

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 27 項に規定する地域活動支援センターで、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 障がい者が企業等の職場において、無料で、当該企業等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。

(実習実施企業等及び実習期間)

第 3 条 実習謝金の支払対象となる企業等（以下「実習実施企業等」という。）は、原則として、県内に実習場所となる本店、支店、営業所又は工場等を有することを要する。ただし、県内に実習場所を有しない企業等であっても、当該企業等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ささえあい福祉局障がい福祉課長（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企業等に対して、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等は、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等を決定したときは、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等は受講カードの内容を確認し、実習実施企業等はこれに記名・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（実習受講者用）（様式第4号）を、実習実施企業等は口座振込依頼書（実習実施企業等用）（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、実習実施企業等の都合によるときは辞退届（実習実施企業等用）（様式第6号）を、実習受講者の都合によるときは辞退届（実習受講者用）（様式第7号）を速やかに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等に対し実習謝金を、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、実習実施企業等を被保険者とする傷害保険等に加入するものとする。

(事故発生時の対応)

第7条 実習実施企業等は、実習中に事故等が発生した場合は、身体救護を最優先し、その後速やかに実習担当職員に事故発生の連絡を行うものとする。

- 2 事故発生の連絡を受けた実習担当職員は、県に対して速やかに報告するとともに、事故発生の状況等を取りまとめた事故報告書（様式第8号）を作成し、県に提出するものとする。
- 3 県は、前条に基づき加入した傷害保険等の保険会社に対して事故の発生を報告し、傷害保険等の適用及び支払手続き等について協議を行う。

(その他)

第8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 2 2 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 3 年 8 月 5 日から施行する。

## 実 習 申 込 書

年 月 日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課長 様

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 日生 (満 歳)
	氏 名		性 別	
	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。

注 2 鳥取県内に在住する方のみ、申し込むことができます。

注 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実習先企業等の名称

③実習内容

④実習予定期間                      年 月 日 から                      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）

年 月 日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課長 様

次のとおり、実習の受入登録を受諾します。

〔実習実施企業等の名称〕	
代表者の役職及び氏名	印
〔本社・本店等の所在地及び連絡先〕 〒 —	
電 話 ( )	ファクシミリ ( )
〔実習実施場所の所在地及び連絡先〕 *上記と同じ場合は、「同上」と記載 〒 —	
電 話 ( )	ファクシミリ ( )
〔実習実施場所の名称〕 *本社等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、〔実習受入企業等の名称〕、〔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。

実習実施企業等名：

実習受講者氏名：

実習期間： 年 月 日～ 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→							
実習受講者印等→	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。

年 月 日  
実習実施企業等の  
名 称  
代表者の職・氏名

印

## 口座振込依頼書(実習受講者用)

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。

年 月 日

住 所

氏 名

Ⓔ

鳥取県知事  
(障がい福祉課)

様

口座振込依頼書(実習実施企業等用)

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。

年 月 日

住 所

氏 名

Ⓔ

鳥取県知事  
(障がい福祉課)

様



辞退届（実習実施企業等用）

年 月 日

実習実施企業等の  
名 称  
代表者の職氏名

印

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

辞退届（実習受講者用）

年 月 日

実習受講者氏名

印

年 月 日付第  
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て、下記

記

# 事故報告書

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局障がい福祉課長 様

事業所名  
実習担当者  
氏 名

障がい者実習中に、下記のとおり事故が発生しましたので、報告します。

## 記

1	実習先 (企業名、住所等)	
2	実習受講者氏名	
3	事故発生日時	
4	事故発生場所	
5	事故発生状況 事故後の対応	
6	症状、治療の状況	
7	発生原因 再発防止策	