

(3) 必要な支援内容

職場 介 助	職場介助支援実施年月日 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)				
	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		

(支援対象障害者の週所定労働時間が10時間未満(予定)の場合)年度末までの所定労働時間引き上げ計画

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	令和	年	月	日
------------	----	---	---	---

【助成金に係る確認事項】(重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金及び重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金を利用する場合にご確認下さい。)

以下の事項に当てはまるか確認ください(該当していれば□にレ点を入れてください)。

支援対象障害者の居住地等の市町村等において「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」を実施している。

支援対象障害者は、

①「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」(本計画書の(3)B「その他必要な支援」が必要な者、通勤支援における「4ヶ月目からの支援」が必要な者)の対象者(ごあんない1頁参照)である。

②「身体障害者、知的障害者又は精神障害者」(ごあんない9頁参照)である。

③「常時雇用する労働者」(ごあんない9頁参照)である。

助成金の支給対象措置は、次のいずれかの措置である。

・支給対象障害者が主体的に業務を遂行するために必要不可欠な、次の介助の業務(遠隔地にいる職場介助者が情報通信機器を介して支給対象障害者に対して行う業務を含む。障害特性が理由で行うことが出来ない作業部分のみの代行が対象であり、支給対象障害者に代わって介助者が判断し遂行する業務は対象外となること。)

イ PC等業務に要する機器による情報アクセス・入力(文・デザイン等の創案を除く)・出力等に係る操作、書類の頁めくり、文字盤・口文字等の読み取り

ロ 代読・代筆(文・デザイン等の創案を除く)、録音図書の作成

ハ 書類等の整理

ニ 業務上の移動・外出に係る付添い(介助者による自動車の運転を除く)

通勤支援は、公共交通機関を利用する通勤に対するものである。 ※「3か月目までの支援」が助成対象である。

助成金は、事業主が、支援計画書のほか、必要書類をもって、別途申請する。

市町村等確認使用欄

連絡先(市町村名・担当部署等)

JIED確認使用欄

確認番号

連絡先(担当支部名等)