共通様式第１号（第１面）（R４．４．１）

障害者トライアル雇用等実施計画書
（障害者トライアル雇用・障害者短時間トライアル雇用）

労働局長
公共職業安定所長　殿　　提出日　　年　　月　　日

（〒　　）　　（〒　　）

事　業　主　　所在地　　代理人又は事務代理者・提出代行者　所在地

名　称　　名　称

氏　名　　氏　名

標記について、次のとおり提出します。

① 障害者トライアル雇用等実施事業所	名称				
	所在地・電話番号	（〒　　－　　）　電話番号　　－　　－			
	担当者	所属・役職 氏名		電話番号 ＦＡＸ	－　　－ －　　－
	雇用保険適用事業所番号	□□□□－□□□□□□－□			
② 支給要件了承欄	トライアル雇用助成金（障害者トライアルコース又は障害者短時間トライアルコース）の支給を受けるためには、トライアル雇用助成金（障害者（短時間）トライアルコース）支給対象事業主要件票（実施様式第２号）に記載する要件があることを了承しました。　□　はい　□　いいえ				
③ 障害者トライアル雇用等対象者	フリガナ 氏名		生年月日 年齢	昭和・平成　年　月　日生 （　　歳）	
			障害の種類	身体・知的・精神・ その他（　　）	
④ 障害者トライアル雇用等求人及び紹介	紹介機関	安定所・運輸局・職業紹介事業者等（名称　　）			
	求人番号 （ハローワーク紹介の場合）	□□□□□－□□□□□□□□□			
⑤ 障害者トライアル雇用等実施内容	障害者トライアル雇用等期間	か月間 （　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで）			
	所定労働時間	：　　から　　：　　まで （　　）当たりの所定労働時間　　時間（通常の労働者の所定労働時間　　時間）			
	テレワーク勤務	１週間の所定労働時間の２分の１以上がテレワーク勤務となる予定ですか？ □はい　□いいえ　□テレワーク勤務をさせる予定はない			
	継続雇用する労働者として雇用するための要件				
⑥ 対象者の同意	上記の内容（②を除く。）及び別途交付した雇用契約書等により障害者トライアル雇用等を行うことについて、対象者本人に相違ないことを確認し、同意を得ましたか。 □はい　□いいえ				
備考					

※障害者トライアル雇用等開始日から２週間以内に提出してください。

※記載に当たっては裏面をご覧ください。
※事務処理欄には記入しないでください。

事務処理欄	受理年月日	年　月　日	受理印	
	受理番号			
	連絡先安定所			
	対象者要件確認欄	実施要領第１の３(1)において該当する要件 イ (ニ) a・b　ロ ※イ(ニ)bの場合 (a)・(b)・(c)		

提出上の注意

この障害者トライアル雇用等実施計画書（以下「計画書」といいます。）は、障害者トライアル雇用等の開始日から２週間以内に、以下に掲げる提出先に添付書類を添えて提出してください。

１ 安定所から職業紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合
　○当該障害者トライアル雇用等に係る職業紹介を行った安定所

２ 地方運輸局から職業紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合
　○当該障害者トライアル雇用等に係る職業紹介を行った地方運輸局

３ 職業紹介事業者等から職業紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合
　○当該障害者トライアル雇用等を実施する雇用保険適用事業所の所在地を管轄する都道府県労働局
　　又は当該労働局が管轄する安定所にその業務を行わせる場合は当該事業所の所在地を管轄する安定所

記入上の注意

この計画書は、次の点に注意して記入してください。

１「事務処理欄」には記入しないでください。

２ ①欄は、障害者トライアル雇用等を実施する事業所について記載してください。

３ ②欄は、トライアル雇用助成金（障害者（短時間）トライアルコース）の支給を受けるためには要件があることを了承したかどうかについてチェックしてください。

４ ③欄は、今回障害者トライアル雇用等を行う対象者について記載してください。
　また、年齢については、障害者トライアル雇用等開始日時点の年齢を記入してください。

５ ④欄は、障害者トライアル雇用等に係る求人及び紹介を受けた機関について記載してください。

６ ⑤欄は、障害者トライアル雇用等に係る実施内容について記載してください。
　所定労働時間欄については、通常は（　　）内に１週間と記載し、１週間当たりの所定労働時間を記載してください。
　また、変形労働時間制を採用している場合は、（　　）内に基準となる期間を記入した上で所定労働時間を記入してください。
　なお、「継続雇用する労働者として雇用するための要件」欄については対象者と十分に話し合った上で決定してください。

７ ⑥欄は、対象者本人に確認のうえチェックしてください。

添付書類

計画書を提出する場合は、次の(1)から(4)までの書類を添付してください。
(2)から(4)までの書類は職業紹介事業者等の紹介により障害者トライアル雇用等を開始する場合のみ必要となります。
なお、その場合(2)から(4)までの書類はすべて紹介を受けた職業紹介事業者より交付されます。

(1) 障害者トライアル雇用等期間に係る雇入れ通知書又は雇用契約書等労働条件が確認できる書類

(2) 障害者トライアル雇用等職業紹介証明書

(3) 障害者トライアル雇用等に係る求人票

(4) 障害者トライアル雇用対象者確認票（実施様式第１号－①）又は障害者短時間トライアル雇用対象者確認票（実施様式第１号－②）及び対象者であることの確認書類

提出にあたっての留意点

１ 安定所、地方運輸局又は労働局が、内容に関して不明な点があるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。

２ 偽りその他事実と異なる記載内容を記載して提出した場合は、トライアル雇用助成金（障害者（短時間）トライアルコース）の支給を受けられない場合や不正受給として処理されることがありますのでご注意ください。

３ ご不明な点は労働局又は安定所にお問い合わせください。

※事務処理欄には記入しないでください。

事務処理欄	決　裁　欄						
	局長	部長	課長	課長補佐	担当官	係長	担当
	所長	次長	統括	専門官	上席	職業指導官	担当