

支給要件確認申立書 (第二種作業施設設置等 助成金)

事業主記載事項

○ 事業活動等に係る状況(はい又はいいえのどちらかを○で囲んでください。) (裏面の「記載にあたっての留意点」の内容を了解した上でご回答ください。)	
1 障害者雇用納付金関係助成金(以下「助成金」という。)の不正受給により不支給措置が執られている。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
2 労働関係法令違反により送検処分を受けている。 認定申請を行おうとする日の前日から起算して1年以内に当該処分を受けている。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
3 関係法令で社会保険等(厚生年金保険、健康保険、雇用保険等)の加入が義務付けられている事業主等であって、加入していない場合又は加入していても当該支給対象障害者等の社会保険料等を支払っていない。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
4 助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律(昭和23年法律第122号)第2条第4項に規定する接待飲食等営業、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業を行っている事業主である。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
5 以下①～⑧のいずれかに該当する暴力団関係事業所の事業主である。 ① 事業主、又は事業主が法人である場合、当該法人の役員又は事業所の業務を統括する者その他これに準ずる者(以下「役員等」という。)のうちに暴力団員に該当する者がいる。 ② 暴力団員をその業務に従事させ、又は従事させるおそれがある。 ③ 暴力団員がその事業活動を支配している。 ④ 暴力団員が経営に実質的に関与している。 ⑤ 役員等が自己若しくは第三者の不正の利益を図り又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団の威力又は暴力団員を利用するなどしている。 ⑥ 役員等が暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。 ⑦ 役員等又は経営に実質的に関与している者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している。 ⑧ ①から⑦までに該当する事業所であると知りながら、これを不当に利用するなどしている。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
6 役員等が、破壊活動防止法(昭和27年法律第240号)第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れがある団体等に属している。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
7 次の①から③までに掲げる事項について、あらかじめ同意する。 ① 機構が助成金の支給に係る審査に必要な事項について確認を行う際に協力すること ② 不正受給を行った場合、機構が当該事業主名等を公表すること ③ 不正受給等により受給した助成金を返還等すること	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ

1から7までの記載事項については、いかなる相違なく変更が生じた場合は速やかに申し出ます。また、1から7までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項、申請日を記入 申請日を行行う場合には協力します。

令和 5年 7月 2日 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

申請事業主 所在地 東京都××区△△1-2-3

事業主名 ○□△工業株式会社 法人番号を記入する

法人番号 12345678987

代表者の役職及び氏名 代表取締役 △△ △△

申請に係る事業所 所在地 神奈川県○○市×××9-8-7

事業所名 ○□△工業株式会社 神奈川事業所

連絡先 所属先名称(部署等) 及び氏名 総務・経理担当 □□ □□ 電話番号 045-123-8888

社会保険労務士記載欄 事務所名 及び担当社会保険労務士名 電話番号

(裏面)

