

個別支援に係る確認票

以下のそれぞれの項目について、「はい」又は「いいえ」のどちらかにチェックを付けて下さい。

回答は、安定所、地方運輸局又は職業紹介事業者等において、個別支援に該当する支援を行う担当者が行ってください。

確 認 事 項		はい	いいえ
1	マンツーマンによる担当者制やチーム支援を実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	個別支援を実施するノウハウのある職員により行われる支援である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	通常の支援対象者よりも就職困難性が高く、個別支援を要する対象者への支援である。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	次のうち実施している支援内容として当てはまる項目がある。 (該当する支援の欄の「はい」にチェックを付ける)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(イ) 就職の不安に対する相談対応	<input type="checkbox"/>	
	(ロ) セミナー等の案内	<input type="checkbox"/>	
	(ハ) 就職に向けた本人の希望、経験や能力の把握	<input type="checkbox"/>	
	(ニ) 履歴書・職務経歴書の作成指導	<input type="checkbox"/>	
	(ホ) ニーズにあった求人情報の提供	<input type="checkbox"/>	
	(ヘ) 模擬面接指導	<input type="checkbox"/>	
	(ト) 応募・面接が不調に終わった場合のフォローアップ	<input type="checkbox"/>	
	(フ) その他、通常の支援と比較して特に手厚い支援を行っている場合 (具体的に記入)	<input type="checkbox"/>	

上記に記載した内容に相違ありません。

支援機関名： 年 月 日

連絡先： 個別支援担当者名：

※上記1～4の全て「はい」にチェックがついていること。

※(イ)～(フ)のうち1つ以上にチェックがついていること。

※職業紹介事業者等における支援の場合で、個別支援という制度がない場合であっても、上記の趣旨に合致するものは個別支援に相当するものとして、トライアル雇用紹介の対象とする。ただし、1～4のいずれかに「いいえ」がある場合は対象とならない。

(実施様式第4号) (R2.12)

生活保護法の適用に係る確認書

ふ 氏	り が	な 名	
生 年	月	日	年 月 日 (歳)
現 住 所	〒		
保護が決定された日	年 月 日		
保 護 の 内 容			

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

本人確認 氏名

社会福祉事務所確認

母子家庭の母等申立書

		生年月日 年 月 日	現住所																																						
母子家庭の母等である理由	1～7いずれかの項目に該当する。(はい ・ いいえ) 1. 夫(内縁も含む。以下同じ)と死別し、現在は結婚していない。 2. 夫と離婚し、現在は結婚していない。 3. 夫の生死が不明である。 4. 夫から遺棄されている(暴力を受ける等)。 5. 夫が海外にあるため、夫の扶養を受けることができない。 6. 夫が長期にわたって労働能力を喪失している。 7. その他 ※1～7のいずれに該当するか回答する必要はありません。																																								
扶養する子等の状況	<table border="1" data-bbox="279 1021 1474 1370"><thead><tr><th>氏名</th><th>続柄</th><th>生年月日</th><th>年齢</th><th>職業</th><th>同居・別居の区別</th><th>障害の状況</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> <p>※雇入れ日現在、扶養している子又は配偶者について記入してください。</p>						氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	同居・別居の区別	障害の状況																												
氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	同居・別居の区別	障害の状況																																			
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 本人氏名 _____ (親族等の氏名) _____																																									

- ※ 世帯全員の住民票(写し)が1部必要となる場合があります。また、別途確認書類が必要となる場合があります。
- ※ この申立書は、他の母子家庭の母等であることを証明する書類の提出が困難な場合に限られます。
- ※ この申立書は、一般トライアルコースにおけるトライアル雇用の実施及びトライアル雇用助成金(一般トライアルコース)の支給に係る審査にのみ使用し、他の用途に使用することはありません。

父子家庭の父であること及び児童扶養手当の支給を受けていたことの申立書

		生年月日 年 月 日	現住所																																			
父子家庭の父である理由	1～7いずれかの項目に該当する。(はい ・ いいえ) 1. 妻(内縁も含む。以下同じ)と死別し、現在は結婚していない。 2. 妻と離婚し、現在は結婚していない。 3. 妻の生死が不明である。 4. 妻から遺棄されている(暴力を受ける等)。 5. 妻が海外にいるため、妻の扶養を受けることができない。 6. 妻が長期にわたって労働能力を喪失している。 7. その他 ※1～7のいずれに該当するか回答する必要はありません。																																					
児童扶養手当の支給状況	雇入れ日時点において、児童扶養手当法に基づく児童扶養手当を受給していた。 [はい / いいえ]																																					
扶養する子等の状況	<table border="1"><thead><tr><th>氏名</th><th>続柄</th><th>生年月日</th><th>年齢</th><th>職業</th><th>同居・別居の区別</th><th>障害の状況</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> ※雇入れ日現在、扶養している子又は配偶者について記入してください。			氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	同居・別居の区別	障害の状況																												
氏名	続柄	生年月日	年齢	職業	同居・別居の区別	障害の状況																																
上記のとおり相違ありません。 年 月 日 本人氏名 _____ (親族等の氏名) _____																																						

