

(様式 2)

在宅就労における同意書

〇〇〇〇事業所 管理者 様

私は、【移行 ・ 就A ・ 就B】で在宅就労支援を希望し、具体的な支援内容や支援効果の説明を受け、____年__月__日から____年__月__日までに在宅就労支援を受けることに同意します。

(受給者証番号) _____ (通知要件) ① ② ③

(裏面参照)

(在宅就労支援を希望する理由) _____

(在宅における作業内容) _____

(利用者チェック欄) 確認した項目に✓

- 生産活動に見合った工賃であること
- 必要な作業活動や訓練内容が常時確保されていること
- 1日2回以上、連絡や助言を受けられること
- 月1日以上は訪問や通所により、支援効果の評価を受けられること
- 原則通所のため在宅就労の適切性、その期間の必要性があること

以下は在宅就労支援の開始後1年ごとに記載

事業所
記載

直近1年の在宅就労の内容、支援による効果(通所の見通し)

(該当利用者の在宅就労による生産活動収入の概算) _____円/月

利用者
記載

上記チェック項目は守られていますか (はい ・ いいえ)

事業者の支援により、自身が成長したこと(事業者への要望含)

第三者(計画相談支援や就労選択支援(中立性から別法人))確認欄

年 月 日

(説明者氏名) _____

(利用者氏名) _____

※事業所は本同意書の写しを利用者に交付すること。

(様式2)

(参考) 通知要件に関する抜粋

札幌市において「在宅 就労 支援による効果が認められると市町村が判断する
場合」とは、次の①から③までのいずれかに該当するものとする。

① 重度障がい（筋ジストロフィーや頸髄損傷、視覚聴覚言語機能、呼吸器機能、
高次脳機能の重度の手帳所持者、その他難病の障がい等）により通所が難
しい場合。

② 精神障がいにより通所が難しい場合と以下の観点を踏まえて札幌市が判断でき
ること。

ア 在宅 就労 支援の開始後6か月まで

対面による支援を工夫し、実施に努めること。かかりつけ医から通所により
状態悪化につながるか否か本人に確認するなど、在宅 就労 支援の適切性、
当該期間の必要性があること。

イ 開始後6か月から1年まで

それでも通所が難しい状態であれば医療等による支援が優先される場合も
想定されるため、医師の意見書（任意様式）や当該医師の意見を記載した支援
記録の写し等により在宅 就労 支援の適切性が確認できること。

ウ 開始後1年を超える場合（以後1年ごとを含む）

イに加えて、指定事業所以外の計画相談支援や就労 選択 支援による必要性
が確認できること（中立性を確保するために原則として別法人の事業所に限
る）。また、かかりつけ医等に確認を行い、原則として、通所により状態
悪化につながる場合のみ認められるため留意すること。

※ 上記は在宅 就労 支援を一度 終了 した後に再開する場合であっても、初め
て在宅 就労 支援を開始した時点から計算することとする。

※ 上記は各利用者ごとに判断するため、該当利用者が別事業所の支援を受ける
場合であっても、当初の事業所が在宅 就労 支援を開始した時点から計算するこ
ととする。

③ 以下の例のように札幌市が特に必要性を認めた場合（この場合は慎重な審査を
行うため日数を要することに留意すること）。

・ 中度の身体障がいや知的障がいなどにより通所が著しく難しい場合

・ ②による者が、状態悪化等を理由に在宅 就労 支援を一度 終了 した後、改
めて在宅 就労 支援を受けようとする場合