様式２

障害者就業・生活支援センター事業 審査基準に係る事項

１　障害者就業・生活支援センター事業実施予定施設の状況

（１）名称

（２）住所

（３）施設種別

（４）定員

（５）職員（職種別）

２　配置予定職員の状況

（１）主任就業支援担当者

ア　障害者支援の経験（７年程度以上）

施設名	期間	業務内容

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

イ　就労支援の経験（３年以上）

施設名	期間	業務内容

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

（２）就業支援担当者

障害者支援の経験（１年以上）

施設名	期間	業務内容

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

（３）生活支援担当者

障害者の生活支援の経験

施設名	期間	業務内容

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

３　活動を行う地域にある公共職業安定所、地域障害者職業センター、社会福祉施設、医療施設、特別支援学校及び精神保健福祉センターその他の関係機関との連携状況

（任意の様式により提出。別紙１とする）

※活動予定地域の関係機関との連携状況を記載してください。

４　支援対象障害者を継続して確保できる見通しがある具体的な根拠

（任意の様式により提出。別紙２とする）

※活動予定地域の求職者の状況などを、現状を踏まえて記載してください。

５　支援対象障害者との信頼関係の形成、支援対象障害者の能力・特性等の把握を目的とした基礎訓練を行う併設施設又は連携施設の確保の状況

ａ 確保済み　　ｂ 確保見込み　　ｃ なし　（ａ又はｂの場合、以下を記入）

併設施設又は連携施設の状況

施設名称	施設種別	形　態	現　状
		併設・連携	確保・見込み
		併設・連携	確保・見込み

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

６　職業準備訓練及び職場実習の協力事業所の確保の状況

ａ 確保済み　　ｂ 確保見込み　　ｃ なし　（ａ又はｂの場合、以下を記入）

職業準備訓練及び職場実習の協力事業所の状況

事業所名	所在地市町村名	業種	現　状
			確保・見込み
			確保・見込み

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

７　職業準備訓練及び職場実習の修了者の雇用の場の確保の状況

ａ 確保済み　　ｂ 確保見込み　　ｃ なし　（ａ又はｂの場合、以下を記入）

職業準備訓練及び職場実習の協力事業所の状況

事業所名	所在地市町村名	業種	現　状
			確保・見込み
			確保・見込み

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

8　障害者の就業及び生活に関する支援実績

a あり　　b なし　（a の場合以下を記入）

（1）就業に関する支援実績

ア　支援実績

年度	相談件数	職場実習件数	就職者数
令和８年度 （4 月～10 月）	件 （　　件）	件 （　　件）	名 （　　名）
令和７年度	件 （　　件）	件 （　　件）	名 （　　名）
令和６年度	件 （　　件）	件 （　　件）	名 （　　名）
令和５年度	件 （　　件）	件 （　　件）	名 （　　名）

※上段は活動予定地域内での実績、（　）内は法人全体の実績を記載すること。

イ　令和５年４月１日から令和８年１０月３１日までの就職支援実績

氏名	障害種別	事業所名	業種	職種	就職期間

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

ウ　令和５年４月１日から令和８年１０月３１日までの職場実習実績

氏名	障害種別	事業所名	業種	職種	実習期間

※実習期間欄には、職場実習を実施した延べ日数を（　）書きで記載すること。

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

（2）生活に関する支援実績

年度	電話相談件数	面接相談件数	訪問件数
令和８年度 （4 月～10 月）	件 （　　件）	件 （　　件）	名 （　　名）
令和７年度	件 （　　件）	件 （　　件）	名 （　　名）
令和６年度	件 （　　件）	件 （　　件）	名 （　　名）
令和５年度	件 （　　件）	件 （　　件）	名 （　　名）

※上段は活動予定地域内での実績、（　）内は法人全体の実績を記載すること。

９　地元自治体の関与

ａ あり　　ｂ なし　（ａの場合以下を記入）

地元自治体から受託している関係事業（生活支援、就業支援等）の状況（複数回答可）

受託事業名	委託先	受託期間

※記入欄が不足する場合は、行を追加してください。

10　定款又は寄付行為における実施業務に係る規定の有無

ａ あり　　ｂ なし

※ａの場合、定款等の写しを添付してください。

11　就業及び生活に関する支援実施計画及び実施体制

（任意の様式により提出。別紙３とする）

※障害者就業・生活支援センター（雇用安定等事業）実施要綱第２の業務の実施（実施体制を含む）に係る計画の内容を含む。

12　その他障害者に対する就業支援の活動実績

（１）訪問型職場適応援助者（ジョブコーチ）養成研修を受講し、修了証書の交付を受けた訪問型職場適応援助者の有無

ａ あり　　ｂ なし

修了証書の交付を受けた訪問型職場適応援助者の人数　　人

（２）障害者の多様なニーズに対応した委託訓練の受託の有無

ａ あり　　ｂ なし

令和７年度の訓練実施者数　　人

（３）就労移行支援事業の実施の有無

ａ あり　　ｂ なし

実施しない理由（　　）

（４）就労定着支援事業所の実施の有無

ａ あり　　ｂ なし

実施しない理由（　　）

13　その他

（１）障害者の雇用の促進等に関する法律第 43 条に基づく法定雇用障害者数以上の身体障害者、知的障害者又は精神障害者の雇用の有無

ａ あり　　ｂ なし　　ｃ 対象外

※ａ又はｂの場合、障害者雇用状況報告書の写しを提出

（２）法人の事業運営に関し、主務官庁、所轄庁等から改善命令等、特段の処分の有無

※労働関係法令を含む各種法令に関する処分等の有無を記入してください。

ａ あり　　ｂ なし

※ａの場合、具体的な処分及び時期

（３）当該法人でこれまで行ってきた独自の障害者雇用・就労支援の有無

（任意の様式でも可。別紙４とする）

ａ あり　　ｂ なし

※ａの場合、具体的な内容を記入