

愛知県発達障害者就労支援事業(フォローアップ事業)支給要領

(趣旨)

第1 この要領は、発達障害者の就労を支援するために実施する、職場適応援助者及び障害者就労支援者(以下「ジョブコーチ等」という。)によるフォローアップ事業に係る費用の支給について必要な事項を定める。

(定義)

第2 この要領において「発達障害者」とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものをいう。

(対象者)

第3 フォローアップ事業の支援対象者は、独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構(以下「機構」という。)による職場適応援助者の支援により、発達障害者支援法が施行された平成17年4月1日以降に就職した発達障害者及びその発達障害者を雇用している事業主等とする。

(申請)

第4 機構による支援事業終了後、引き続きジョブコーチ等による支援が必要な場合は、ジョブコーチ等の所属する法人(以下「所属法人」という。)が、対象となる発達障害者及び事業主等の申し出を取りまとめて、申請書(様式第1の1)を県へ提出する。

2 申請内容に変更がある場合は、所属法人が変更申請書(様式第1の2)を県へ提出する。

(支援計画)

第5 ジョブコーチ等は、フォローアップ事業の支援計画書(様式第2の1)を作成し、所属法人が申請の際に県へ提出する。

2 支援計画内容に変更がある場合は、支援計画変更書(様式第2の2)を作成し、所属法人が変更申請の際に県へ提出する。

(支援期間)

第6 ジョブコーチ等によるフォローアップ事業は、支援対象障害者1人につき1か月間に2回又は1年間に24回を限度とする。ただし、限度を超えて支援が必要となる場合は、年度ごとに予算の範囲内で実施できるものとする。

2 支援期間は、機構によるジョブコーチ支援の終了後5年以内とし、最長3年間とする。

(決定)

第7 県は、申請書及び支援計画書の内容を確認し、支援の実施を決定し、決定通知書(様式第3)を発行する。

2 県は、変更申請書及び支援計画変更書の内容を確認し、支援内容の変更を決定し、

変更決定通知書(様式第3)を発行する。

(報告)

第8 ジョブコーチ等は、支援実績について、実施報告書(様式第4)を支援を実施した月の翌月5日までに県へ提出する。

(支給額)

第9 ジョブコーチ等が事業所等に派遣された時間が3時間以上の場合は1日分、3時間未満の場合は半日分の費用弁償とする。

2 1日分の支給額は14,200円、半日分の支給額は7,100円とする。

(支給決定)

第10 県は、第8に基づく実施報告書の提出のあった所属法人に対し、支給決定通知書(様式第5)を発行する。

(請求方法)

第11 所属法人は、支給決定通知書を受領したときは、速やかに請求書(様式第6)により知事に支給請求をしなければならない。

(返還)

第12 県は、所属法人が不正により派遣費用を受給したことが明らかとなったときは、派遣費用の全額又は一部の返還を命じることができる。

(検査)

第13 県は、必要があると認めるときは、派遣事業所又は所属法人へ立ち入り、その実施状況を検査することができる。

(雑則)

第14 この要領に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附則

この要領は、平成20年4月1日から施行する。

附則

平成21年2月20日一部改正

この要領は、平成21年2月20日から施行する。

(様式第1の1)

平成 年 月 日

愛知県発達障害者就労支援事業
(フォローアップ事業)申請書

愛知県知事

殿

申請者

所在地

法人名

代表者名

印

下記のとおり、フォローアップ事業を必要としているとの申し出があり、同意を得ていますので申請します。

記

1 支援対象となる発達障害者	
氏名	
住所	
機構によるジョブコーチ支援開始日及び終了日	開始日 平成 年 月 日
	終了日 平成 年 月 日
就職年月日	平成 年 月 日
2 支援対象となる事業所等	
事業所名	
代表者名	
所在地	
3 支援するジョブコーチ等	
氏名	
所属	
所在地	
連絡先電話番号	

障害者就労支援者が支援する場合は、講習会修了証の写しを添付すること。

(様式第1の2)

平成 年 月 日

愛知県発達障害者就労支援事業
(フォローアップ事業)変更申請書

愛知県知事

殿

申請者

所在地

法人名

代表者名

印

平成 年 月 日付け 就促第 号で決定されたフォローアップ事業による
支援内容を別紙支援計画変更書(様式第2の2)のとおり変更したいので申請します。

(様式第2の1)

愛知県発達障害者就労支援事業
(フォローアップ事業)支援計画書

(平成 年 月分)

法人名

支援対象者氏名		
派遣事業所	所在地	
	事業所名	
	代表者名	
就職年月日	平成 年 月 日	
支援計画	支援期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	支援予定日時	
	支援内容	
	シヨブコチ等氏名	
	支援予定日時	
	支援内容	
	シヨブコチ等氏名	
	備考	

支援計画書は1か月分ずつ作成してください。

(様式第2の2)

愛知県発達障害者就労支援事業
(フォローアップ事業)支援計画変更書

(平成 年 月分)

法人名

支援対象者氏名		
派遣事業所	所在地	
	事業所名	
	代表者名	
就職年月日	平成 年 月 日	
変更後支援計画	支援期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	支援予定日時	
	支援内容	
	シヨブコチ等氏名	
	支援予定日時	
	支援内容	
	シヨブコチ等氏名	
	計画変更理由	
備考		

支援計画変更書は1か月分ずつ作成してください。

(様式第3)

平成 年 月 日

愛知県発達障害者就労支援事業
(フォローアップ事業)実施(決定・変更決定)通知書

法人名
代表者名 様

愛知県知事 印

平成 年 月 日付けで申請のありました愛知県発達障害者就労支援事業
(フォローアップ事業)については、(支援・支援計画の変更)が必要であると認めら
れますので、下記のとおりジョブコーチ等を派遣してください。

なお、実施報告書を支援した翌月の5日までに県へ提出してください。

記

- 1 支援対象者氏名
- 2 派遣先事業所
 - (1) 所在地
 - (2) 事業所名
 - (3) 代表者名
- 3 派遣期間
- 4 支援内容
- 5 ジョブコーチ等氏名

(様式第4)

平成 年 月 日

愛知県発達障害者就労支援事業
(フォローアップ事業)実施報告書

愛知県知事

殿

申請者

所在地

法人名

代表者名

印

平成 年 月 日付け 就促第 号で(決定・変更決定)されたフォローアップ事業の実施状況を別紙のとおり報告します。

(別紙)

(平成 年 月分)

法人名

支援対象者氏名		
派遣事業所	所在地	
	事業所名	
	担当者所属氏名	印
就職年月日	平成 年 月 日	
支援実績	支援日時	
	支援内容	
	シヨブコチ等氏名	
	支援日時	
	支援内容	
	シヨブコチ等氏名	
備考		

実施報告書は1か月分ずつ作成してください。

(様式第5)

平成 年 月 日

愛知県発達障害者就労支援事業
(フォローアップ事業)支給決定通知書

法人名
代表者名 様

愛知県知事 印

愛知県障害者就労支援事業(フォローアップ事業)について、実施報告書に基づき下記のとおりジョブコーチ等派遣費用の額を決定します。

記

- 1 支援期間
- 2 支援日数
- 3 支給額

(様式第6)

請 求 書

金 円

但し、愛知県発達障害者就労支援事業(フォローアップ事業)
に係るジョブコーチ等派遣費用
(平成 年 月分)

愛知県知事 殿

平成 年 月 日

請求者

所在地

法人名

代表者名

印