ジョブコーチ支援申込書

令和　　年　　月　　日

北海道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

　下記のとおり、ジョブコーチ支援を申込みます。（※最終的な実施検討についてはご相談の上での判断となります。）

 なお、ジョブコーチ支援に関連する相談を行うために、下記対象者及び事業所、利用中の支援機関には、北海道障害者職業センターへの下記情報提供について同意は得ております。

●対象者（太枠内の氏名、住所、電話番号は記入不要。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　　級・度　□なし） |
| 職業ｾﾝﾀｰ利用 | □あり　□なし　□不明　 |
| 通院・服薬 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし　□不明 |

●事業所（太枠内の事業所名、所在地、担当者所属・職名・氏名、電話番号は記入不要。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　　　□作業の理解　　　□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　　□定期相談・ストレス軽減　　□その他

|  |
| --- |
| ＜具体的にお書き下さい＞ |

●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（別途資料でも結構です）

|  |
| --- |
|  |

●利用している支援機関・担当者名・内容（相談を月1回、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

|  |
| --- |
|  |

●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①⑥⑦及び②～⑥の中で該当する項目についてもチェックしてください。

　（助成金に関するお問合せは労働局にお願いします。）

　①一般被保険者等（雇用保険法第60条の2第1項第1号に規定する一般被

保険者及び同法第37条の2第1項に規定する高年齢被保険者をいう）で

あり、雇用保険の適用事業所に雇用されている。　　　　　　　　　　 →□

 ②支援開始日から2か月以内に①の条件になることが確実である。　　　 →□

　③精神障害者又は発達障害者であり、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。　　　　　　　　　 →□

　　④支援開始日から2か月以内に③の条件になることが確実である。　　　 →□

　　⑤就労継続支援A型事業所における利用者ではない。　　　　　　　 　　→□

　　⑥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 　　→□

※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。