（例えば——場合によっては社会補償計画を伴う——合理化、発注不足、機械化）が原因で脅かされています。

理由：

- g) 雇用主は既に障害を理由とする解雇通告で脅しましたか？
はい いいえ

もし、「はい」であれば、どのような形式で？（戒告、欠勤時の会話、……）
(証明書を添付して下さい)

- h) 同等認定の必要に対するその他の理由

- i) 私は仲介の機会を増やすために、同等認定を必要としています。

- j) 私には新たな労働関係／新たな職業訓練の場所を得る見込みがあるものの、同等認定がなければ私に適したこの職場／職業訓練の場所を獲得することができません。

新たな雇用主／職業訓練事業所の名前と住所、計画されている雇用期限

担当者、電話

就業している申請者のための追加事項:

同等認定を求める申請に関する決定のためには、貴殿の雇用主及び——それが存在している場合は——社会法典第9編第176条による機関（経営協議会／職場代表委員会）並びに重度障害者代表機関に貴殿の職場の状況について問い合わせる必要があります。社会法典第1編第60条によれば、貴殿には、第三者によって必要な情報が提供されることに同意する義務があります。

私は、これにより、雇用主、経営協議会／職場代表委員会（社会法典第9編第176条による機関）に問い合わせが行われることに同意します。

はい いいえ

貴殿がそのような問い合わせに同意せず、そのことにより申請に関する客観的な決定が不可能である場合、私は、社会法典第1編第66条第1項による協力の欠如により、申請された同等認定の失敗を審査するつもりです。

私の申告に間違いはありません。

場所、年月日

申請者の署名

マルコ・ムスターマン (Marco Mustermann)



連邦雇用エージェンシー
ハンブルク雇用エージェンシー

ハンブルク雇用エージェンシー、20070 ハンブルク
(Hamburg)

*123DXXXXXX *

人事部
経営協議会／職場代表委員会
重度障害者代表機関

貴殿の現地でのパートナー
ハンブルク雇用エージェンシー

貴殿の記号:
貴殿の通信:
私の記号: 061 - 5362 - 123DXXXXXX
顧客番号: 123DXXXXXX
(どの返信にも必ず挙げてください)
必要共同体番号:

照会のためのサービス電話番号
0800 X XXXX XX (通話は無料です。)
月～金 08:00～18:00

名前:
FAX: 040 XXXX XXXX
E-Mail: HamburgXXXXXXXXXXXXX
年月日:

ムスターマン (Mustermann)、マルコ (Marco) (1972年11月12日生れ、22159 XXXXXXXX ポンマーンヴェーク (Pommernweg) 76 番地在住) のための社会法典第9編第2条第3項による重度障害者との同等認定を求め
る申請

拝啓

上記申請者は重度障害者との同等認定を申請しました。

社会法典第9編第2条第3項によれば、障害度 (GdB) 50 未満ではあるものの少なくとも30の者は、障害の結果、同等認定がなければ適切な職場を維持できないか、獲得できない場合、その申請に応じて重度障害者と同等と認定されるものとされています。

職場の状況を客観的に評価するために、申請者は、雇用主としての貴殿の意見が聴取されることに同意しました。これについて添付されている記入用紙を御利用ください。

私は (4週間の期限を設定します) XXXX年XX月XX日までに記入用紙又は書類の返送を求めます。

貴殿が状況について述べたくない場合、簡潔なフィードバックを戴ければありがたく存じます。その場合、私は期限の態度表明なしに申請について決定するつもりです。

備考:

同等認定を受けた障害者には、同等認定申請の到着の日から、第208条 (追加休暇) と第13章 (無償輸送) を除き、社会法典第9編第3部による重度障害者のための特別な取決めが適用されます。

同等認定状況説明

郵便宛先
ハンブルク雇用エージェンシー (Agentur für Arbeit
Hamburg)
20070 ハンブルク (Hamburg)
訪問者用住所
ランゲンホーマー・ショッセー (Langenhomer Chaussee)
92-94 番地
ハンブルク (Hamburg)

銀行口座
連邦雇用エージェンシーサービスハウス
(BA-Service-Haus)
ドイツ連邦銀行 (Bundesbank)
BIC: MARKDEF1760
IBAN: DE5076000000076001617
インターネット: www.arbeitsagentur.de