記載にあたっての留意点

- 一 この様式第540号は、助成金の認定申請の際、ご提出ください。
同時に複数の助成金の申請をする場合は、認定申請書ごとにこの様式の提出が必要です。
- 二 この様式の1～6で「はい」に○を付けた場合は、助成金の支給を受けることができません。また7で「いいえ」に○を付けた場合も、助成金の支給を受けることはできません。この様式の提出後に1～6で「はい」に該当することとなった場合についても、助成金の支給を受けることができませんのでこの様式の内容に変更が生じた場合は、変更が生じた日から1か月以内に機構へ申し出てください。なお、申し出なかった場合には、不正受給となることがあります。
- 三 表題の「支給要件確認申立書(助成金)」内には、認定申請に係る助成金の名称をご記入ください。
- 四 1及び6における「不正受給」とは、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、又は受けようとするをいいます。
- 五 1は、助成金の不正受給により不支給措置が執られているかどうかについて、該当箇所に○を付けて下さい。
- 六 2は、認定申請する日の前日から起算して1年以内に労働基準法(昭和22年法律第49号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、職業安定法(昭和22年法律第141号)等の労働関係法令の違反により、送検処分を受けているかどうかについて該当箇所に○を付けてください。
- 七 3は、法令に基づき社会保険等に加入していない場合を除き、助成金の認定申請における支給対象障害者及び介助者等について、社会保険等が未加入又は未払であるかどうかについて該当箇所に○を付けてください。
- 八 4は、助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律第2条第4項に規定する接待飲食等営業(同条第1項第1号に該当するものに限る。)、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業(接待飲食等営業又は同条第6項に規定する店舗型風俗特殊営業を営む者から委託を受けて当該営業の営業所において客に接する業務の一部を行うこと(当該業務の一部に従事する者が委託を受けた者及び当該営業を営む者の指揮命令を受ける場合を含む。))を内容とする営業に限る。)を行っている事業主であって、助成金の支給を受けようとするものをいいます。
- 九 5における「暴力団員」とは、「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」(平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。)第2条第6号に規定する暴力団員をいい、「暴力団」とは、暴力団対策法第2条第2号に規定する暴力団をいいます。
- 十 6は、役員等が破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れのある団体等に属しているかどうかについて、該当箇所に○を付けてください。

不正受給及び不正受給に対する措置について

「不正受給」とは、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、又は受けようとするをいいます。不正受給を行った事業主は、助成金の5年間不支給措置を講じるほか、機構のホームページに事業主名等を公表します。

また、不正受給により、助成金を受給している場合には、当該不正受給に該当する助成金の返還に加え、延滞金を納付していただきます。

不正受給により生じた助成金の返還の履行が終了していない事業主は、助成金の支給を受けることができません。

障害者助成金受給資格認定申請書(1)チェックリスト 障害者作業施設設置等助成金(第2種作業施設設置等助成金)

(本枠内に記入して下さい。)

(申請日) 令和 5年 7月 2日
申請事業主名 <p style="text-align: center; color: red;">〇〇△工業株式会社</p>
申請に係る事業所名 <p style="text-align: center; color: red;">〇〇△工業株式会社 神奈川事業所</p>

都道府県コード		
支部受理番号		

- (注) 1. 事業所チェック欄には、添付した書類の番号を○で囲んで下さい。
 2. 添付書類は番号等の順に整理して下さい。
 3. 上記の添付書類のほか、審査に当たって、他の関係書類を提出していただく場合があります。

