

4-3 職場支援員 詳細

(ふりがな) 職場支援員氏名 (生年月日)		(年 月 日)	配置方法 (該当する番号に○を付けてください)		1. 雇用 2. 業務委託 3. 委嘱
配置方法 1	職場支援員の雇用 保険被保険者番号			職場支援員の 週所定労働時間数	時間/週
	対象労働者に対して支援を実施する期間について、継続して雇用される見込みの有無		あり ・ なし		
	障害者職場定着支援コース、障害者職場適応援助コース等の対象として現在支援している対象労働者		氏名		雇用保険被保険者番号
配置方法 2又は 3	業務委託先法人 ・ 委嘱者の所属する法人 (個人の場合その住所等)	住所 _____ 電話番号 _____ 名称 _____ (代表者)氏名 _____			
	契約期間 (委嘱の場合は最初の支援の日を記入してください)	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日	契約額	円	
職場支援員の該当資格等 (該当するものに☑を付し、必要事項を記入してください。)		i)次の資格等を所持(該当する資格に○を付けてください。)			
		☐ 精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセラー、(独)高齢障害求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修(訪問型・1号)修了者、同(企業在籍型・2号)修了者			
		ii)特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績			
		☐ 事業所名： _____ 連絡先： _____ 期 間： ～ 年 か月			
		iii)障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績			
		☐ 事業所名： _____ 連絡先： _____ 期 間： ～ 年 か月			
		iv)障害者職業生活相談員 (資格取得年月日 年 月 日)			
		☐ 事業所名： _____ 連絡先： _____ 期 間： ～ 年 か月			
		v)法定必置規定内の産業医以外の医師			
		☐ 支援員は労働安全衛生法第13条に基づく産業医以外の者であるか。		ある ・ ない	
職場支援員が現に右記の助成金の支援対象労働者として支援を受けているか		(支援を受けている ・ いらない) ↓ ☐ 本コース(職場支援員の配置に係る措置に限る) ☐ 障害者職場定着支援奨励金 ☐ 障害者職場適応援助コース ☐ 訪問型職場適応援助促進助成金 ☐ 企業在籍型職場適応援助促進助成金 ☐ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 ☐ 業務遂行援助者の配置助成金 ☐ 障害者介助等助成金			
職場支援者としての実務経験がある場合、当該期間中に右記の助成金の支援対象労働者として支援を受けていたか		(支援を受けていた ・ いなかった) ↓ ☐ 本コース(職場支援員の配置に係る措置に限る) ☐ 障害者職場定着支援奨励金 ☐ 障害者職場適応援助コース ☐ 訪問型職場適応援助促進助成金 ☐ 企業在籍型職場適応援助促進助成金 ☐ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 ☐ 職場支援従事者配置助成金 ☐ 業務遂行援助者の配置助成金 ☐ 障害者介助等助成金			
国等の委託事業費から人件費が支払われているか					いる ・ いらない
国等からの補助金(助成金を含む)から人件費全部が支払われているか					いる ・ いらない

様式第4号（別添様式4－3）（第2面）

記入上の注意

- 1 「配置方法」欄には、当該支援員の配置の方法に○を付してください。
- 2 配置方法に応じて、必要事項を記入してください。雇用の場合で、当該職場支援員が本コース、障害者職場定着支援奨励金、障害者職場適応援助コース（企業在籍型職場適応援助者による支援に限る。）、企業在籍型職場適応援助促進助成金、重度知的・精神障害者職場支援奨励金又は業務遂行援助者の配置助成金の支給対象として現に支援している労働者がいる場合、全て記入してください（1人の職場支援員につき、同一期間内に助成金の支給対象として支援できる障害者の数は3人までとなります。）。また、委嘱の場合で所属法人名がない場合は、空欄としてください。
- 3 職場支援員の該当する資格等について、i)～v)から選定し、左の枠に○を付した上で、枠内を記入してください。
- 4 業務委託や委嘱の場合で、複数名の職場支援員による支援を実施している場合は、様式第4号（別添様式4－3）（継紙）に記入し本紙に添付してください。

様式第4号 (別添様式4-3) (継紙)

(ふりがな) 職場支援員氏名 (生年月日)		(年 月 日)		配置方法 (該当する番号に○を付けてく ださい)		1. 雇用 2. 業務委託 3. 委嘱			
配 置 方 法 合 法 1	職場支援員の雇用 保険被保険者番号				職場支援員の 週所定労働時間数		時間/週		
	対象労働者に対して支援を実施する期間について、継 続して雇用される見込みの有無			あり ・ なし					
	障害者職場定着支援コース又は障害者職場適応援助 コースの対象として現在支援している対象労働者			氏名			雇用保険被保険者番号		
配 置 方 法 2 又 は 3	業務委託先法人 ・ 委嘱者の所属する法人 (個人の場合その住所等)		住所 _____ 電話番号 _____ 名称 _____ (代表者)氏名 _____						
	契約期間 (委嘱の場合は最初の支援 の日を記入してください)		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日				契約額		円
職場支援員の該当資格等 (該当するものに☑を付し、必 要事項を記入してください。)		ii)次の資格等を所持(該当する資格に○を付してください。)							
		☐ 精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセ ラー、(独)高齢障害求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修 (訪問型・1号)修了者、同(企業在籍型・2号)修了者							
		ii)特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績							
		☐ 事業所名： _____ 連絡先： _____ 期 間： ~ 年 か月							
		iii)障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績							
		☐ 事業所名： _____ 連絡先： _____ 期 間： ~ 年 か月							
		iv)障害者職業生活相談員（資格取得年月日 年 月 日）							
		☐ 事業所名： _____ 連絡先： _____ 期 間： ~ 年 か月							
		v)法定必置規定内の産業医以外の医師							
		☐ 支援員は労働安全衛生法第13条に基づく産業医 以外の方であるか。						ある ・ ない	
職場支援員が現に右記の助成金の 支援対象労働者として支援を受け ているか		(支援を受けている ・ いらない) ↓ ☐ 本コース(職場支援員の配置に係る措置に限る) ☐ 障害者職場定着支援奨励金 ☐ 障害者職場適応援助コース ☐ 訪問型職場適応援助促進助成金 ☐ 企業在籍型職場適応援助促進助成金 ☐ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 ☐ 業務遂行援助者の配置助成金 ☐ 障害者介助等助成金							
職場支援者としての実務経験がある 場合、当該期間中に右記の助成金 の支援対象労働者として支援を受 けていたか		(支援を受けていた ・ いなかった) ↓ ☐ 本コース(職場支援員の配置に係る措置に限る) ☐ 障害者職場定着支援奨励金 ☐ 障害者職場適応援助コース ☐ 訪問型職場適応援助促進助成金 ☐ 企業在籍型職場適応援助促進助成金 ☐ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 ☐ 職場支援従事者配置助成金 ☐ 業務遂行援助者の配置助成金 ☐ 障害者介助等助成金							
国等の委託事業費から人件費が支払われているか						いる ・ いらない			
国等からの補助金(助成金を含む)から人件費全部が支払われているか						いる ・ いらない			