業務時間:
月～金
08.00～12.00
木
16.00～18.00
就業者に対してのみ

- 2 -

連邦社会裁判所（BSG）は、2001年12月19日の判決——B 11 AL 57/01 R——により、同等認定は雇用主に固有の法的利益に影響を及ぼすことがないことを決定しています。

それゆえ、雇用主に同等認定について知らせることは専ら申請者の義務です。上記連邦社会裁判所の判決により、同等認定に対する雇用主の異議申立ては許されていません。

添付物あり

敬具
代理

社会法典第9編第2条第3項による同等認定
経営協議会／職場代表委員会／重度障害者代表機関に対する社会法典第9編第176条による照会

雇用エージェンシー
20070 ハンブルク (Hamburg)

従業員（申請者）

顧客番号：	姓、名	生年月日
-------	-----	------

貴殿の申告が同等認定を求める申請に関する決定に重要な影響を及ぼすことがあるので、以下の点についてお答え下さい。

1. _____氏は現在どのような仕事をしていますか？

フォークリフト運転手／完成品納入

2. 申請者の健康上の制約を貴殿は御存知ですか？

いいえ

はい

「はい」の場合、これは現在の仕事に対してどのような影響を与えていますか？ また、どのような形で影響していますか？

いいえ

頻繁な欠勤

労働への投入が制約されている

労働への投入可能性がわずかである

他の影響がある（貴殿が観察したことを記述してください）

3. 現在の職場は貴殿から見て_____氏に適していますか？

はい

いいえ

「いいえ」の場合、技術的補助、組織の変更を行うか、その他の措置を講じれば、この職場の改善を達成することはできるでしょうか？

はい

いいえ

解説：

包装または MOZ への配置転換

障害の影響による事業所内での_____氏の配置転換は

予定されています。

予定されていません。

既に行われています。

不可能です。

4. _____氏は障害に起因する影響のために失職の危険がありますか？

いいえ

はい、理由：〇〇氏は、氏の障害が原因で非常に頻繁に同僚の支援を必要としています。

5. その他の理由から失職の危険がありますか（「はい」の場合、どのような理由で）？

いいえ

はい、理由：_____

6. 法的規定又は労働協約上の規定に基づく特別な解雇保護を受けていますか？

いいえ

はい、「はい」の場合、法的根拠又は労働協約文書を挙げてください

7. 既に解雇通告は宣告されましたか、それとも解約が取決められましたか？

いいえ

はい。解雇通告年月日：_____ 解雇予定年月日：_____

補足的申告

視覚障害が原因で氏は非常に努力しなければ製造書類を正しく認識できず、これを大部分、他の従業員が引受けています。フォークリフト運転も、特に交代勤務の終わりに、それにも増して月末には、非常に大きなストレスと結びついています。というのも完成品を納入しなければならないからです。心臓疾患があるため〇〇氏はストレスにさらされないほうがよいでしょう。

課題を片づける速度がやや遅いので、〇〇氏は既に自分の上司とトラブルを生じています。

(担当者) 活字体の文字で記入してください。

(年月日、経営協議会委員／職場代表委員会委員) (E-Mail)

社会法典第9編第2条第3項による同等認定
重度障害者代表機関に対する照会

雇用エージェンシー
20070 ハンブルク (Hamburg)

従業員 (申請者)

顧客番号:	姓、名	生年月日
-------	-----	------

貴殿の申告が同等認定を求める申請に関する決定に重要な影響を及ぼすことがあるので、以下の点についてお答え下さい。

1. _____氏は現在どのような仕事をしていますか？

フォークリフト運転手／完成品納入

2. 申請者の健康上の制約を貴殿は御存知ですか？

いいえ はい

「はい」の場合、これは現在の仕事に対してどのような影響を与えていますか？ また、どのような形で影響していますか？

いいえ 頻繁な欠勤

労働への投入が制約されている

労働への投入可能性がわずかである

他の影響がある (貴殿が観察したことを記述してください)

