

【 集中支援期 ・ 移行支援期 ・ フォローアップ 】

支援実施事業主

支援対象労働者氏名		職場適応援助者	
支援対象事業主			
支援日時	平成 年 月 日 (曜日) [第 日]	(支援時間) : ~ :	
		(うち移動時間) : ~ :	
		(うち移動時間) : ~ :	
訪問場所等	事業所 ・ 地域センター ・ その他()		
当日の職務内容・特記すべき作業環境等			
区分	支援事項	支援内容・観察事項等	
対象労働者支援			
事業主支援			
家族支援			
関係機関への協力要請事項			
その他(所見等)			

※ 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち訪問型職場適応援助に係る支給を受ける事業主は、その行った支援について、本票による支援日誌を作成・保管することが必要です。支給申請時にはサンプルとして、支給対象期の最初の支援日に係る本票を1枚添付して下さい。また、支援が適切に実施されたことを確認するため、労働局から求められた場合には支援日誌を提出して下さい。支援日誌は支援を行った日の属する年度の終了後5年間保管が必要です。