

(様式第9号(訪))
(**枚 / 全 ** 枚)

(R6.4.1)

支援対象障害者名簿 (支援対象障害者番号 **)

支援対象労働者が勤務する事業所が「支援対象障害者雇用事業所」と異なる場合は記入してください。同一の場合は記載不要です。

支援計画書や支援総合記録票の内容を転記してください。フォローアップ期間がない場合(未定の場合)は移行支援期までの期間を記載してください。

支援計画期間
R**年 **月 **日
～
R**年 **月 **日

集中支援期
R**年 **月 **日
～
R**年 **月 **日

移行支援期
R**年 **月 **日
～
R**年 **月 **日

フォローアップ期間
R**年 **月 **日
～
R**年 **月 **日

精神障害者の追加のフォローアップ期間
年 月 日
～
年 月 日

支援対象障害者番号: R** 年 **

支援対象障害者の「勤務形態」、「雇入(予定)日」については、支給申請期間中に変更がないか雇用事業主に確認して記載してください。

知的障害・B

電話番号: ****-****-****

雇用保険適用: ☒あり ☐なし

名称: 就労継続支援A型事業の利用者は、対象となりません。

勤務先事業所(同上の場合記載不要)

勤務形態: (予定) 週所定労働時間 40 時間/週

雇入(予定)日: R** 年 **月 **日

就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無: ☒あり ☐なし

支援形態

1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援

2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援

3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援

4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

新規支援対象障害者について「計画策定」を請求する場合は、「支援計画期間」が「支給対象期間」に入り、実際に「支援」を開始してから請求してください。

支援形態は1か2を必ず選択してください。3と4は、該当する支援があった場合に選択してください。4を選択した場合は、同日支援を行う事業所名を記載してください。

支援計画期間: R**年 **月 **日

集中支援期: R**年 **月 **日

移行支援期: R**年 **月 **日

フォローアップ期間: R**年 **月 **日

精神障害者の追加のフォローアップ期間: 年 月 日

支援回数計: 10 回

「支援計画書の策定」、「フォローアップ計画書の策定」及び「地域センターが開催するケース会議」に該当する支援を訪問型職場適応援助者が複数名で行った場合は、2人まで申請することができます(P12を参照してください)。その場合は、訪問型職場適応援助者ごとに1行ずつ記載してください。

訪問型職場適応援助者のための支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者(養成研修修了者後1年未満)が資質の向上に係る教育のためペア支援を行う場合も2人まで申請することができます(P12を参照してください)。その場合も訪問型職場適応援助者ごとに1行ずつ記載してください。

1回の支援ごとに(1日に複数回行った場合はその合計)に①4時間以上(精神障害3時間以上)、②4時間未満(精神障害3時間未満)を選択し記載してください(移動時間についてはP11を参照してください)。

様式第10号に記載される職場適応援助者の氏名及び番号を記載してください。

1回の支援ごとに、支援形態は1か2を必ず選択してください。3と4は、該当する支援があった場合に選択し記載してください。

(様式第9号(訪))
(**枚 / 全 ** 枚)

(R6.4.1)

支援対象障害者名簿 (支援対象障害者番号 **)

支給対象期		R** 年 ** 月 ** 日 ~ R** 年 ** 月 ** 日						
(ふりがな) 支援対象障害 者氏名 (生年月日)	まくはり わかば 幕張 若葉 (S** 年 ** 月 ** 日) / ** 歳		障害の種類と等級	中高措置	雇用保険加入			
			知的障害・B	あり なし	あり ・ なし			
支援対象障害 者雇用事業所	住所 〒 261-**** 千葉県千葉市美浜区*****		電話番号		****-****-****			
	名称 株式会社〇〇〇〇							
代表者氏名		関東 一郎		雇用保険適用事業所番号 *****				
勤務先事業所 (同上の場合 記載不要)	住所		名称					
勤務形態	(予定) 週所定労働時間 40 時間/週		雇入(予定) 日		R** 年 ** 月 ** 日			
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無			あり ・ なし					
支援形態	1 地域センターが作成した 支援計画による訪問型職場適 応援助者の支援		2 法人が作成して承認を受けた 支援計画による訪問型職場 適応援助者の支援		3 法人内の支援スキル向上研修 修了者と訪問型職場適応援助者との ペアによる支援			
	4 別の支給申請に係る雇用保 険適用事業所の複数の訪問型職 場適応援助者との同日支援		別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名 (※1)					
			a 社会福祉法人△△△		b			
支援計画期間 R**年 **月 **日 ~ R**年 **月 **日 集中支援期 R**年 **月 **日 ~ R**年 **月 **日 移行支援期 R**年 **月 **日 ~ R**年 **月 **日 フォローアップ期間 R**年 **月 **日 ~ R**年 **月 **日 精神障害者の追加の フォローアップ期間 年 月 日 ~ 年 月 日	今期活動内容	日付	時間数 ①/②	訪問型職場適応援助者 氏名及び番号	支援等の内容 / 支援形態		※1	訪問先等名称
		9月1日 ②		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			株式会社〇〇〇〇
		9月3日 ②		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			千葉障害者職業センター (オンライン)
		9月8日 ①		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4) a			株式会社〇〇〇〇
		9月12日 ②		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			株式会社〇〇〇〇
		9月15日 ②		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			株式会社〇〇〇〇
		10月5日 ①		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			株式会社〇〇〇〇
		10月13日 ①		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			株式会社〇〇〇〇
		10月21日 ②		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			株式会社〇〇〇〇
		10月30日 ②		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			株式会社〇〇〇〇
		11月11日 ②		雇用 太郎 (1)	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ (1・2・3・4)			株式会社〇〇〇〇
				()	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ ()		1・2・3・4	
				()	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ ()		1・2・3・4	
				()	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ ()		1・2・3・4	
				()	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ ()		1・2・3・4	
				()	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ ()		1・2・3・4	
				()	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ ()		1・2・3・4	
				()	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ ()		1・2・3・4	
				()	計画策定・支援・ケース会議・フォローアップ ()		1・2・3・4	
		支援回数計		10 回				