3. 現在の職場は貴殿から見て _____氏に適していますか？

はい いいえ

「いいえ」の場合、技術的補助、組織の変更を行うか、その他の措置を講じれば、この職場の改善を達成することはできるでしょうか？

はい いいえ

解説: _____組織上の配置転換、又は他の領域 (包装又は MOZ) への投入

障害の影響による事業所内での _____氏の配置転換は

予定されています。 予定されていません。 既に行われています。 不可能です。

4. _____氏は障害に起因する影響のために失職の危険がありますか？
いいえ はい、理由：障害が原因で〇〇氏は、仕事上の要求に答えることができません。
-
5. その他の理由から失職の危険がありますか（「はい」の場合、どのような理由で）？
いいえ はい、理由： _____
-
6. 法的規定又は労働協約上の規定に基づく特別な解雇保護を受けていますか？
いいえ はい、「はい」の場合、法的根拠又は労働協約文書を挙げてください
-
7. 既に解雇通告は宣告されましたか、それとも解約が取決められましたか？
いいえ はい。解雇通告年月日： _____ 解雇予定年月日： _____
補足的申告
——これらは以下のように影響を及ぼします。
視覚障害——氏は製造文書を正しく認識できないという非常に大きな困難を抱えています。完成品の製造文書を分類することを氏の直接の同僚が引受けています。
心臓疾患——氏は完成品を納入しなければなりません。交代勤務の終わりのこの作業は、またそれにも増して月末の（月末の完了）この作業は、非常にストレスがかかります。この疾患があるため〇〇氏はできる限りストレスにさらされないほうがよいでしょう。そうでなければ氏は近々倒れてしまうかもしれません。
この特殊性により、〇〇氏は自分の課題を処理する速度がやや遅く、それが原因となり、まさに上司との間で誤解が生じるに至りました。

(担当者) 活字体の文字で記入してください。

(年月日、経営協議会委員／職場代表委員会委員) (E-Mail)

重度障害者負担調整金規則（SchwbAV）第 27 条による サービス給付申請に関するご案内

現在就労中の重度障害者の多くは、現行の労働契約上の義務を満たしており、そこに問題はなく、あるとしても軽微なものとなります。しかし個別的には、雇用主にとって特別の負担となるような特異な状況が存在する場合があります。このような場合に、ヴェストファーレン・リッペ地方連合（LWL）労働統合局への申請により補助金を受けられる条件について以下の通り説明します。

1. 対象者

貴社の従業員が雇用エージェンシーの認定した重度障害者または重度障害者と同等の者であることが必要です。その証明となるのは雇用エージェンシーによる重度障害証明書または同等認定決定通知書です。いずれの場合も、確認書によって認定された障害の情報が明示されます。

2. 業務内容

貴社の従業員の労働環境および業務内容について当局が必要とする情報は、付帯文書 1 および 2 に示されています。決定には従業員が実際に行っている業務が重要であるため、職位に関する一般的な記述では不十分です。

3. 作業上の特異性

従業員の作業上の特異性には様々な現れ方があります（付帯文書3を参照）。このため、付帯文書3aまたは自由記述として具体的な説明が必要です。

4. 作業上の特異性と認定障害との関係

記載していただく作業上の特異性は、確認書に記載されている認定された障害の結果でなければなりません。この結果を確認するために、貴社従業員の確認書が必要になります。確認書には高度に個人情報が含まれるため、従業員は内容を雇用主に開示してはなりません。データ保護のため、確認書のコピー1部を本人が当局に提出するよう、雇用主から従業員に依頼していただく必要があります。従業員が疑問を持たれた場合、当局へのお問い合わせに応じます。

雇用主は具体的に何をしなければならないか？

給付の前提条件を確認するため、申請に際して下記の文書を提出していただきます。

- 完全に記入した申請書
- 労働環境に関するデータ（付帯文書1）
- 業務記述（付帯文書2）
- 作業上の特異性の記述（付帯文書3、3aまたは自由記述）
- 確認書の写し（データ保護に注意）
- 重度障害証明書または同等認定決定通知書の写し
- 労働契約の写し
- 障害を持つ従業員の直近3回分の給与明細書
- 補助を行う人の直近の給与明細書（必要に応じて）
- SGB IX第163条第2項による最新の届出書（従業員20人以上の場合）（1～3ページ）
- 他の担当機関からの給付を受けている場合：承認書の写し

申請書受領後の処理

必要な書類およびデータの提出後、担当のケースマネジメントにより直ちに専門的サービス（技術的助言サービス、聴覚障害者向け専門サービス、視覚障害者向け専門サービス、統合専門サービス）が開始され、現地でさらに詳細な実情を調査します。

申請手続きに疑問がある場合

下記サイトからケースマネジメントの窓口担当者への連絡が可能です。申請書類も用意されています。

www.lwl-inklusionsamt-arbeit.de/leistungen/Arbeitgeber/belastungen

LWL 労働統合局

48133 Münster

雇用主への特別負担に対する給付申請書
(SchwbAV 第 27 条による)