※ 世帯全員の住民票(写し)が1部必要となる場合があります。また、別途確認書類が必要となる場合があります。
※ この申立書は、他の父子家庭の父であることを証明する書類の提出が困難な場合に限られます。
※ この申立書は、一般トライアルコースにおけるトライアル雇用の実施及びトライアル雇用助成金(一般トライアルコース)の支給に係る審査にのみ使用し、他の用途に使用することはありません。

(実施様式第6号) (R2.12)

ホームレスの状態にあることに関する確認書

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 (才)
支 援 期 間	年 月 日から 年 月 日 (未定) <small>※支援継続中の場合は、予定の終期をご記入ください。(未定の場合は終期を空欄とし、未定に○をしてください。)</small>
支 援 の 内 容	
支援前の状況及び 支援に至った経緯	

上記のとおり、ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法(平成14年法律第105号)第2条に規定するホームレスの状態にあったことを確認します。

年 月 日

本人確認 氏名 _____

支援団体確認 _____

(実施様式第7号) (R2.2)

住居喪失不安定就労者申立書

現在の住居等及び就労の状況については、下記のとおり相違ありません。

(注: 「はい」又は「いいえ」に○をつけ、必要に応じて括弧内を記載してください。)

<p>1 自分が寝泊まりすることのできる家(下記①～④に該当する住民登録が可能な居住施設)がない。</p> <p>① 本人又は家族等が所有又は借り受ける家又は部屋 ② 下宿先、社員寮、住込先、同居知人宅 ③ 福祉・医療・更正などのための宿泊提供サービスを含む施設 ④ その他住民登録の対象となる宿泊施設</p> <p><u>(はい / いいえ)</u> ※ ④に該当する場合は具体的な名称 ()</p>
<p>2 現在寝泊まりしている場所が下記①～④のいずれかに該当している。</p> <p>① インターネットカフェ・漫画喫茶 ② ファーストフード店 ③ カプセルホテル・サウナ ④ その他住民登録の対象とならない宿泊施設</p> <p><u>(はい / いいえ)</u> ※ ④に該当する場合は具体的な名称 ()</p>
<p>3 安定した職業(期間の定めのない労働契約を締結し、1週間の所定労働時間が通常の労働者の1週間の所定労働時間と同等であるものをいう。)に就いていない。</p> <p><u>(はい / いいえ)</u></p>
<p>4 雇用関係の就職を希望している。</p> <p><u>(はい / いいえ)</u></p>

_____年 _____月 _____日

ふりがな
氏名: _____

生年月日: _____年 _____月 _____日生

連絡先(携帯電話可): _____

住居喪失不安定就労者であることに関する確認書

太枠：本人記載欄 (注：「はい」又は「いいえ」に○をつけ、必要に応じて括弧内を記載してください。)

1 自分が寝泊まりすることのできる家（下記①～④に該当する住民登録が可能な居住施設）がない。 ① 本人又は家族等が所有又は借り受ける家又は部屋 ② 下宿先、社員寮、住込先、同居知人宅 ③ 福祉・医療・更正などのための宿泊提供サービスを含む施設 ④ その他住民登録の対象となる宿泊施設 <u>(はい / いいえ)</u> ※ ④に該当する場合は具体的な名称 ()
2 現在寝泊まりしている場所が下記①～④のいずれかに該当している。 ① インターネットカフェ・漫画喫茶 ② ファーストフード店 ③ カプセルホテル・サウナ ④ その他住民登録の対象とならない宿泊施設 <u>(はい / いいえ)</u> ※ ④に該当する場合は具体的な名称 ()
3 安定した職業（期間の定めのない労働契約を締結し、1週間の所定労働時間が通常の労働者の1週間の所定労働時間と同等であるものをいう。）に就いていない。 <u>(はい / いいえ)</u>
4 雇用関係の就職を希望している。 <u>(はい / いいえ)</u>
年 月 日 ふりがな 氏 名： 生年月日： 年 月 日生 連絡先(携帯電話可)：

点線内：支援団体（紹介を行う職業紹介事業者等）記載欄

上記の者は、上記1～4のいずれにも該当することから「安定した居住の場所を有せず、喫茶店その他の施設を主として起居の場とし、安定した職業に就いていない者」であると確認しました。 年 月 日 支援団体（事業者）確認

(実施様式第9号) (R8.4.8)

生活困窮者自立相談支援法に基づく就労支援に係る確認書

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
利用している就労支援及び開始日 (複数選択可) 【ご注意ください】 トライアル雇用から常用雇用に移行し特定求職者雇用開発助成金(生活保護受給者等雇用開発コース)を受けるには、 自立相談支援事業による就労支援の対象である必要があります。	<input type="checkbox"/> 自立相談支援事業による就労支援 開始日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 就労準備支援事業による就労支援 開始日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 認定就労訓練事業による就労支援 開始日 年 月 日
上記就労支援の実施状況	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

本人確認 氏名

自立相談支援機関確認