

障害者トライアル雇用等実施計画変更届 (天災等特例) (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 殿
公共職業安定所長 (〒)

提出日 年 月 日

事業主 所在地
名称
氏名

(〒)
代理人又は事務代理者・提出代行者 所在地
名称
氏名
電話番号

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 - -																																									
	事務担当者	所属・役職 氏名								電話番号	- -																																
	雇用保険 適用事業所番号	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					-									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																													
				-																																							
② 特例対象事業主要件の確認欄	(ア) 当初の実施計画書の障害者トライアル雇用等実施予定期間のうち、③の対象者を天災等のやむを得ない理由により、休業等させた日がありましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																										
	(イ) (ア)の休業等により③の対象者の適性や業務遂行可能性の見極めが難しくなりましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																																										
③ 障害者トライアル雇用等対象者	フリガナ											生年月日 年齢	昭和・平成 年 月 日生 (歳)																														
	氏名											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 <small>(ハローワーク紹介の場合)</small>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					-									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15																													
				-																																							
⑤ 障害者トライアル雇用等実施内容	(ア) 当初の障害者トライアル雇用等実施予定期間 <small>(該当する期間を○で囲む)</small>	年 月 日 から 年 月 日 まで <small>か月間</small>																																									
	(イ) (ア)のうち休業を実施した日																																										
	(ウ) (ア)に加えて新たに障害者トライアル雇用等を実施する日																																										
	(エ) 所定労働時間	: から : まで 1週間当たり の所定労働時間 時間 ()																																									
	(オ) 継続雇用する労働者として雇用するための要件	<input type="checkbox"/> 業務について基礎的な知識・技術を身につけること <input type="checkbox"/> 求人票記載業務を周囲と連携して行うことができること <input type="checkbox"/> やむを得ない場合を除く遅刻、早退、欠勤等なく、業務遂行の適性があると判断できること <input type="checkbox"/> その他 ()																																									
備考																																											

※内容変更が決定次第速やか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)の二において該当する要件 イ(ニ) a・b・c ※イ(ニ)bの場合 (a)・(b)・(c)													
		受 理 印												

提出上の注意

この障害者トライアル雇用等実施計画変更届（天災等特例）（以下「変更届」といいます。）は、内容変更が決定次第速やかに、次の(イ)から(ハ)までの区分に応じて、それぞれ次に掲げる提出先に添付書類を添えて提出してください。

- (イ) 公共職業安定所（以下「安定所」といいます。）から紹介を受け、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
- (ロ) 地方運輸局から紹介を受け、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
- (ハ) 職業紹介事業者等から紹介を受け、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（以下「労働局」といいます。）又は安定所

（※）各労働局によって異なりますので、紹介を受けた職業紹介事業者等の指示に従ってください。
また、ご不明な場合は管轄の労働局又は安定所へお問い合わせください。

記入上の注意

この変更届は、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、障害者トライアル雇用等期間の変更を行うための要件を満たしている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。
（ア）の期間が、既にご提出いただいている「トライアル雇用実施計画書」の記載と異なる場合は、その旨と理由を備考欄に記載してください。
（イ）には、（ア）のうち③の対象者が勤務する予定であった日であって、（ア）から除外する日のみを記載してください。
（ウ）には、③の対象者が勤務する予定の日を、（イ）と日数が等しくなるように記載してください。
（エ）の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。
（オ）の「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 提出前に、表面の内容（②を除く。）及び別途交付した雇用契約書等によりトライアル雇用を行うことについて、相違ないかを対象者本人に確認した上でご提出願います。なお、計画内容に疑義がある場合、必要に応じて対象者本人にも事情聴取等を行うことがありますのでご留意ください。

提出にあたっての留意点

- 1 安定所又は労働局が、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内容を記載し提出した場合は、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があります。
- 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