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 | | | |

※企業在籍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。（企業在籍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：現時点で訪問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。