

### 職場支援員 詳細

1 職場定着支援計画期間		年 令和4	月 7	日 1	～	年 令和6	月 6	日 30	まで
2 職場支援員の配置又は委嘱の具体的な措置の内容		新たに雇入れた障害者が担当業務を身につけて継続して働くことができるように、職場支援員を配置し、支給対象障害者を常時見守りできる体制を整備する。							
フリガナ		イゲ タロウ				5 配置・委嘱方法 (該当する配置・委嘱方法にチェックを入れてください)		<input checked="" type="checkbox"/> 雇用契約(配置) <input type="checkbox"/> 業務委託契約(委嘱) <input type="checkbox"/> 委嘱契約(委嘱)	
3 職場支援員氏名		稲毛 太郎							
4 職場支援員の生年月日		年 平成3	月 *	日 *					
6	雇用契約の場合(配置)	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	40 時間/週		
		支給対象障害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					<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		
	本助成金、企業在籍型職場適応援助者助成金、障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置の措置)、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))の支給対象として現在支援している障害者	氏名		雇用保険被保険者番号					
		希原 一郎(任籍空・機構)		*****-*****-*					
		千葉 次郎(任籍空・労働局)		*****-*****-*					
業務委託の場合(委嘱)契約	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)	年 月 日 ~ 年 月 日			契約額	円			
7 職場支援員の該当資格等 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 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○を付してください。) <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 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 <input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 iv)障害者職業生活相談員 (資格取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 v)法定必置規定内の産業医以外の医師 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない							
8 職場支援員が現に右記の助成金の支給対象障害者として支援を受けているか		<input type="checkbox"/> 支援を受けている ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 支援を受けていない <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(本助成金を含む) <input type="checkbox"/> 職場適応援助者助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置の措置)) <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 健康相談医師の委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 職業コンサルタントの配置又は委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 在宅勤務コーディネーターの配置又は委嘱助成金							
9 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給対象障害者として支援を受けていたか		<input type="checkbox"/> 支援を受けている ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 支援を受けていない <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(本助成金を含む) <input type="checkbox"/> 職場適応援助者助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 職場支援従事者配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置に係る措置に限る)) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 重度中途障害者等職場適応助成金 <input type="checkbox"/> 健康相談医師の委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 職業コンサルタントの配置又は委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 在宅勤務コーディネーターの配置又は委嘱助成金							
10 国等の委託事業費から職場支援員の人件費が支払われているか		<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない							
11 国等の機関からの補助金等(助成金を含む)から職場支援員の人件費全部が支払われているか		<input type="checkbox"/> いる <input checked="" type="checkbox"/> いない							

### 記入上の注意

- 1 1 「職場定着支援計画期間」欄には、講じる措置の開始予定日及び講じる措置が終了する予定日を記入してください。  
※職場支援員の配置又は委嘱助成金の支給対象期間は最長2年間(支給対象障害者が精神障害者の場合は最長3年間)です。
- 2 2 「職場支援員の配置又は委嘱の具体的な措置の内容」欄には、職場支援員を配置又は委嘱した経緯及び職場定着支援計画の具体的な内容を記入してください。
- 3 5 「配置・委嘱方法」欄には、当該職場支援員の配置又は委嘱の方法にチェックを入れてください。  
6 配置・委嘱方法に応じて、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助成金、企業在籍型職場適応援助者助成金、障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置の措置)、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))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。
- 5 7 職場支援員の該当する資格等について、i)～v)から選択し、左の枠に✓を付した上で、枠内を記入してください。