

障害者トライアル雇用等実施計画書
(障害者トライアル雇用・障害者短時間トライアル雇用)

労働局長 殿
障害者公共職業安定所長

提出日 令和 6 年 6 月 12 日

(〒 168-0063)

事業主 所在地 提出代行者 所在地 東京都練馬区東大泉3-18-12

名称 名称 つながる社労士事務所

氏名 氏名 鈴木正行

標記について、次のとおり提出します。

①	障害者トライアル雇用等実施事業所	名称 株式会社	所在地 (〒 168-0063)	電話番号 〒 168-0063	電話番号 〒 168-0063
		担当者	所属・役職 氏名	電話番号 FAX	
		雇用保険 適用事業所番号	〒 168-0063		
②	支給要件了承欄	トライアル雇用助成金（障害者トライアルコース又は障害者短時間トライアルコース）の支給を受けるためには、トライアル雇用助成金（障害者（短時間）トライアルコース）支給対象事業主要件票（実施様式第2号）に記載する要件があることを了承しました。 はい ☒ いいえ ☐			
③	障害者トライアル雇用等対象者	フリガナ	生年月日 年齢	昭和 平成 年 月 日生 (歳)	
④	障害者トライアル雇用等求人が紹介	氏名	障害の種類	身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ その他 ()	
		紹介機関	安定所 ・ 運輸局 ・ 職業紹介事業者等 (名称)		
		求人番号 (ハローワーク紹介の場合)	〒 168-0063		
⑤		障害者トライアル雇用等期間	(令和 6 年 月 3 日 から 令和 6 年 月 2 日 まで)		
		所定労働時間	9:00 から 18:00 まで (1週間) 当たりの所定労働時間 20時間 (通常の労働者の所定労働時間 40時間)		
	障害者トライアル雇用等実施内容	テレワーク勤務	1週間の所定労働時間の2分の1以上がテレワーク勤務となる予定ですか？ ☒ はい ☐ いいえ ☐ テレワーク勤務をさせる予定はない		
		継続雇用する労働者として雇用するための要件	・フルタイムの従業員として通常業務を遂行できること ・社会人として最低限のマナーやルールを守って業務をこなせること ・エンジニアとしてトライアル雇用期間中に学んだことを理解し、1人で作業を進めることができること		
⑥	対象者の同意	上記の内容 (②を除く。) 及び別途交付した雇用契約書等により障害者トライアル雇用等を行うことについて、対象者本人に相違ないことを確認し、同意を得ましたか。 ☒ はい ☐ いいえ			
	備考				

※障害者トライアル雇用等開始日から2週間以内に提出してください。

※記載に当たっては裏面をご覧ください。

※事務処理欄には記入しないでください。

事	受理年月日	年 月 日
	受理番号	