

## 障害者トライアル雇用対象者確認票

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。

もし、誤った内容や偽った内容を記載した場合、障害者トライアル雇用の対象者にならず、その結果障害者トライアル雇用を実施する事業主が奨励金を受けられることでトラブルになることがありますので、正確に記入してください。

確 認 事 項		はい	いいえ																								
1	継続雇用する労働者（※）として雇用されることを希望していますか。 ※一般被保険者等となる者であって、一年を超える期間の雇用が見込まれる労働者をいいます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
2	(1で「はい」と回答した場合) 障害者トライアル雇用による雇入れも希望しますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
3	障害者トライアル雇用制度について内容を理解しましたか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
4	現在、継続雇用される労働者として雇用されていますか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
5	(4で「はい」と回答した場合) 退職の予定はありますか。 (「ある」と回答した場合) 退職理由 ( ) 退職予定年月日 ( 年 月 日)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
6	現在、自営業を行っている又は役員に就いていますか。 (「はい」と回答した場合) 1週間当たりの実働時間 時間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
7	学校（中学校、高校、大学（短大）、高専、中等教育学校、特別支援学校、専修学校、職業能力開発総合大学校等）に在学中ですか。 (「はい」と回答した場合) 卒業予定年月 年 月、卒業後の内定 あり・なし	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
8	現在、障害者トライアル雇用又は障害者短時間トライアル雇用されており、その期間中ですか。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
9	次のうち当てはまる項目はありますか。 当てはまる項目がある場合は、その項目に○をし、質問事項に回答してください。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
(イ)	<p>次のaからcまでのいずれかに該当する（該当するもの全てに○）。</p> <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>a</td> <td>身体障害者</td> <td>級</td> <td>3級の障害の重複の有無</td> <td>有</td> <td>無</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td>知的障害者</td> <td>級</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>精神障害者</td> <td>精神障害者保健福祉手帳の有無</td> <td>有</td> <td>無</td> <td>(疾患名)</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td>a～c以外で心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	a	身体障害者	級	3級の障害の重複の有無	有	無	b	知的障害者	級				c	精神障害者	精神障害者保健福祉手帳の有無	有	無	(疾患名)	d	a～c以外で心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a	身体障害者	級	3級の障害の重複の有無	有	無																						
b	知的障害者	級																									
c	精神障害者	精神障害者保健福祉手帳の有無	有	無	(疾患名)																						
d	a～c以外で心身の機能の障害があるため、長期にわたり、職業生活に相当の制限を受け、又は職業生活を営むことが著しく困難な者																										
(ロ)	<p>就労の経験のない職業（職業分類表の小分類の職業）に就くことを希望している。</p> <p>○希望する職業【 】</p> <p>○今までに、上に記載した職業に就いたこと（※）がある・ない ※パート・アルバイト等を含め、学校在学中のパート・アルバイト等は除きます。</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
(ハ)	<p>過去2年以内に2回以上離職又は転職を繰り返している（※）。</p> <p>※離職が2回以上又は転職が2回以上あることを指します。</p> <p>○1回目の 總職日・転職日 年 月 日 勤務先： 2回目の 總職日・転職日 年 月 日 勤務先：</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
(ニ)	<p>離職している（※）期間が6ヶ月を超えている。</p> <p>※パート・アルバイト等を含め一切の就労をしていないことを指します。</p> <p>○離職日： 年 月 日 勤務先： ○上記離職日以降、アルバイトなども含め就労をした・していない</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								

上記に記載した内容に相違ありません。

年 月 日

本人氏名：

※ 障害者トライアル雇用紹介を希望する場合は、ご自身から申し出ください。

(ただし、紹介機関から障害者トライアル雇用の紹介を勧める場合があります。)

また、同時に複数又は障害者トライアル雇用紹介が選考中の場合の新たな障害者トライアル雇用紹介はできません。