農福連携向け障がい者試験雇用支援　　就労・実習計画書

提出日　　　 年　　 月　　 日

美瑛町農福連携推進協議会会長　殿

（申請者） 住　　所　〒

美瑛町

氏　　名　　　　　　　　　　　　 ㊞

電話番号

標記について、別紙のとおり提出します。

農福連携向け障がい者試験雇用について、次のとおり実施します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 試験雇用対象者 | フリガナ | 　 | 生年月日年　　齢 | 　　　年　　　月　　　日　　　　　（　　　　歳） |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | (〒　　　　　　　　) | 電話番号 | 　 |
| 障がい者手帳等の種類 | ・身体障がい者手帳(６級以上)・療育手帳・精神保健福祉手帳・自立支援医療費(精神通院)支給認定受給者証 |
| 所属 | ・就労移行支援事業所・就労継続支援Ａ型事業所・就労継続支援Ｂ型事業所・無し・その他 (　　　　　　　　) | 所属施設名 | 　 |
| 所属施設住所・電話番号 | (〒　　　　　　　　)(電話番号　　　　　　　　) |
| 実施内容 | 受入方法 | ・雇用・施設外就労・実習 | 試験雇用期間 | 　　　日間(　　　　年　　月　　日から 　　　　年　　月　　日まで) |
| 予定作業時間 | １日当たり作業　　 時間　　 分 (　　 時　　分から　　 時　　分まで)１週当たり作業　　 時間　　 分 (１週当たり作業日数　　　　　　日間)１月当たり作業　　 時間　　 分 (１月当たり作業日数　　　　　　日間) |
| 予定作業 | （農畜林産物の品目）（作業内容） |
| 試験雇用後の受入継続のための要件 | 　 |
| 試験雇用対象者署名欄 | 　上記の内容により農福連携向け障がい者試験雇用を実施することについて、相違ないことを確認し、同意しました。（対象者本人自署欄） |
| 支援要件了承欄 | 農福連携向け障がい者試験雇用支援に係る支出基準に規定された要件について、内容を確認し、了承しました。　□ |