

企業在籍型職場適応援助者による支援計画書

事業主所在地	****				
事業主名	****				
事業所所在地	****				
事業所名	****				
企業在籍型職場適応援助者氏名	** **		地域センター配置型 職場適応援助者 (※)		
支援対象労働者属性	支援対象労働者氏名	** **		〇〇歳	性別 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	障害名	精神障害		職業リハビリテーション計画の有無 (※) <input checked="" type="radio"/> なし	手帳の有無 <input checked="" type="radio"/> あり (等級 3級) <input type="radio"/> なし
	障害状況	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の定期通院及び服薬により病状は落ち着いています。 ・周囲の期待に応えようとする気持ちが強く、忙しくても断りきれず、抱え込む傾向があります。また、自身のストレスに気づきづらい面があります。 			
	支援対象労働者が従事する職務	一般事務 (メール配信、データ入力、電話対応等)			
	職場適応上の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・自立して安定した業務遂行のための自己管理スキルの向上について ・事務所内における障害特性及び障害にかかる配慮事項等の共有について 			
	勤務時間	9 時 00 分 ~ 16 時 00 分			
	休日	土日祝			
事業所属性	事業内容	製造業及び販売業 日本産業分類に基づいて主な作業内容を記載してください。			
	事業所従業員数	** 名	障害者雇用数	身体障害者 ** 名	知的障害者 ** 名
	支援対象労働者が配属される部署の作業環境及び人的環境	<ul style="list-style-type: none"> ・本人が所属する部署は10名程度。所属部署では障害者雇用の受け入れが初めてであり、社員は関わり方等について不安を覚えている。 			
支援期間	平成 ** 年 5 月 1 日 ~ 平成 ** 年 10 月 31 日				(予定総支援日数 30 日)

(※) については、障害者職業センターで必要に応じて記載します。なお、支援を実施する職場適応援助者に障害者の支援実績が少ない場合で、本助成金の対象となる支援を初めて行う場合には、障害者職業センターが指定する配置型職場適応援助者とペア支援を行うことが要件となります。ペア支援を行う職場適応援助者の氏名がない場合、助成金が受けられませんので、障害者職業センターと、あらかじめよくご相談ください。

		支援事項 (支援ポイント)	支援計画 (内容・方法・回数・頻度等)
支援対象労働者		①自己管理スキルを高める支援	①体調面や睡眠、職務遂行等の状況を確認する業務日誌を作成します。周囲からの期待に応えようと頑張りすぎる傾向があるため、自身のストレスに気づき、必要に応じて休憩をとったり、業務日誌を活用し、自発的に業務に関する相談が出来るよう助言を行います。
		②相談体制について	②課題への対処方法等を助言した後に、週1回程度の振り返り面談を行うことで自己の対処スキルの向上や職場内の環境調整を促進します。
支援計画	事業所	◆就業環境設定に係る配慮事項	定期的な相談や業務日誌について**さんの上司と共有し、迅速に体調面や仕事の進捗状況に対する不安を解消し、安心して仕事に取り組める環境を構築します。
		◆安全管理対策	疲労の蓄積を予防するため、1時間に10分の休憩が必要であることについて上司、同僚の理解を得るとともに、休憩が取れる環境の調整を行います。
		◆事業所内支援体制確立に向けた取り組み	本人と相談しながら、障害特性や配慮事項等について、同じ部署に勤務する社員に対して必要な情報の提供を行います。また、本人に適切な支援が行えるよう、必要に応じて、本人の障害特性及び指導方法についての研修会を開催します。
支援実施体制		◆本支援に係る責任者・職場適応援助者の位置付け等の社内体制、職業リハビリテーション・福祉・医療・教育機関との連携について (※) 下記の機関と必要な連携を行いながら支援を実施していきます。 ・事業所内 **、** (ジョブコーチ) ・支援機関 **障害者就業・生活支援センター ** **病院 **	生活面のサポート等について 医療面のサポート等について

(※) 職場適応援助コースのうち訪問型職場適応援助に係る支援対象労働者として現に支援されている労働者については、本助成金を受給することができません。

その他	支援期間中に必要に応じてケース会議を2回実施します。
-----	----------------------------

この支援計画に基づく職場適応援助者による援助に同意します。

本人氏名
(保護者等氏名) 印

この支援計画を承認します。

なお、本支援計画を実施することとしている職場適応援助者については、障害者の就労支援について十分な経験があるものと認められることから、ペア支援は不要と認めます。

年 月 日
障害者職業センター所長 印

地域センターでは、以下の視点に基づきその内容について確認を行っています。

① 支援内容・職務内容

- (イ) 支援対象労働者が従事する職務は、その障害特性、職業適性等を参考に設定されているか
- (ロ) 支援対象障害者に対する支援事項及び支援の内容・方法は、障害特性等に配慮されているか
- (ハ) 就業環境は、支援対象労働者の障害特性等に配慮して設定がされているか
- (ニ) 安全への配慮がなされているか
- (ホ) 事業所内の支援体制確立(ナチュラルサポート)へ向けた教育、啓発等の取り組みが検討されているか

