

発達障害者・難治性疾患患者雇用開発助成金雇用管理事項報告書

- 1 支給番号 ( )
- 2 支給対象期 ( 第1期 第2期 第3期 第4期 )※該当する期間に○を付けてください。
- 3 事業所名称 ( )
- 4 事業所番号 ( )
- 5 対象労働者氏名 ( )
- 6 対象労働者の診断名・病名 ( 発達障害 ・ 難治性疾患 診断名・病名 )  
※該当する方に○を付けた上で診断名又は病名を記載してください。
- 7 雇用管理に関する事項  
※ 対象労働者と直接仕事のやりとりをする立場にある同僚や、仕事全体の管理を行う直属の上司に確認のうえ、以下の表に記入してください。

	①	②	③
	障害や疾病のために事業主として戸惑っている事項等、雇用管理に当たって課題となる事項を記入してください。	事業所において配慮している事項を記入してください。必ずしも①に対応する配慮事項に限定する必要はありません。	雇入れ前の不安や心配が解消されたなど、雇入れ後に気づいた点等、自由に記入してください。
職務遂行面			
コミュニケーション・対人関係面			
健康管理面			
その他			

平成 年 月 日

労働局長 殿  
( 公共職業安定所長 )

事業主  
又は

所在地  
名称  
氏名

印

※申請者が代理人の場合、右上欄に代理人の記名押印等を、右下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者の場合、右上欄に事業主の記名押印等を右下欄に申請者の記名押印等をしてください。

事業主  
又は  
社会保険労務士  
(提出代行者・事務代理者の表示)

所在地  
名称  
氏名

印

注) この様式は必要事項を記載して、第1期、第2期、第3期、第4期支給申請書提出時に提出して下さい。