様式第１号（第６条関係）

井原市障害者職場実習計画書

年　　月　　日

井原市長　　　　殿

職場実習受入事業所

所在地

事業所名

代表者職・氏名

井原市障害者職場実習奨励金の交付を受けたいので、井原市障害者職場実習奨励金交付要綱第６条第１項の規定により、次のとおり井原市障害者職場実習奨励金に係る職場実習の計画書を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習生 | 氏名 |  |
| 住所 | 井原市 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　　　歳　） |
| 手帳の種類・  番号又は病名 | 手帳　（番号　　　　　　　　　　　　）  病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| あっせん機関名 | |  |
| 実習先 | 実習場所名称 |  |
| 所在地 |  |
| 実習援助者  （職・氏名） |  |
| 実習期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）から  令和　　　年　　　月　　　日（　　）まで　　　　　日間 |
| 実習時間 | | 午前・午後　　時　　分から　午前・午後　　時　　分まで |
| 実習内容 | |  |
| 実習目的  該当するものに☑する  （複数回答可） | | * 就労意欲の習得　　　　　□　作業適性の確認 * 労働習慣習得の確認　　　□　職場環境適性の確認 * その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 | |  |

様式第２号（第６条関係）

井原市障害者職場実習あっせん証明書

年　　月　　日

井原市長　　　　殿

職場実習あっせん機関

所在地

名　称

代表者職・氏名

下記のとおり、職場実習をあっせんしましたので、井原市障害者職場実習奨励金交付要綱第６条第１項の規定により証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習期間 | | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）から  令和　　　年　　　月　　　日（　　）まで　　　　日間 |
| 実習先 | 実習場所名称 |  |
| 所在地 |  |
| 実習生 | 氏名 |  |
| 住所 | 井原市 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　　　歳　） |
| 障害の区分 | 身体障害 　知的障害 　精神障害 　発達障害 　その他 |
| あっせん機関名  及び担当者名 | |  |

様式第３号（第６条関係）

井原市障害者職場実習計画変更届

年　　月　　日

井原市長　　　　殿

職場実習受入事業所

所在地

事業所名

代表者職・氏名

井原市障害者職場実習計画書を下記のとおり（変更する・中止する）ことになりましたので、井原市障害者職場実習奨励金交付要綱第６条第３項の規定により、下記のとおり届出します。

　　１　変更・中止の理由

　　２　変更の内容

　　　　　変更前

　　　　　変更後

様式第４号（第７条関係）

井原市障害者職場実習奨励金交付申請書（事業主用）

年　　月　　日

井原市長　　　　殿

職場実習受入事業所

所在地

事業所名

代表者職・氏名

井原市障害者職場実習奨励金の交付を受けたいので、井原市障害者職場実習奨励金交付要綱第７条第１項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　申請額内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習生 | 氏名 |  | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（　　　　　歳　） | |
| 実習先 | 実習場所名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 奨励金 | 実習期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）から  令和　　　年　　　月　　　日（　　）まで　　　　日間 | |
| 内訳 | ４時間未満の実習日　　　　　日×２，０００円 |
| ４時間以上の実習日　　　　　日×４，０００円 |

※添付書類　(1)　井原市障害者職場実習報告書

(2)　その他市長が必要と認める書類

様式第５号（第７条関係）

井原市障害者職場実習報告書

年　　月　　日

井原市長　　　　殿

職場実習受入事業所

所在地

事業所名

代表者職・氏名

井原市障害者職場実習奨励金に係る職場実習の状況について、井原市障害者職場実習奨励金交付要綱第７条第１項の規定により、次のとおり報告します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実習生氏名 |  | |
|  | | |
| 実習日 | 実習時間 | 実習内容（具体的に記入） |
| 年 　月 　日 | 時 　分～　 時 　分(　　時間) |  |
| 年 　月 　日 | 時 　分～　 時 　分(　　時間) |  |
| 年 　月 　日 | 時 　分～　 時 　分(　　時間) |  |
| 年 　月 　日 | 時 　分～　 時 　分(　　時間) |  |
| 年 　月 　日 | 時 　分～　 時 　分(　　時間) |  |
| 年 　月 　日 | 時 　分～　 時 　分(　　時間) |  |
|  | | |
| 実習目的に対する  評価 |  | |

様式第６号（第７条関係）

井原市障害者職場実習奨励金交付申請書（実習者用）

年　　月　　日

井原市長　　　　殿

職場実習者

住所

氏名

井原市障害者職場実習奨励金の交付を受けたいので、井原市障害者職場実習奨励金交付要綱第７条第２項の規定により、次のとおり申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　申請額内訳

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実習先 | 実習場所名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 奨励金 | 実習期間 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）から  令和　　　年　　　月　　　日（　　）まで　　　　日間 | |
| 内訳 | ４時間未満の実習日　　　　　　日　×２００円 |
| ４時間以上の実習日　　　　　　日　×４００円 |

※添付書類　(1)　障害者手帳の写し若しくは診断書等

(2)　その他市長が必要と認める書類