

訪問型職場適応援助者支援計画書

(様式第2号)
(R01.10)

法人名: _____ (作成者名: _____)

[年 月 日作成 ・ 年 月 日変更]

支援対象労働者		保護者名 (本人以外で連絡が取れる方)	(続柄)		
障害名		手帳の有無	あり(手帳 級・度) / なし		
		診断書の有無(統合失調症、そううつ病、てんかんの場合のみ)	診断書あり / なし		
支援対象事業主 (支援対象労働者雇用事業所)		支援対象労働者勤務先事業所 (同左の場合記載不要)			
職場適応援助者		事業管理者		支援計画策定に要した時間数	時間
支援期間	年 月 日 ~ 年 月 日 [か月]				
	(うち雇用前支援: 年 月 日 ~ 年 月 日(雇入予定日 年 月 日))				
	[集中支援期]		年 月 日 ~	年 月 日	
[移行支援期]		年 月 日 ~	年 月 日		
職場環境 作業内容		雇用保険の加入(予定)	A型事業所利用者	定着支援事業所利用者	週(予定)所定労働時間
		あり・なし	該当・非該当	該当・非該当	時間 / 週
区分	支援事項(支援ポイント)		支援計画(内容・方法等)		
対象労働者支援					
事業主支援					
家族支援					
関係機関への協力要請事項					
支援の回数・頻度等			集中支援期 最大週	回	
			移行支援期 最大週	回	
その他					

(※) 支援計画の開始日前5年間に障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち訪問型職場適応援助に係る支給を受けたことがない事業主が訪問型職場適応援助を行う場合は、当該訪問型職場適応援助を行う訪問型職場適応援助者に、職場適応援助者としての経験を十分に有する者として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。配置型職場適応援助者とペア支援を行う場合、障害者職業センターが支援計画書を作成しますので、障害者職業センターとあらかじめよくご相談ください。

本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事業主については、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

