

指定障害福祉サービス等利用障がい者実習謝金等支給要領  
(平成19年12月6日付第200700134520号)

(趣旨)

第1条 この要領は、指定障害福祉サービス事業所等があっせんする障がい者の実習の実施に伴う謝金（以下「実習謝金」という。）及び当該実習の受講に伴う奨励金（以下「実習奨励金」という。）の支給に関して必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要領において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる

- (1) 指定障害福祉サービス事業所等 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第5条第11項に規定する障害者支援施設（施設障害福祉サービスの種類は、就労移行支援、就労継続支援B型に限る。）、同条第13項に規定する就労移行支援を行う事業所、同条第14項に規定する就労継続支援を行う事業所、同条第25項に規定する地域活動支援センターで、鳥取県内にあるものをいう。
- (2) 障がい者 指定障害福祉サービス事業所等の利用者で、鳥取県内に在住するものをいう。
- (3) 実習 障がい者が一般企業の職場において、無料で、当該企業における実際の業務を体験すること（障がい者が障害者就業・生活支援センターのあっせんにより行うものを除く。）をいう。

(実習実施企業及び実習期間)

第3条 実習謝金の支払対象となる企業（以下「実習実施企業」という。）は、原則として、鳥取県内に本店、支店又は営業所等を有することを要する。ただし、鳥取県内に本店、支店又は営業所等を有しない企業であっても、当該企業において障がい者に実習を受けさせることが本事業の趣旨に反しないと鳥取県福祉保健部障がい福祉課長（以下「障がい福祉課長」という。）が認めるものは、この限りでない。

2 実習の期間は、原則3日以上2週間以内とする。ただし、障がい福祉課長が必要と認める場合は、実習の実施日数が28日を超えない範囲で当該期間を延長することができる。なお、実習謝金及び実習奨励金の支給対象となる実習は、実習最終日が当該年度の3月20日までのものに限る。

3 1日の実習時間は、原則3時間以上とし、8時間を超えないものとする。

(実習の手続)

第4条 実習の実施に係る手続は、次に定めるとおりとする。

(1) 事前説明の実施

指定障害福祉サービス事業所等において実習のあっせんを担当する職員（以下「実習担当職員」という。）は、実習希望者及び当該実習希望者の実習先として実習担当職員が適当であると考える企業に対して、本事業の内容及び第6条により加入する傷害保険等の内容について、事前に説明を行うものとする。

(2) 実習の申込

実習希望者は、実習申込書（様式第1号）を障がい福祉課長に提出しなければならない。なお、実習担当職員は、同様式の処理欄に必要事項を記載するものとする。

(3) 実習内容の登録

障がい者の実習の受入れをしようとする企業は、実習内容登録受諾書（新規・変更）（様式第2号）により、障がい福祉課長に実習内容を登録するものとする。なお、登録内容に変更が生じたときは、同様式により速やかに障がい福祉課長に変更後の実習内容を登録するものとする。

(4) 実習の決定

障がい福祉課長は、実習申込書等に基づき実習を受ける者（以下「実習受講者」という。）及び当該実習受講者に係る実習実施企業を決定したときは、それぞれに通知するものとする。

(5) 実習の開始

実習は、実習決定の日以降に開始するものとする。

(6) 実習の実施

実習の実施については、次のアからウまでに掲げる手順で行うものとする。

ア 実習受講者は、実習日ごとに、受講カード（様式第3号）の実習実施状況確認欄の当該日分に押印、記名等の方法により、受講の記録を行う。

イ 実習最終日に、実習受講者及び実習実施企業は受講カードの内容を確認し、実習実施企業はこれに記名・押印する。

ウ 実習終了後、実習受講者は受講カード及び口座振込依頼書（様式第4号）を、実習実施企業は口座振込依頼書（様式第5号）を速やかに障がい福祉課長に提出する。

(7) 実習の中止

実習決定後、実習が全く行われない段階又は1日若しくは2日の実習が行われた段階で実習を中止する場合は、実習実施企業の都合によるときは様式第6号、実習受講者の都合による場合は様式第7号により、それぞれ辞退届を障がい福祉課長に提出するものとする。

