【様式第１号】

**「滋賀県働く障害者を応援する農福連携モデル事業所」認定申請書**

　　　年　　　月　　　日

(宛先)

滋賀県健康医療福祉部障害福祉課長

滋賀県農政水産部農業経営課長

所在地　〒　　　－

事業所の名称

代表者名

滋賀県働く障害者を応援する農福連携モデル事業所認定制度実施要綱に基づき、別紙のとおり申請します。

**１　認定要件該当項目（要綱第2条関係）**

該当する欄に○を記入し、実績について記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **該当** | **実績内容** | **添付書類** |
|  | (1) 農業に関わる事業者において、農業分野で障害者雇用の実績があり、かつ福祉分野・教育分野との連携を３年以上継続的に行っている。 | 別添１ |
|  | (2) 農業に関わる事業者において、農業にかかる作業を障害福祉サービス事業所へ３年以上精力的に委託発注している。 | 別添２ |
|  | (3) 障害福祉サービス事業所において、農業にかかる訓練を通して農業分野での一般就労への移行を実現し、かつ１年以上職場への定着に向けた支援を継続して行っている。 | 別添３ |
|  | (4) 障害福祉サービス事業所において、農業に関連する活動を通して、前年度の県内の平均賃金または平均工賃以上の工賃実績がある。 | 別添４ |

**２　公表への同意について**

* 事業所名称・所在地・認定内容を県ホームページ等で公表することについて、同意します。

(☑を記入してください。)

**３　担当者名等をご記入ください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当者名 |  | 部署・役職 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  | | |