

障害者トライアル雇用期間勤務予定表

事業所名
 対象者氏名

この勤務予定表は、当初の勤務予定日と実際の就労日（※）を比較するために必要な書類です。
 そのため、トライアル雇用期間中（退職した場合もトライアル雇用全期間中）の勤務予定日に「○」
 （公休予定日は無印）を付し、支給申請書と一緒に提出してください。

（※1）第1面（表面）で不足する場合は第2面（裏面）を使用してください。

（※2）実際の就労日は出勤簿等で確認しますので、この勤務予定表には記入しないでください。

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

（ ）月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

※事務処理欄ですので記入しないでください。

割合	支給額（月額）※1	支給予定額（（※2）日/（※3）日）の割合を左欄に当てはめ、支給額を算定		
75% ≤ A	4万円（8万円）	1か月目	万円	計算式（ 日 / 日 = %）
50% ≤ A < 75%	3万円（6万円）	2か月目	万円	計算式（ 日 / 日 = %）
25% ≤ A < 50%	2万円（4万円）	3か月目	万円	計算式（ 日 / 日 = %）
0% < A < 25%	1万円（2万円）	4か月目（※4）	万円	計算式（ 日 / 日 = %）
A = 0%	不支給	5か月目（※4）	万円	計算式（ 日 / 日 = %）
		6か月目（※4）	万円	計算式（ 日 / 日 = %）
		合計	万円	

※1：括弧内は、精神障害者に対して障害者トライアル雇用を実施した場合の額（雇入れ日から起算して3か月間に限る。）

※2：対象労働者が1か月間に実際に就労した日数（実就労日数：出勤簿等により確認）

※3：対象労働者が当該1か月間に就労を予定していた日数（本勤務予定表に「○」を付した日数）

※4：対象労働者が精神障害者の場合に限る。