

支援計画書

利用する助成金等(該当する助成金等の□にレ点を入れます。)

- ☐ 重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金
- ☐ 大阪市重度障がい者等就業支援事業
- ☐ 重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金

(1) 支援を利用する対象者

(フリガナ)	住所		
氏名	〒 -		
就業形態	民間企業等で雇用 ・ 自営業等に従事 (どちらかに○)	就業開始 (予定) 年月日	年 月 日
主たる障がいの種類	身体 ・ 知的 ・ 精神 (級・度)	障がい状況	
障がい福祉サービス	重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護	支給決定市町村	
サービス提供事業所		特定相談支援事業所	
支援が必要な介助等			

(2) 職場環境等

フリガナ		フリガナ	
事業所名		所在地	
所定労働日	月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 / 日 / 不定期 (週 日勤務)	所定労働時間	
勤務場所	自宅内 / 会社内 / 自宅と会社両方 / その他 ()	休憩時間	
業務内容	パソコン等を使ったデスクワーク / 軽作業等の労務 / その他		
業務内容詳細			
必要な機器等			
通勤の有無	有 ・ 無 (毎日 ・ 週 回 ・ 月 回)	経路	
勤務時間中の移動	職場内の移動 有 ・ 無 職場外の移動 有 ・ 無	所要時間 (片道) 分	
執務環境 (会社内)	車いすトイレ 有 / 無 ・ 手すり 有 / 無 ・ エレベーター 有 / 無 ・ 入口から執務スペースまでの段差 有 / 無		
休憩スペース 有 / 無 ・ 移動範囲内の障害物 有 / 無 ・ 視覚障害者用誘導用ブロック 有 / 無 ・ 支援者等の部外者の執務同席 可 / 不可			
執務環境 (自宅・その他)			
コミュニケーションの手段	直接口頭 / 電話 / メール / 手話 / 筆談 / 点字資料 / 音声ソフト活用 / TV電話 / その他 ()		
雇用管理上の担当者名		安全衛生面の担当者名	
職業生活面の担当者名		その他担当者名	
その他、可能な合理的配慮の取組			

(3) 必要な支援内容

職場 介助	対象者の標準的な業務の流れと、勤務に対応した職場介助者の介助内容				
	時刻の目安	業務内容	介助内容	(A)業務介助等時間の目安	(B)その他必要な支援時間の目安
	始業 (:)				
	終業 (:)				
				(A) 業務支援にかかる 合計時間 (1日)	分程度
	(B)その他必要な支援				
具体的に介助が必要な場面					
○見守り	有 / 無	○ 姿勢の調整	有 / 無	○ 喀痰吸引	有 / 無
○トイレ介助	有 / 無	○ 給水	有 / 無	○ 体位交換	有 / 無
○食事介助	有 / 無	○ 衣服着脱	有 / 無	○	有 / 無
			(B) その他必要な支援に係る 合計時間 (1日)	分程度	
			(A) + (B) (注：所定労働時間を超えない範囲で記載) 合計時間 (1日)	分程度	

(支援対象障害者の週所定労働時間が10時間未満（予定）の場合）年度末までの所定労働時間引き上げ計画