大北圏域障害者就業・生活支援センター指定希望調書

（記入欄は適宜拡縮可とします。）

（1）法人の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 障がい者雇用の状況 | 法定雇用障がい者数の算定の基礎となる職員数 | 障がい者の数 | 実雇用率 | 不足数 |
|  |  |  |  |
| 主な事業、事業所等 |  |
| センター　所在予定地 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者連絡先 | 住所：電話番号：　　　　　　　　　　FAX：E-mail： |

（2）支援対象障がい者の継続的な確保の見通し、確保方法等

　　 （※大北圏域でセンター業務を実施するにあたって、支援対象障がい者を継続的に確保する見込み、確保する方法について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（3）基礎訓練の方法及び基礎訓練を実施する併設施設・提携施設確保の見通し

 （※センター業務実施の前段階として、支援対象障がい者との信頼関係構築や就労に関する能力の判定のために実施する「基礎訓練」の方法及び同訓練を実施する施設確保の見通しについて記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（4）連携を予定する関係機関、連携方法の計画

（※センター業務を実施するにあたって連携を予定する大北圏域内外の関係機関及び連携の方法について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（5）センター業務の実施体制に係る計画

　　（※センター業務の実施体制に関して、配置人員の計画（配置予定者が決まっている場合は下記項目すべて、未定の場合は「配置者選任の検討要素等」のみ）を記載し、その他法人からのサポート体制の構築計画等あれば記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 配置予定者氏名 | 支援経験年数等 | 配置者選任の検討要素等（支援経験、支援技能等の検討事項） |
| 主任就業支援ワーカー |  |  |  |
| 就業支援ワーカー |  |  |  |
| 生活支援ワーカー |  |  |  |
| ※（入力する場合職名記入） |  |  |  |
| その他センター業務実施にあたっての法人のサポート体制等 |

（6）障がい者の職業訓練及び職場実習等の場の確保の見通し、確保方法

　　（※支援対象障がい者の職業訓練及び職場実習の場の確保見通し、確保方法について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（7）雇用の場の確保の見通し

（※支援対象障がい者の雇用の場の確保見通し、確保方法について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（8）地元自治体の関与の状況

　（※地元自治体（県・市町村の福祉・雇用担当部局）との連携状況や、障がい者関係事業の受託実績等について記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

（9）当該法人における障がい者の就業に関する支援活動の状況

① 過去３年間における就職者数及び職場実習件数

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和２年度（１～３月） | 令和３年度（４～３月） | 令和４年度（４～３月） | 令和５年度（４～12月） | 計 |
| 就職者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 職場実習件数 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |

注１）障害者就業・生活支援センター事業（雇用安定等事業）を現在受託している法人にあっては、当該事業による実績は計上しないこと。

注２）就職者及び職場実習の実績については、参考資料として、就業（実習）先の業種・職種（職務）、就職時期（実習期間）等のリストを添付すること。なお、いずれも個人名、事業所名の記載は記号（イニシャル等）にすること。（自由様式）

注３）法人の有する施設がセンターの活動予定地域外にもある場合、センターの活動予定地域に所在する法人施設の実績のみを計上することとし、括弧（　）内に法人全体の実績を計上すること。（注２のリストは、センターの活動予定地域に所在する法人施設の実績で可。）

　②今後３年間における就職者数及び職場実習件数の見込み

　　※活動を行う地域における今後の実績見込み

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和５年度（１～３月） | 令和６年度（４～３月） | 令和７年度（４～３月） | 令和８年度（４～３月） | 計 |
| 就職者数 | 名 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 職場実習件数 | 件 | 件 | 件 | 件 | 件 |

　　　（※上記の実績見込みの根拠を記入してください。）

|  |
| --- |
|  |

③ その他障がい者に対する就業支援の活動実績

ａ　職場適応援助者助成金の認定を受けた第１号職場適応援助者の有無（いずれかに○）

（　　）あり　　→認定を受けた第１号職場適応援助者の人数　　　　人（法人全体で）

（　　）なし

ｂ　障がい者の態様に応じた多様な委託訓練の受託実施の有無　（いずれかに○）

（　　）あり　　→令和４年度の訓練実施者数　　　人

（　　）なし

c　就労移行支援事業の実施の有無　（いずれかに○）

（　　）既に実施

（　　）実施を予定　　　→実施予定時期　　　年　　月から

（　　）実施予定なし　　→実施しない理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

d　その他支援活動に関する特記事項

|  |
| --- |
|  |

（10）対象障がい者への支援業務開始可能時期

　　 （※いずれかに○。原則４月から支援業務開始を予定しますが、特段の理由をもって４月以外の月に支援業務開始を予定する際には、その理由を記載してください。）

（　　　）４月開始が可能

（　　　）４月以外の月から開始予定（開始予定月：　　　月）

（→理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（11） 記載項目に関する特記事項、補足事項等

|  |
| --- |
|  |