② 支援実施体制

- (イ) 支援を担当するジョブコーチが、専門職として適切な役割を果たす計画となっているか
- (ロ) ジョブコーチによる支援をサポートするための事業所内の管理体制が明確になっているか、支援実施の責任者が定められているか
- (ハ) 支援事項に応じた地域の職業リハビリテーション機関、必要に応じて福祉や教育の機関等との連携の必要性は検討されているか

③ 支援期間及び支援回数の設定

支援事項に応じた支援期間及び支援回数の設定となっているか。なお、支援計画に基づく支援を行う回数が、1月あたり平均で5回以上(同一の日に2回以上行った場合は1回と数えるものとする。)であることが助成金支給の要件になっていることに留意すること

④ インフォームド・コンセント(説明と同意)

支援計画に対する支援対象労働者の同意が得られる見込みがあるか

障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)受給資格認定(変更)申請書・認定通知書
(企業在籍型職場適応援助)

障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)の支給を希望しますので、以下のとおり提出します。
申請書の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると労働局(安定所)が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を労働局(安定所)が行う場合は協力します。

令和*年 *月 **日

東京労働局長 殿
飯田橋公共職業安定所長 殿

Form with fields for business owner/agent (事業主又は代理人) and social insurance agent (社会保険労務士) including address, name, and phone number.

※ 申請者が代理人の場合、上欄代理人の記名押印等を、下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同則第16条の3に規定する事務代理者の場合、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に申請者の記名押印等をしてください。

Form with fields for application details (申請に係る事業所), responsible person (担当者), labor insurance number (労働保険番号), and capital/employees (資本金の額又は出資の総額).

1 支援対象労働者

支援開始日現在の年齢を記載してください。

Table for support recipient details including name (いーえふ さぶろう), age (28), disability type (精神障害 2級), and support period (令和*年9月1日 ~ 令和*年3月31日).

2 職場適応援助者

支援計画書に基づく支援期間を記入してください。

Table for workplace adaptation support details including name (GH 花子), employment insurance number, and support performance (支援実績).

※平成27年度・平成28年度は「企業在籍型職場適応援助促進助成金」を指します。

上記の内容の受給資格認定申請書について認定しましたので通知します。

Summary row with fields for certification date (認定年月日), certification number (認定番号), and company name (企-).

(裏面)

【提出上の注意】

- ・ 本認定申請書は、(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構地域障害者職業センター(以下「地域センター」という。)が作成又は承認した企業在籍型職場適応援助者による支援計画書(以下「支援計画書」という。)に基づく支援を行い、本助成金の支給を希望する場合に、支援計画書に定める支援期間の開始日(以下「支援開始日」という。)から3ヶ月以内に提出してください。
なお、支援対象労働者が支援開始日の前日において障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)の対象となっている場合は、支援開始日から3ヶ月を経過する日又は支援開始日を含む障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)の支給対象期に係る支給申請日のいずれか早い日までに提出してください。
- ・ 認定を受けた場合、本認定申請書の情報については、地域センターに対して提供いたしますので、ご承知おきください。

【記入上の注意】

- ・ 中小企業事業主であるかどうかの判定は、支援開始日現在の状況で判定いたしますので、「資本金の額又は出資の総額」欄、「常時雇用する労働者の数」欄、「主たる事業」欄、「企業規模」欄には、支援開始日現在の状況を記載してください。
- ・ 支援対象労働者欄中、「年齢」欄には、支援開始日現在の年齢を記載してください。
- ・ 「短時間労働者」とは、1週間の所定労働時間が、同一の適用事業所に雇用される通常の労働者の1週間の所定労働時間と比べて短く、かつ、30時間未満である者をいいます。
- ・ 「支援の予定期間」欄には、支援計画書に基づく支援期間を記入してください。
- ・ 職場適応援助者欄中、「上記職場適応援助者が障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース(企業在籍型職場適応援助))又は障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)等の対象として現在支援している対象障害者氏名」欄には、一番上に本申請書に係る支援対象労働者氏名を、また、その下には本申請書に記載した職場適応援助者が、現在下記の助成金の対象として支援している者がいる場合に、その者の氏名と認定されている助成金の認定番号を記入してください。
1人の企業に在籍型職場適応援助者につき、同一期間内に下記の助成金の支給対象として支援できる対象障害者の数は3人までとなります。
 - ・ 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)の対象となる企業在籍型職場適応援助
 - ・ 企業在籍型職場適応援助促進助成金
 - ・ 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)
 - ・ 障害者職場定着支援奨励金
 - ・ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金
 - ・ 業務遂行援助者の配置助成金
- ・ 養成研修修了後、最初の支援については、地域センターが、申請の対象となる職場適応援助者に係る障害者の支援経験等を基にペア支援を不要と認める場合を除き、必ず、地域センターの指定する職場適応援助者とペア支援を行うことが要件となりますので、ご注意ください。ペア支援が必要であるにもかかわらずペア支援となっていない場合は、助成金は、支援に係る部分及び受講料にかかる部分のすべてについて支給されませんので、ご注意ください。

