

障害者短時間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、障害者短時間トライアル雇用の対象者にならず、その結果障害者短時間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。 ※雇用保険被保険者となる者であって、一年を超える期間の雇用が見込まれる労働者をいいえます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	(1で「はい」と回答した場合) 障害者短時間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	障害者短時間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 平成 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。 次のaまたはbのいずれかに該当する(該当するものに○)。 a 精神障害者保健福祉手帳の有無 有 無(疾患名) b 発達障害者(aの場合を除く。) 疾患名()	<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:

※ 障害者短時間トライアル雇用紹介を希望する場合は、ご自身から申し出てください。

(ただし、紹介機関から障害者短時間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短時間トライアル雇用紹介が選考中の場合の新たな障害者短時間トライアル雇用紹介はできません。