ジョブコーチ支援申込書

令和　　年　　月　　日

　神奈川障害者職業センター　ジョブコーチ支援担当者あて

貴所名

ご担当者名

電話番号

　下記の通り、ジョブコーチ支援を申込みます。（※最終的な実施の判断は、ご相談の上で決定いたします。）

　なお、本申込みに当たって、対象者及び事業所、利用中の支援機関には、神奈川障害者職業センターへの下記情報提供について同意を得ています。

記

●対象者（太枠内のみご記入ください。太枠以外の項目は、お電話にて確認し当センターで記入します。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 性　別 | 男性　・　女性 |
| 氏　名 |  | | 生年月日 | 年　月　日生 |
| 住　所 |  | | | |
| 電話番号 | □自宅　　　　　　　　　　　　□携帯 | | | |
| 障害名 |  | | | |
| 手帳 | □あり（　　　　　　手帳／　　級・度）　　　□なし　□申請中 | | | |
| 職業ｾﾝﾀｰ利用 | □あり　□なし　□不明 | 障害年金 | □あり（　 　級）□なし　□不明 | |
| 通院 | □あり（通院先　　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし　□不明 | | | |
| 服薬 | □あり（服薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし　□不明 | | | |

※訪問型職場適応援助者の支援を検討している場合は、以下の①～⑥の中で該当

する項目についてもチェックしてください。（訪問型職場適応援助促進助成金に

関するお問合せは、高齢・障害・求職者雇用支援機構 神奈川支部にお願いします）

□①：就労継続支援Ａ型事業所における利用者ではない。

□②：現時点で企業在籍型職場適応援助促進助成金の支援対象者ではない。

□③：雇用保険の被保険者であり、雇用保険の適用事業所に雇用されている。

□④：雇用保険の被保険者ではないが、精神障害者であり、1週間の所定労働時間

が15時間以上であり、雇用保険の適用事業所に雇用されている。

□⑤：③④ではないが、支援開始日から2か月以内に①または②になることが確実

である。

●事業所（太枠内のみご記入ください。太枠以外の項目は、お電話にて確認し当センターで記入します。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 所 在 地 |  | | |
| 担当者所属  職名・氏名 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 就職日（予定） | 年　　　月　　　日 | | |
| 勤務時間 | 時　　分～　　時　　分 | 休　日 |  |

●ジョブコーチに支援を希望する事項（複数可）

　□職場のルール・マナーの理解　　□職務の遂行　　□職場内のコミュニケーション・人間関係

　□職務の設定・変更　　　　　　　□周囲の理解　　□就業による疲労・ストレスへの対処　　　□その他

|  |
| --- |
| ＜具体的にご記入ください＞ |

●事業所の状況・意向（作業内容、担当者の考えなど）

|  |
| --- |
|  |

●これまでの経過（別途資料でも構いません）

|  |
| --- |
|  |

●利用している支援機関・内容（月１回の相談、毎日通所など）

|  |
| --- |
|  |

●ジョブコーチ支援にあたって留意すべき事項等

|  |
| --- |
|  |

※提供いただいた個人情報は、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」及び当機構の定める

「個人情報の取扱いに関する規程」、その他当機構の定める規定等により適切に取り扱います。

また、当該個人情報は、目的以外には利用いたしません。