【変更があった際の申請について】

- ・ 受給資格認定を受けた事項について変更があった場合は、速やかに労働局に連絡し、指示に従って変更申請書を提出してください。変更申請書を提出する際には、内容に応じた添付書類も必要となりますので、ご注意ください。

労働局処理欄

決 裁 欄	局長	部長	課長	課長補佐	職業指導官	係長	担当
	所長	部長・次長	課長・統括	上席・係長	職業指導官	担当	

障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)支給申請書
(企業在籍型職場適応援助)

標記助成金の支給を希望しますので、以下のとおり支給申請します。また、申請書の記載事項及び関連して提出する書類等並びに受給資格認定時に届け出た事項のすべてについて、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると労働局(安定所)が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を労働局(安定所)が行う場合は協力します。

令和*年 *月 **日

東京労働局長 殿
飯田橋公共職業安定所長 殿

事業主又は代理人 住所 東京都文京区〇〇1-1-1 電話番号 03-****-**** 記名押印の場合は、押印漏れに注意してください。
名称 株式会社厚生労働 印 (記名押印又は署名)
氏名 代表取締役 AB 一郎
事業主又は社会保険労務士(提出代行者・事務代理者の表示) 住所 電話番号
名称
氏名 (記名押印又は署名)

※ 申請者が代理人の場合、上欄代理人の記名押印等を、下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同則第16条の3に規定する事務代理者の場合、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に申請者の記名押印等をしてください。

申請に係る事業所 住所 東京都文京区〇〇1-2-3 電話番号 03-****-****
名称 株式会社厚生労働 〇〇事務所
担当者 氏名 CD 二郎 電話 03-****-**** FAX 03-****-**** メールアドレス ****.****@***.or.jp
雇用保険適用事業所番号 ****-****-****

1 支援対象労働者

受給資格認定通知書に記載されている認定番号を記載してください。

ふりがな いーえふ さぶろう 生年月日 平成*年**月**日
氏名 EF 三郎 認定番号 企-*****-***
雇用保険被保険者番号 ****-****-***
支給対象期間内の賃金未払い あり ・ なし
支給対象期間内の支援対象労働者の在職状況 在職 ・ 離職 (離職日 年 月 日)
理由

支給対象期間 令和*年9月1日 ~ 令和*年3月31日

本人確認欄 別紙のとおり、企業在籍型職場適応援助者による支援を受けました。
(支援対象労働者氏名)(保護者の場合続柄:)
令和*年*月*日 EF 三郎 印 記名押印又は署名

記名押印の場合は、押印漏れに注意してください。

支給額 [別紙a.欄とb.欄の合計額] 720,000 円

労働局処理欄

支給・不支給決定日 支給額

決裁欄	局長	部長	課長	課長補佐	職業指導官	係長	担当
	所長	部長・次長	課長・統括	上席・係長	職業指導官	担当	

(裏面)

【提出上の注意】

- ・ 本申請書は、支給対象期間の末日の翌日から2ヶ月以内に提出してください。支給申請期限を過ぎると申請書を受理できず、助成金の支給はできませんのでご注意ください。
- ・ この支給申請書の提出後、支給又は不支給の決定通知がなされることとなりますが、支給決定の通知後においても、偽りその他不正の行為が判明した場合には、支給した助成金の返還を求め、これより後3年間、障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)その他の雇用保険法(昭和49年法律第116号)第4章の雇用安定事業等に係る各種助成金を受けることができなくなることがあります。また、刑事告発することもあります。

【記載上の注意】

- ・ 「支給対象期間」欄には、(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構地域障害者職業センター(以下「地域センター」という。)が作成又は承認した企業在籍型職場適応援助者による支援計画書(以下「支援計画書」という。)の支援期間を記入してください。
- ・ 「本人確認」欄には、支給申請書の支援の内容欄の記述について、支援対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をするようにしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。

(企業在籍型職場適応援助)

