

企業在籍型職場適応援助者による支援計画書

事業主所在地									
事業主名									
事業所所在地									
事業所名									
企業在籍型職場適応援助者氏名				地域センター配置型 職場適応援助者(※)					
支援対象労働者属性	支援対象労働者氏名	歳			性別	男・女			
	障害名		職業リハビリテーション計画の有無(※)	あり・なし	手帳の有無	あり(等級・なし)			
	障害状況								
	支援対象労働者が従事する職務								
	職場適応上の課題								
	勤務時間	時 分		～	時 分				
	休日								
事業所属性	事業内容								
	事業所従業員数	名	障害者雇用数	身体障害者	名	知的障害者	名	精神障害者	名
	支援対象労働者が配属される部署の作業環境及び人的環境								
支援期間	年 月 日		～	年 月 日		〔 予定総支援日数 〕 日			

(※) については、障害者職業センターで必要に応じて記載します。なお、支援を実施する職場適応援助者に障害者の支援実績が少ない場合で、本助成金の対象となる支援を初めて行う場合には、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。ペア支援を行う職場適応援助者の氏名がない場合、助成金が受けられませんので、障害者職業センターと、あらかじめよくご相談ください。

		支援事項 (支援ポイント)	支援計画 (内容・方法・回数・頻度等)
支 援 計 画	支 援 対 象 労 働 者		
	事 業 所	◆就業環境設定に係る配慮事項 ◆安全管理対策 ◆事業所内支援体制確立に向けた取り組み	
	支 援 実 施 体 制	◆本支援に係る責任者・職場適応援助者の位置付け等の社内体制、職業リハビリテーション・福祉・医療・教育機関との連携について (※)	

(※) 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援対象労働者として現に支援されている労働者については、本助成金を受給することができません。

その他	
-----	--

この支援計画に基づく職場適応援助者による援助に同意します。

本人氏名

(保護者等氏名)

この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職場適応援助者については、障害者の就労支援について十分な経験があるもの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