重要な注意：
金銭的給付は最速で、LEL の申請書受理月内に承認されます。

文書番号：61L-_____

1. 雇用主に関する情報

名称、所在地	連絡窓口担当者（氏名、電話番号、メールアドレス）					
	BR、PRまたはMAV代表者（氏名、電話番号、メールアドレス）					
事業所番号						重度障害者代表者（氏名、電話番号、メールアドレス）
取引銀行（銀行名、IBANコード、BICコード）						
IBANコード：			BICコード：			
有効な団体協約：			作業場所における週労働時間：_____時間			
現在稼働している作業所数： (従業員20人以上の場合はSGB IX第163条第2項p. 1~3による最新の届出書の写しを添付してください)			現在稼働しているSGB IX第154条による重度障害者および重度障害者と同等の者の数			

2. 被用者に関する情報

氏名	生年月日
住所（通り名、郵便番号、市町村名）	(該当する場合) 法定後見人の氏名、住所、電話番号
障害の状態： 障害度：_____	障害度50以上の場合： 重度障害証明書の写しを添付してください。
<input type="checkbox"/> 重度障害者と同等	重度障害者と同等の者の場合： 雇用エージェンシーの同等認定通知書の写しを添付してください。
重複登録： <input type="checkbox"/> あり、_____ヶ所 <input type="checkbox"/> なし	
研修職： 開始時期： <input type="checkbox"/> 無期限 <input type="checkbox"/> 期限 _____まで	現在の職務： 就業場所（住所）： 労働契約の写しを添付してください。

<input type="checkbox"/>	当従業員は下記の理由がある場合、例外的な方法でのみ解雇可能です。
<input type="checkbox"/>	団体協約により、年齢および勤続期間に基づく通常の解雇通告が不可能。
<input type="checkbox"/>	KSchGまたはSGB IXにより、経営協議会委員、職員協議会委員または障害者代表としての職務のため通常の解雇通告が不可能。

3. 請求する給付の情報

<p>下記を明記してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 職場における重度障害者のための労働条件（付帯文書1） ➤ 重度障害者が行う個別的な職務（付帯文書2） ➤ 作業上で特異性が現れる動作、およびその種類と程度（付帯文書3の説明を参照）。自由記述または表（付帯文書3a）での提出が可能です。 	
<p>重度障害者の職務に対して、健常者の同等の職務に対するのと同等の賃金を支給していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 理由：</p> <p>直近3回分の給与明細書を添付してください。</p>	
<p>特別負担補助金申請に関し、SGB IXによる業務の地域担当機関（有職障害者に関する専任部署）または統合専門サービスの職員に既に相談している。</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい、担当_____氏</p>	
<p>従業員の雇用の際して雇用エージェンシーからの補助金を年金保険または労災保険担当機関から受領した。</p> <p><input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ</p>	<p>「はい」の場合、どこから受領しましたか？</p> <p>承認書の写しを添付してください。</p>

上記の情報の正確性と完全性を保証します。同意書が詐欺によって取得され、あるいは重要な事項について著しい不注意に起因する誤った、または不完全な情報に基づく場合、ヴェストファーレン LWL 統合局が同意書の全てまたは一部を、効力が過去に遡る場合を含め撤回し、既に支給された給付の弁済を求めることができることを了承します。

最低賃金法（MiLoG）の適用条項を承知していること、および、それが申請書に記載の従業員との雇用関係に適用されることを保証します。

求められた情報がヴェストファーレン・リッペ地方連合（LWL統合局）の業務に必要であり、一部が記録・加工・保存されること（2003年1月14日付データ保護法の現行改正版）を了承します。個人に関わるデータは、SGB I第35条、SGB X第67条以下に基づいて収集しています。

場所および日付

社印または職印、署名

労働条件の記述

労働時間および労働の形態

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 規則的（団体協約による週間労働時間など） | <input type="checkbox"/> 2直（早番/遅番） |
| <input type="checkbox"/> 不規則 | <input type="checkbox"/> 3直（早番/遅番/夜勤） |
| <input type="checkbox"/> フルタイム：週____時間 | <input type="checkbox"/> 時間給 |
| <input type="checkbox"/> パートタイム：週____時間 | <input type="checkbox"/> 成果給（出来高払い/報奨金） |
| <input type="checkbox"/> 週__日 | |