2 支援関係

企業在籍型 職場適応援助者 氏名	GH 花子	企業在籍型職場適応援助者に 対する支給対象期間中の賃金未払い	あり・なし
支給対象期間内の 企業在籍型 職場適応援助者の 支援状況	<p>支援実施 ・ 離職又は異動等途中中断 (支援を提供しなくなった日 年 月 日)</p> <p>〔理由 〕</p>		
支援の内容	<p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">支給対象期間内に支援を行った日付とその支援内容を記載してください。</p>		
	障害者雇用安定助成金(障害者職場適 応援助コース)のうち企業在籍型職場適 応援助に係る支給対象期間	6 か月 日	
企業在籍型職場適 応援助者が現に右記の 助成金の支援対象 労働者として 支援を受けているか	<p>(支援を受けている ・ いない)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p> <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金 </p>		
対象月数	月数 6 か月	金額	120,000円 × 6か月 = 720,000円
	月数 (日) か月 (端数分) (日)		円 × (日) = 円 (日)
合計			a. 720,000 円

3 養成研修受講料関係

企業在籍型職場適 応援助者養成研修 受講料関係	職場適 応援助者氏名		最初の支援の日	年 月 日
	研修修了 年月		研修実施機関名	
	最初の支援 計画における ペア支援	あり ・ なし	養成研修受講料	円
	事業主負担額	円	助成金金額 (事業主負担額×1/2)	b. 円

(別紙裏面)

【記載上の注意】

- 「支援の内容」欄には、支給対象期間内に支援を行った日付とその支援内容を記載してください。また、記載した日に対応する企業が在籍型職場適応援助者支援記録票を添付してください。
- 「障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち企業が在籍型職場適応援助に係る支給対象期間」欄には、支給対象期間の開始日から次の月の応当日の前日までを1月とし、以後同様に各月の応答日からその次の月の応当日の前日までを1月として数えた支給対象期間内の月数を記入してください。また、支給対象期間を月単位で区切った際に、最後に1月に満たない端数がでた場合は、日数を記入してください。
- 「対象月数」欄の「月数」には、「障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち企業が在籍型職場適応援助に係る支給対象期間」欄に記入した月数にあたる各月について、支援を1度も実施していない月及び支援対象労働者の出勤割合(所定労働日数に占める出勤日数の割合)が6割に満たない月の有無を確認し、これに該当する月がある場合には、この月数を除いた月数を記入してください。この際、次の(a)又は(b)に掲げる日は出勤日として取り扱って差し支えありませんが、(a)及び(b)に掲げる理由により全休した月については出勤割合を満たさないものとして取り扱います。
なお、1月に満たない端数(「障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち企業が在籍型職場適応援助に係る支給対象期間」欄の日数に該当する部分)がある場合は、当該1月に満たない期間について、支援実績があること及び出勤割合が6割以上であることを確認のうえ、分子に「障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち企業が在籍型職場適応援助に係る支給対象期間」欄の日数を、分母に1月に満たない期間の開始日からその次の月の開始日応当日の前日までの日数を記入してください。
 - (a) 支援対象労働者に適用される当該事業所の就業規則等に基づく年次有給休暇又は特別休暇
 - (b) 業務上負傷し又は疾病にかかり療養のために休業した日、育児休業、介護休業及び産前産後の休暇により休んだ日
- 「金額」欄には、申請事業主が中小企業事業主であるか否か及び支援対象労働者が短時間労働者であるか否かにより次の表から該当する額を選んで、記入してください。月数、日数(分数)については、「対象月数」欄の数字を記入してください。
- 「合計」欄には、金額欄の上段と下段の合計を記入してください。

対象労働者		支給額(1人あたり月額)			
障害の種類	雇用形態				
精神障害者	短時間労働者以外の者	中小企業事業主	12万円	中小企業事業主以外	9万円
	短時間労働者(※)	中小企業事業主	6万円	中小企業事業主以外	5万円
精神障害者以外	短時間労働者以外の者	中小企業事業主	8万円	中小企業事業主以外	6万円
	短時間労働者(※)	中小企業事業主	4万円	中小企業事業主以外	3万円

※ 短時間労働者とは1週間の所定労働時間が同一の適用事業所に雇用される通常の労働者の1週間の所定労働時間と比べて短く、かつ、30時間未満である者をいいます。

- 企業が在籍型職場適応援助者養成研修受講料については、当該受講料の全額を申請事業主が負担した場合であって、企業が在籍型職場適応援助者が研修を修了後、初めて行った支援の日が、研修修了日から6か月以内である場合に、申請することができます。

養成研修修了後、最初の支援については、地域センターが、申請の対象となる職場適応援助者に係る障害者の支援経験等を基にペア支援を不要と認める場合を除き、必ず、地域センターの指定する職場適応援助者とペア支援を行うことが要件となりますので、ご注意ください。ペア支援が必要であるにもかかわらずペア支援となっていない場合は、助成金は、支援に係る部分及び受講料にかかる部分のすべてについて支給されませんので、ご注意ください。