

職場適応援助者支援総合記録票

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		
支援期間	ジョブコーチ支援期間	年 月 日 ~ 年 月 日 [か月]	
	フォローアップ期間	年 月 日 ~ 年 月 日 [か月]	
	精神障害者追加分 年 月 日 ~ 年 月 日の間に3回まで		
区分	支援事項、支援内容、改善状況等		残っている課題等
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			
その他			
総合所見			
フォローアップ計画の内容等	(フォローアップの実施体制・方法 等)		
	(フォローアップの頻度、期間内の回数)		
	最大 _____ につき _____ 回		
	(フォローアップ実施上の留意事項等)		

(※) 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

