様式第２号（第６条関係)

重度障がい者等就労支援事業支援計画書

年　月　日

□　就労時間が週10時間未満であること

（１）支援を利用する対象者

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  | 住所 | | | |
| 氏名 |  | 〒 - | | | |
| 就業形態 | 民間企業等で雇用　・　自営業等に従事　（どちらかに○） | | 就業開始（予定）年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 主たる障がいの種類 | 身体　・　知的　・　精神　（　　級・度） | 障がい状況 | |  | |
| 障害福祉サービス | 重度訪問介護 / 同行援護 / 行動援護 | 支給決定市町村 | |  | |
| サービス提供事業所 |  | 特定相談支援事業所 | |  | |
| 支援が必要な介助等 |  | | | | |
|  | | | | | |

（２）職場環境等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | フリガナ |  | | |
| 事業所名 |  | 所在地 |  | | |
| 所定労働日 | 月　/　火　/　水　/　木　/　金　/　土　/　日　/　不定期（週　　　日勤務） | | | 所定労働時間 |  |
| 勤務場所 | 自宅内　/　会社内　/　自宅と会社両方　/　その他（　　　　　　 ） | | | 休憩時間 |  |
| 業務内容 | パソコン等を使ったデスクワーク　　/　　　軽作業等の労務　　/　　　その他 | | | | |
| 業務内容詳細 |  | | | | |
| 必要な機器等 |  | | | | |
| 通勤の有無 | 有　・　無　　（毎日　・　週　　回　・　月　　回） | 経路 |  | | |
| 勤務時間中の移動 | 職場内の移動　有　・　無　　職場外の移動　有　・　無 | 所要時間（片道）　　　　　分 | | | |
| 執務環境  （会社内） | 車いすトイレ 有　/　無　　・手すり　有　/　無　　・エレベーター　有　/　無　　・入口から執務スペースまでの段差　有　/　無 | | | | |
| 休憩スペース　有 /　無　　・移動範囲内の障害物　有 /　無　　・視覚障害者用誘導用ブロック　有　/　無　　・支援者等の部外者の執務同席　可　/　不可 | | | | | |
| 執務環境  （自宅・その他） |  | | | | |
|  | | | | | |
| コミュニケーションの手段 | 直接口頭　/　　電話　/　メール　/　手話　/　筆談　/　点字資料　/　音声ソフト活用　/　ＴＶ電話　/　その他（　　　　　　　） | | | | |
| 雇用管理上の担当者名 |  | 安全衛生面の担当者名 |  | | |
| 職業生活面の担当者名 |  | その他担当者名 |  | | |
| その他、可能な合理的配慮の取組 |  | | | | |
|  | | | | | |

（３）必要な支援内容

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職場介助 | 対象者の標準的な業務の流れと、勤務に対応した職場介助者の介助内容 | | | | | | | | |
| 時刻の目安 | 業務内容 | 介助内容 | （A)助成金の対象となる支援時間の目安 | | | | (B)その他必要な支援時間の目安 | |
| 始業  （　:　） |  |  |  | | | |  | |
|  |
| 終業  （　:　） |
| （Ａ）助成金の対象となる支援時間の目安 | | | | | | |
| 合計時間（1日） | | | |  | 分程度 | |
|  | | | | | | |
| （B)その他必要な支援  　具体的に介助が必要な場面  　　○見守り　　　　　有　/　無　○　姿勢の調整　　有　/　無　○　喀痰吸引　　　　　　有　/　無  　　○トイレ介助　　　有　/　無　○　給水　　　　　有　/　無　○　体位交換　　　　　　有　/　無  　　○食事介助　　　　有　/　無　○　衣服着脱　　　有　/　無　○　　　　　　　　　　　有　/　無 | | | | | | | | |
| （Ｂ）その他必要な支援時間の目安  合計時間（1日） | | | | | |  | | 分程度 |
|  | | | | | | | | |
| （Ａ）＋（Ｂ）（注：所定労働時間を超えない範囲で記載） | | | | | | | | | |
| 合計時間（1日） | | | | | | |  | | 分程度 |
|  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 備考 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通勤支援 | 通勤支援実施年月日　　　年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日（終了日が当該申請年度を超える場合は当該申請年度の3月31日まで）  通勤支援が必要な日　　　月　　/　　火　　/　　水　　/　　木　　/　　金　　/　　土　　/　　日　　/　不定期（月　　　　　日）  支援の必要性　　　　全介助　・　一部介助　・　見守りのみ　（計画作成時点において必要な支援に○をつける）  通勤時間帯（開始時間～終了時間）　　介助及び見守りが必要な場所（※一部介助・見守りのみを選択した場合に記載） | | | | | | |
|  | 時　　　　　　　時 |  |  | | |  |
| 時　　　　　　　時 |  | | |
| 時　　　　　　　時 |  | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | 支援計画書作成年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | |

|  |
| --- |
| 市町村等確認使用欄  連絡先（市町村名・担当部署等） |