

障害者ICTサポート（養成・派遣）事業実施要領

1 目的

この要領は、障害者等の情報アクセシビリティの向上のため、障害者に対するICT機器の紹介、利用に係る本体や周辺機器、アプリ等の使用方法についてサポートを行うサポーターを派遣し、個々の障害者の要望に応じるための事項を定めるものとする。

2 ICTサポート依頼（相談依頼者）

- (1) ICT機器の利用方法等について相談の希望がある者（以下「依頼者」という。）は【別紙様式1】ICT相談申込書を山口県障害者社会参加推進センター（以下「推進センター」という。）へ提出する。
- (2) 推進センターは申込書を受理し、登録ICTサポーター（以下「サポーター」という。）へ日程調整を行う。
- (3) サポーターが決定した後、その結果を【別紙様式3】ICTサポート決定通知書により、依頼者とサポーター相互に通知する。
- (4) 1申請につき派遣3回以内とし、1回につき2時間以内とする。但し、利用者とサポーターの調整により推進センターの承諾を得て期間を延長することが出来る。

3 ICTサポーター登録

- (1) ICTに習熟し障害者の理解、支援に熱意を有するものでサポーター登録を希望する者を対象とする。
- (2) サポーター登録を希望するものは【別紙様式2】ICTサポーター登録申込書を推進センターへ提出する。
- (3) 依頼者から申込書が提出された際、メールにてサポーターへ日程調整を行い派遣サポーターが決定する。
- (4) サポート終了後10日以内に【別紙様式4】ICTサポート実施報告書を推進センターに提出する。
※障害者等の人格を尊重して活動するとともに、活動上知りえた秘密を漏らしてはならない。
- (5) 派遣に関する費用（日当・交通費／通信費のみ）は、推進センターが実施報告書の内容に基づきサポーターに支払う。
- (6) 派遣費用（交通費等）については、別表のとおりとする。

【別表】

訪問相談		
自家用車の場合	公共交通機関の場合	派遣日当
30円/km	インターネット検索等により算出	1,000円/1訪問
遠隔相談（メール、電話、オンライン等）		
派遣日当		
300円/1回（原則3回以内）		

提出先（申込、問い合わせ先）

山口県障害者社会参加推進センター

〒753-0072 山口県山口市大手町9-6 県社会福祉会館内

TEL (083) 928-5432 FAX (083) 928-5436 メールアドレス webmaster@syogai35.com

【別紙様式2】

I C T サ ポ ー タ ー 登 録 申 込 書

記入日 年 月 日

ふりがな		年 齢	歳
氏 名		性 別	
住 所 (自 宅)	〒		
携 帯 電 話			
メ ー ル	※連絡は主にメールで行います。		

(当てはまるものに☑をつけてください。複数選択可。)

* サポート可能な機器

- パソコン
 タブレット
スマートフォン (iPhone・iPhone 以外)
 その他の携帯電話
その他 ()

* サポート方法

- 訪問 (ご自宅、施設等)
遠隔 (電話、メール、オンライン、その他 < >)

* サポート可能日時 (基本的にメールにて日程調整させていただきます)

- 平日 (日中、夕方以降)
 休日 (日中、夕方以降)
不定期
 その他 ()

* サポート対象 (高齢者、ご家族が含まれる場合があります)

- 視覚障害者
 聴覚障害者
 知的障害者
 だれでも

* I C T または障害特性における得意分野がありましたらご記入ください。

* その他、ご要望等がありましたらご記入ください。

同 意 書	1. サポート費用 (交通費等) は事務局負担、必要経費 (ソフト、アプリ、通信費等) は相談依頼者負担となります。 2. 定められた時間内 (実施要項2 (4) 参照) でのサポートとし、それを超えてサポートする場合は事務局に連絡してください。 3. サポートに関わる事故、故障や物品購入トラブル等については相互の責任となりますが、必ず事務局にご一報ください。
	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない (登録できない場合もあります)

【別紙様式3】

I C T サ ポ ー ト 決 定 通 知 書

通知日 年 月 日

サポート開始日	令和 年 月 日 () 時 分～
サポート場所	
サポート方法	
主なサポート内容 (要望)	

依頼者情報

ふりがな		年 齢	歳
氏 名		性 別	
障 害 名		等 級	種 級
住 所 (自 宅)	〒		
携 帯 電 話			
F A X			
メ ー ル			

派遣者情報

ふりがな		年 齢	歳
氏 名		性 別	

本サポート以外の目的で上記の情報は利用しません。

ご不明な点やご不安な点等ありましたら、必ずサポート開始前に事務局までご一報いただけますよう、よろしく願いいたします。

お問い合わせ先（平日のみ）

山口県障害者社会参加推進センター

〒753-0072 山口県山口市大手町 9-6 県社会福祉会館内

TEL (083) 928-5432 FAX (083) 928-5436 メールアドレス webmaster@syogai35.com

【別紙様式4】

I C T サ ポ ー ト 実 施 報 告 書

記入日 年 月 日

山口県障害者社会参加推進センター長 宛

氏名

I C T サポートが終了したので、下記の通り報告します。

依頼者情報

氏 名			
サポ-ト 内 容	※できるだけ詳しくご記入ください。		
No	年月日	時間	手段 (○を付けてください)
①	令和 年 月 日 ()	: ~ :	訪問・遠隔 ()
②	令和 年 月 日 ()	: ~ :	訪問・遠隔 ()
③	令和 年 月 日 ()	: ~ :	訪問・遠隔 ()
結果報告	<input type="checkbox"/> 完了した <input type="checkbox"/> 継続したい <input type="checkbox"/> 解決できなかった		
所 感	※利用者の習熟度等ご記入ください。		

旅 費 申 請 書	経 路	出発地住所		
		派遣先住所		
	交 通 手 段	自家用車	高速道路利用 有 (~) ・ 無	
		公共交通機関	電車 最寄り駅 () ~ ()	
		バス 最寄りバス停 () ~ ()		
その他 (タクシー等)		※領収証添付必要		

サポ-ター情報 (初めて活動された方、変更のあった方のみご記入ください)

派 遣 費 用 振 込 先	銀 行 名		支 店 名	
	種 別	普通 ・ 当座	番 号	
	(フリガナ) 名 義			