2 前項に定める書類の提出及び通知は、指定障害福祉サービス事業者等を経由して行うものとする。

（実習謝金及び実習奨励金の支給）

第5条 障がい福祉課長は、実習の受入れを行った実習実施企業に対し実習謝金を、実習受講者に対し実習奨励金をそれぞれ支払う。

2 実習謝金及び実習奨励金の額は、実習日数に応じ、実習受講者1人につき、それぞれ次に定める金額とする。

(1) 実習謝金 1日当たり1,000円（初日から算定対象とする。）

(2) 実習奨励金 1日当たり1,000円（初日から算定対象とする。）

（傷害保険等の加入）

第6条 県は、実習受講者の実習中の事故等に備えて、実習実施企業を被保険者とする傷害保険等に加入するものとする。

（その他）

第7条 この要領に定めるもののほか、実習謝金の支給に関して必要な事項については別途障がい福祉課長が定める。

附 則

この要領は、平成19年12月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成22年2月15日から施行する。

附 則

この要領は、平成23年3月29日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4月5日から施行し、平成24年度の事業から適用する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年2月22日から施行する。

# 実習申込書

平成 年 月 日

鳥取県福祉保健部障がい福祉課長 様

職場実習の受講を希望し、下記のとおり申し込みます。

申 込 者 記 入 欄	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	Ⓜ	性 別	生 (満 歳)
	住所又は 居所	〒	連絡先電話番号	
	希望する 実習内容			

- 注1 氏名を自署する場合には、押印を省略できます。  
2 鳥取県内に在住する方のみ、申し込むことができます。  
3 処理欄は記入しないでください。(実習担当職員に記入してもらってください。)

処 理 欄	
①所属する指定障害福祉サービス事業所等の名称及び実習担当職員の氏名	
②実習先企業の名称	
③実習内容	
④実習予定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
⑤実習予定日数	日間
⑥その他参考となる事項	

様式第2号

実習内容登録受諾書（新規・変更）

平成 年 月 日

鳥取県福祉保健部障がい福祉課長 様

次のとおり、職場実習の受入登録を受諾します。

〔実習実施企業の名称〕	
代表者の役職及び氏名	印
〔本社の所在地及び連絡先〕 〒 —	
電 話 ( )	ファクシミリ ( )
〔職場実習実施場所の所在地及び連絡先〕 ※本社と同じ場合は、「同上」と記載 〒 —	
電 話 ( )	ファクシミリ ( )
〔実習実施場所の名称〕 ※本社以外の場合のみ記載	
〔事業内容〕	
〔実習の内容（具体的に）〕	
〔実習時間〕 時 分 ～ 時 分	
〔障がい者の実習に係る担当者〕 課係名： 氏 名： 連絡先： ( )	
受入可能な者 ※該当箇所にチェック（複数チェック可） <input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 知的障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> 発達障がい者	

※ 変更の場合は、〔実習受入企業の名称〕、〔実習実施場所の名称〕及び変更する項目のみ記載すること。

## 受講カード

※ 実習実施状況確認欄には、実習受講者が押印、記名等により、受講の記録を行ってください。

実習実施企業名：

実習受講者氏名：

実習期間：平成 年 月 日～平成 年 月 日  
(この期間中、実習実施日数は 日)

### 実習実施状況確認欄

( ) 月

曜日→  
実習受講  
者印 →

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

( ) 月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

上記のとおり、 日間の実習を実施したことを証明します。

平成 年 月 日

実習実施企業の

名 称

代表者の職・氏名

印

口座振込依頼書

振込先銀行名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店

振込口座 預金種別 \_\_\_\_\_ 口座

口座番号 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

口座名義 \_\_\_\_\_

※フリガナは必ず記入してください。

※振込口座は実習受講者本人名義のものを記入してください。

振込金の内容 実習奨励金

実習奨励金を上記預金口座に振り込んでください。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

印

鳥取県知事

様

(障がい福祉課)

## 口座振込依頼書

振込先銀行名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 \_\_\_\_\_

振込口座 預金種別 \_\_\_\_\_ 口座 \_\_\_\_\_

口座番号 \_\_\_\_\_

(フリガナ)

口座名義 \_\_\_\_\_

※フリガナは必ず記入してください。

振込金の内容 実習謝金

実習謝金を上記預金口座に振り込んでください。

平成 年 月 日

住 所

氏 名

Ⓜ

鳥取県知事

様

(障がい福祉課)



辞退届（実習実施企業用）

平成 年 月 日

実習実施企業の

名 称

代表者の職氏名

印

平成 年 月 日付第 号で（実習受講者氏名）の実習を依頼された  
ことについて、下記の事情により辞退します。

記

様式第7号

辞退届（実習受講者用）

平成 年 月 日

実習受講者氏名

印

平成 年 月 日付第  
て、下記の事情により辞退します。

号で実習受講者として決定されたことについ

記