（参考様式４３）

短時間労働算定除外に係る協議書

年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業所名 |  |
| 事業所番号 |  | 担当者氏名 |  |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |

予期でない事由の内容

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | | | 受給者番号 |  | |
| 事由発生期間  （除外予定日数） | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日　（　　　日）  ※除外日数については、90日が上限となっております。 | | | | | |
| 労働契約書上の勤務時間（1日あたり） | | 時間　　分 | 事由発生期間中の勤務時間（1日あたり） | | | 時間　　分 |
| 該当事由  （該当事由を○で囲んでください。その他の場合は具体的に記入してください。） | ・筋ジストロフィー罹患している利用者が、利用開始時には予見できなきない病状の進行により短時間労働となってしまった場合  ・利用開始後に病気等で入院し、退院直後の労働が短時間となってしまう場合  ・家族の介護を受けながら利用していたが、家族の病気等により、居宅介護等のサービスによる介護が必要なってしまった場合  ・精神障害者等で、利用開始時には予見できない体調の変動により短時間労働となってしまった場合  ・その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | |
| 予見できない事由の内容  年月日を記載して時系列でできるだけ詳しく記載してください。 |  | | | | | |
| 添付書類 | ・アセスメント票（利用開始時と事由発生時）  ・診断書  ・その他（　　　　　） | | | | | |

※　事由該当していることを確認できる**根拠書類（原本証明）を必ず添付**してください。また、診断書等の個人情報が掲載されているものについては予め**本人の同意**を取った上でご提出ください。

※　本協議書は、事前に担当へお電話にてご確認後、郵送にてご提出ください。

※　ご提出後、やむを得ない事由に該当するかどうかを当課で検討し、提出後概ね１週間以内にその結果をお伝えするとともに、記載内容について疑義等がある場合は改めて必要書類をご持参いただき、詳しい事情を聴取させていただくことがあります。