

当該労働者に適用させる具体的な両立支援制度等についての概要票

1. 当該労働者の 治療・投薬の 状況 等	
2. 制度の 種類	<input type="checkbox"/> 休暇制度 → <input type="checkbox"/> 時間単位の年次有給休暇 <input type="checkbox"/> 傷病休暇・病気休暇 <input type="checkbox"/> ほか () <input type="checkbox"/> 勤務制度 → <input type="checkbox"/> フレックスタイム制度 <input type="checkbox"/> 時差出勤制度 <input type="checkbox"/> 短時間勤務制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務 (テレワーク) <input type="checkbox"/> 試し出勤制度 <input type="checkbox"/> ほか () <input type="checkbox"/> ほか → <input type="checkbox"/> ()
3. 制度の適用基準、 制度の適用方法 (制度適用期間、 手続き等)、 就業上の措置・ 治療への配慮等	<p>【制度の適用基準】</p> <p>【制度の適用方法 (制度適用期間、手続き等)】</p> <p>【「就業上の措置・治療への配慮等」欄】</p> <p>【両立支援コーディネーターの活用】</p> <p>【その他】</p>
4. 施行日等	<p>【両立支援制度活用計画期間】 → 平成____年____月____日 ~ 平成____年____月____日</p> <p>【両立支援プラン開始日】 → 平成____年____月____日</p> <p>【両立支援プラン終了日】 → 平成____年____月____日</p>

1 「1. 当該労働者の治療・投薬の状況等」欄

- ・両立支援制度を活用するに至った当該労働者の治療・投薬の状況、通院間隔、予想される治療に伴う副作用等について、1か月毎に記入してください。

例) 1か月目：平日毎日通院・放射線治療（症状：疲れやすさ、免疫力の低下等）
2か月目：週1回通院・薬物療法（症状：疲れやすさ、免疫力の低下等）
3～6か月目：月1回通院・薬物療法（症状：疲れやすさ、免疫力の低下等）

2 「2. 制度の種類」欄

- ・当該労働者に適用する両立支援制度の種類に✓を入れてください。

3 「3. 制度の概要、制度が実施されるための合理的な条件、事業主の費用負担等」欄

(1) 「制度の適用基準」欄

- ・活用する両立支援制度の対象となる労働者の適用基準について記入してください。

(2) 「制度の適用方法（制度適用期間、手続き等）」欄

- ・活用する両立支援制度を対象労働者に適用した場合の制度適用期間、手続き等について記入してください。

(3) 「就業上の措置・治療への配慮等」欄

- ・両立支援制度活用計画期間において、当該労働者に適用する就業上の措置・治療への配慮、勤務時間等について、1か月毎に記入してください。なお、実際の両立支援プラン（別紙）でも可。

例) 1か月目：勤務時間（〇〇時～●●時）、就業上の措置・治療への配慮（残業・深夜勤務禁止、短時間勤務）

(4) 「両立支援コーディネーターの活用」欄

- ・当該労働者に適用する就業上の措置・治療への配慮、勤務時間等を検討した過程で、両立支援コーディネーターを活用した例があれば記載してください。

例) 両立支援コーディネーターを交えた当該労働者との面談を●回実施

- ・両立支援コーディネーターの活用の具体的な予定を記載してください。

例) 当該労働者との定期的な面談（月〇回実施予定）

(5) 「その他」欄

- ・その他特記事項があれば記入してください。

4 「4. 施行日等」欄

(1) 「両立支援制度活用計画期間」欄

- ・両立支援制度活用計画期間の開始日と終了日を記入してください。

(2) 「両立支援プラン開始日」欄

- ・両立支援プランを実際に当該労働者に適用させる日を記入してください。

(3) 「両立支援プラン終了日」欄

- ・両立支援プランを当該労働者に適用させた最後の日を記入してください。なお、両立支援プラン終了日が両立支援制度活用計画期間を越える場合であっても、両立支援プランの終了予定日を記入してください。