事業所 チェック欄	提出書類	提出の要否			注意事項	支部 チェック欄	備考
		施設	附帯	設備			
①	支給要件確認申立書(様式第540号)	○	○	○		1	
②	障害者助成金受給資格認定申請書(1)(様式第601号)	○	○	○		2	
③	助成金申請に係る支給対象障害者(助添付様式第64号)	○	○	○		3	
④	身体障害者手帳(写)、療育手帳(写)、精神障害者保健福祉手帳(写)等支給対象となる障害者の障害の種類、程度を証明するもの 統合失調症、そううつ病(そう病及びうつ病を含む。)又はてんかんにかかっている者であって精神障害者保健福祉手帳(写)が提出できない場合については、次のいずれかの書類 ・公共職業安定所の紹介状(写) ・精神障害者社会適応訓練を受けた者は受講証明書 ・職場復帰のために職業リハビリテーションの措置を受けた者は障害者職業センターが本人に交付する利用証明書	○	○	○	・対象障害者が申請時点で雇用されて6か月を超える期間が経過している場合で、支給対象障害者が中途障害者となった場合、又は障害の重度化が認められる場合は、当該事実が確認できる次のいずれかの書類を添付 ①障害者手帳(写) ②指定医(「身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)」の第15条による都道府県知事の定める医師)の診断書(写)、又は内部障害以外の身体障害者の場合は産業医の診断書(写) ③精神障害者の場合は主治医の診断書(写)及び左の書類	4	
⑤	支給対象障害者に係る雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)(写)	○	○	○	・雇入れ予定者であって認定までに提出できない場合は第1回目の支給請求時に添付(認定時には雇用契約書(案の写し)、労働条件通知書(案の写し)等、雇用予定日が確認できる書面を添付)	5	
⑥	雇用契約書(写)、労働条件通知書(写)等支給対象となる障害者の労働条件が確認できるもの	○	○	○	・期間の定めのない労働者等で雇用契約書等を取り交わしていない場合は、就業規則及び辞令等労働条件が確認できる書類を添付 ・タイムカード(写)、出勤簿(写)等の出勤状況が確認できるもの及び賃金台帳(写)については直近1か月分	6	
⑦	タイムカード(写)、出勤簿(写)等の出勤状況が確認できるもの	○	○	○	・労働条件通知書及び賃金台帳において社会保険の加入状況が確認できない場合は、社会保険の加入が確認できる書類又は加入義務がないことの説明文書を添付すること。	7	
⑧	賃金台帳(写)	○	○	○	・対象障害者が認定申請日時点で雇用されて6か月を超える期間が経過している場合 ①人事異動等の場合は人事異動等の辞令の(写)等、人事異動等の事実が客観的に確認できる書類を添付 ②中途障害者等に係る職場復帰の場合は、退職辞令(写)等、退職期間及び職場復帰日が客観的に確認できる書類(写)を添付	8	
⑨	雇用障害者の助成金認定・支給及び補充状況調査(助添付様式第2号)	○	○	○		9	
⑩	事業計画書(1)(助添付様式第65号)	○	○	○	下記(11)に該当しない申請の場合に添付	10	
11	事業計画書(1-2)(助添付様式第5号)	○	○	○	次のいずれかの場合に添付 ①3年間の支給予定額が1,000万円以上の場合 ②新規設立事業所であって支給対象障害者数が10人以上をもって認定申請する場合	11	
12	事業計画書(1-2)の添付書類 就業規則(写)	○	○	○		12	
13	作業施設・附帯施設の設計図書 賃借しようとする施設の施設配置図、平面図等	○	○	○	平面図は面積が算定できる寸法の記載があるもの	13	
⑭	附帯施設・作業設備の設置関係図面 設備を設置する施設の概況等を説明できる図面 施設・設備の配置図、平面図等	○	○	○		14	
⑮	カタログ又は設備設計書	○	○	○		15	
16	運転に資格を要するものについては資格証明書(写)	○	○	○	自動車運転免許証(写)、フォークリフト技能講習修了証(写)等(表裏両面の写しを提出)	16	
⑰	労働者就労配置図及び設備配置図	○	○	○	対象障害者を含む全ての労働者及び既存設備についても記載すること。	17	
⑱	賃貸借契約書(写) 契約前の場合は、契約書(案)又はリース料見積書(写)	○	○	○	契約書(案)、見積書(写)の場合は、第1回目の支給請求時に賃貸借契約書(写)を添付	18	
19	今回申請する措置について国等の公共機関から補助金等(本助成金の支給対象費用と同じ範囲かつ同じ期間を対象とするものに限る。)を受ける場合は補助金等の支給対象経費を明記した規程等及び対象項目別補助額を記載した補助金等申請書(写)又は決定通知書(写)	○	○	○	決定していない場合は、支給請求時に添付	19	
支部担当者							

障害者助成金受給資格認定申請書(1)

事業所コード

次のとおり助成金の受給資格の認定を受けたいので申請します。

令和5年 7月 2日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

この申請書で申請する助成金

- ① 第1種作業施設設置等助成金
- ② 第2種作業施設設置等助成金
- ③ 障害者福祉施設設置等助成金
- ④ 重度障害者等通勤対策助成金 (住宅の新築等)
- ⑤ 重度障害者等通勤対策助成金 (住宅の賃借)
- ⑥ 重度障害者等通勤対策助成金 (駐車場の賃借)
- ⑦ 重度障害者等通勤対策助成金 (通勤用自動車の購入)
- ⑧ 重度障害者等通勤対策助成金 (通勤用バスの購入)
- ⑨ 重度障害者等通勤対策助成金 (住宅手当の支払)