要求事項/負荷

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 作業中の立ち姿勢/座り姿勢/歩行
比率 (%) ____/____/____ | <input type="checkbox"/> 運転中の機械の傍 |
| <input type="checkbox"/> 腕を持ち上げることが多い | <input type="checkbox"/> 前屈姿勢が多い |
| <input type="checkbox"/> 足場上、梯子上など | <input type="checkbox"/> しやがみ姿勢、蹲踞など |

- | | 日常的 | 時々 |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 kg未満の重量物の持ち上げ/運搬 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7～20 kgの重量物の持ち上げ/運搬 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 kg超の重量物の持ち上げ/運搬 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

持ち上げまたは運搬の介助者の存在

- なし あり、形態：

_____ 期間： _____

外部的影響

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 人工光下での作業 | <input type="checkbox"/> 熱、低温、湿度、または通風 |
| <input type="checkbox"/> 屋外作業 | <input type="checkbox"/> 粉塵、煙、ガス、または蒸気による高い負荷 |
| <input type="checkbox"/> 騒音（連続的） | <input type="checkbox"/> 皮膚刺激性を伴う作業 |
| <input type="checkbox"/> 騒音（間欠的） | |

就業時間中の車両の運転

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 乗用車 | <input type="checkbox"/> バス |
| <input type="checkbox"/> <u>トラック、積荷作業なし</u> | <input type="checkbox"/> <u>トラック、介助なしでの荷積み作業あり</u> |
| <input type="checkbox"/> フォークリフト | <input type="checkbox"/> クレーン |

その他

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 責任（設備に対する） | <input type="checkbox"/> 責任（人員に対する） | <input type="checkbox"/> 管理業務 |
| <input type="checkbox"/> 時間的/期限的重圧 | <input type="checkbox"/> 公衆との接触 | <input type="checkbox"/> 主としてディスプレイ上の作業 |
| <input type="checkbox"/> 孤立した作業場所 | <input type="checkbox"/> 他人と近接しての作業 | <input type="checkbox"/> 大部屋 |
| <input type="checkbox"/> 出張/外勤/組立作業 | <input type="checkbox"/> 単純な反復作業 | |
| <input type="checkbox"/> チーム作業 | <input type="checkbox"/> 定常的な情報加工 | |
| <input type="checkbox"/> 頻繁に変更される、または並行する課題 | <input type="checkbox"/> 自己責任による自立的作業 | |

過去 12 ヶ月間に業務内容または上記の労働条件に変化がありましたか？

- いいえ はい、内容： _____
- _____

将来さらに変更になる予定はありますか？

- いいえ はい、内容： _____
- _____

作業内容の記述

作業の名称 : _____

作業の区分と重み

	各区分の詳細	比重 (作業全体に 対する%)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

100%

作業上の特異性の記述

付帯文書2の各作業区分について、従業員にどのような作業上の特異性があるかを詳細に記述してください。

作業上の特異性とは

従業員の作業上の特異性は様々な形で現れます。

作業上の特異性の意味の1つは、作業の様態が同等の健常者と異なる部分です（例えば、作業が遅い、誤りが多い、中断が多いなど）。

また、作業中に同僚または上司の支援（例えば、動機づけ、検査、注意喚起、確認質問、具体的な動作の補助など）を必要とするこも、作業上の特異性と考えられます。

申請を処理するためには、作業上の特異性とその程度についての具体的な情報が必要です。

そのために、従業員が個々の作業区分においてどのような作業上の特異性を示すか、またそれほどの程度か（1週間のうち何分か）をそれぞれ記載してください。作業に介助を必要としている場合は、誰が介助しているかも明記してください。

作業上の特異性とその記述の例：

- ホテル客室の清掃に要する時間30分のところを45分かかる。
- 通常の休憩2回のところ3回の休憩をとる。
- 同僚Meyer氏による作業実行への動機づけを週約50分必要とする。
- 作業結果をMüller夫人が定期的に検査する必要がある、そのために週60分が必要である。
- 機械を清掃するように上司Schmidt氏が注意を喚起しなければならない。そのために週40分を要している。
- Schulz夫人が洗濯物袋の運搬を週30分手伝わなければならない。

作業上の特異性の記述には次の表（付帯文書3a）を用いても、あるいは自由記述でも差し支えありません。

付帯文書2による 作業区分	作業上の特異性： 作業上の特異性の種類と程度（1労働週あたりの分数）
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
介助者の氏名	