該当の助成金をチェックする

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日
---------------	-------

本社又は主たる事務所の雇用保険適用事業所番号	
0000-000000-0	
助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先	
送付先・連絡先の所属	<input type="checkbox"/> 事業主 <input checked="" type="checkbox"/> 事業所
所属先名称(部署等)	総務・経理担当
氏名	□□ □□
電話番号	045 (123) 8888
助成金振込金融機関等	
金融機関名	××銀行
金融機関コード	0 1 2 3
支店名	△△△支店
支店コード	0 0 0
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
口座番号	0 1 2 3 4 5 6
(フリガナ)	〇〇△△コウキョウカブシカイシャ カナガワシギョウシヨ
口座名義	〇〇△△工業株式会社 神奈川事業所

申請事業主	所在地	(〒 111 - 1234) 東京都××区△△1-2-3
	(フリガナ) 事業主名	〇〇△△コウキョウカブシカイシャ 〇〇△△工業株式会社
	(フリガナ) 代表者の役職及び氏名	ダイヒョウトリシマリヤク △△ △△ 代表取締役 △△ △△
申請に係る事業所	所在地	(〒 222 - 1234) 神奈川県〇〇市×××9-8-7
	(フリガナ) 事業所名	〇〇△△コウキョウカブシカイシャ カナガワシギョウシヨ 〇〇△△工業株式会社 神奈川事業所
	電話番号	右つめで記入

1 この申請書で申請する支給対象障害者 助添付様式第64号「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。

2 関係者との取引の有無 対象施設等の所有者又は施工若しくは購入等の契約等の相手方は、申請事業主の関係者ではない。

契約締結日・予定日 令和5年 7月 1日 事前着手申出書の提出予定 (①③④⑦⑧の助成金の場合) 有り 無し

申請の内容

A 施設・住宅手当 作業施設・福祉施設 作業施設・福祉施設に付帯する施設 住宅 (世帯用 単身者用)

B 設備・バス・自動車 作業設備 福祉施設に付属する設備 通勤用バス 通勤用自動車

設備の名称 電磁波防護服

3 助成金申請額 (①第1種作業施設設置等助成金、③障害者福祉施設設置等助成金、④住宅の新築等、⑦通勤用自動車の購入、⑧通勤用バスの購入の場合に記入)

	a 助成措置に係る必要費用	b 支給対象費用	c 助成率 <input type="checkbox"/> にレ点を入れます。	d 支給限度額	e 助成金申請額 「b×c」の額又はdの額のいずれか低い額
申請額 (①の助成金の場合合計額を記載)	円	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input checked="" type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
①の助成金の内訳					
作業施設	円	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
付帯施設	円	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
作業設備	17,000 円	15,000 円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input checked="" type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	50,000 円	10,000 円

賃借・リースの1月あたりの契約金額を記入

1月あたりの賃借に係る費用のみ記入 (保守費用等は含ま)

1 国等の機関からの補助金等の受給の有無 有 無

2 左記1が有の場合、本助成金と同じ支給費用を対象とするものの有無 有 無

3 左記2も有の場合、右欄に補助金等の支給機関名を記入

支給機関名 円

補助金等の額 円

処理欄 ※ 審査結果 認定 ・ 不認定 決 該当する場合は記入

認定額 千円 施設 千円 設備 千円

助成金申請に係る支給対象障害者

受給資格認定申請書により申請する支給対象障害者について記載してください(表内の口は、該当するものにし点を入れてください。)

(フリガナ)氏名	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途障害者区分	在宅勤務区分	労働者区分	雇用保険被保険者番号		
シキョウ タロウ 支給 太郎	昭和〇年〇月〇日	令和5年7月1日	身体	1級	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	1234 - 567890 - 0		
	日常的に使用する器具	仕事の内容等	過去に、この障害者を対象障害者として助成金を受給していたら記入が必要		同一又は同種の助成金(注2)の受給歴 (障害者作業施設設置等助成金を申請する場合に記載)			在籍出向 (出向元企業名)		
		各種機械器具設備設置・点検工事業務			助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)		認定番号	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当 ()		
ペースメーカー		中途障害者の職場復帰日等(注1)	受傷等年月日	年 月 日	職場復帰年月日	年 月 日	障害者手帳等の交付日	平成〇年〇月〇日	人事異動の発令日等 (又は職務内容の変更日)	年 月 日
(フリガナ)氏名	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途障害者区分	在宅勤務区分	労働者区分	雇用保険被保険者番号		
日常的に使用する器具があれば記入					<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	-		
日常的に使用する器具	仕事の内容等			同一又は同種の助成金(注2)の受給歴 (障害者作業施設設置等助成金を申請する場合に記載)			在籍出向 (出向元企業名)			
				助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)			認定番号	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当 ()		
ペースメーカー		中途障害者の職場復帰日等(注1)	受傷等年月日	年 月 日	職場復帰年月日	年 月 日	障害者手帳等の交付日	平成〇年〇月〇日	人事異動の発令日等 (又は職務内容の変更日)	年 月 日
(フリガナ)氏名	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途障害者区分	在宅勤務区分	労働者区分	雇用保険被保険者番号		
	年 月 日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	-		
日常的に使用する器具	仕事の内容等			同一又は同種の助成金(注2)の受給歴 (障害者作業施設設置等助成金を申請する場合に記載)			在籍出向 (出向元企業名)			
				助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)			認定番号	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 ()		
ペースメーカー		中途障害者の職場復帰日等(注1)	受傷等年月日	年 月 日	職場復帰年月日	年 月 日	障害者手帳等の交付日	平成〇年〇月〇日	人事異動の発令日等 (又は職務内容の変更日)	年 月 日

注1 「中途障害者の職場復帰日等」欄は、障害者作業施設設置等助成金を申請する場合において、中途障害者に対する施設・設備の設置又は整備について申請する場合に記載してください。

注2 同種の助成金の略称

- 「1作」…第1種作業施設設置等助成金
- 「1履」…第1種履入れ設備設置等助成金
- 「中途1作」…第1種中途障害者作業施設設置等助成金
- 「更新」…障害者作業設備更新助成金

- 「2作」…第2種作業施設設置等助成金
- 「2履」…第2種履入れ設備設置等助成金
- 「中途2作」…第2種中途障害者作業施設設置等助成金
- 「改善」…障害者処遇改善施設設置等助成金

事業計画書 (1)

申請に係る助成金名(該当する助成金名の口にレ点を入れる。)

- ① 第1種作業施設設置等助成金
- ② 第2種作業施設設置等助成金
- ③ 障害者福祉施設設置等助成金
- ④ 重度障害者等通勤対策助成金 (住宅の新築等)
- ⑤ 重度障害者等通勤対策助成金 (住宅の賃借)
- ⑥ 重度障害者等通勤対策助成金 (駐車場の賃借)
- ⑦ 重度障害者等通勤対策助成金 (通勤用自動車の購入)
- ⑧ 重度障害者等通勤対策助成金 (通勤用バスの購入)
- ⑨ 重度障害者等通勤対策助成金 (住宅手当の支払)

該当の助成金名を
チェックする

(事業所名)

〇〇△工業株式会社 神奈川事業所

(作成者 所属・氏名)

総務・経理担当 □□ □□

(令和 5 年 7 月 2 日 作成)

1 申請に係る事業主・事業所(事業主団体)の概要

フリガナ	〇〇△コウキョウカブシカイシャ		フリガナ	〇〇△コウキョウカブシカイシャ カナガワシキョウシヨ		
事業主名 事業主団体名	〇〇△工業株式会社		事業所名	〇〇△工業株式会社 神奈川事業所		
フリガナ	ダイョウトリシマリヤク △△ △△		事業所設立 年月日	平成3 年 11 月 1 日		
代表者の 役職及び氏名	代表取締役 △△ △△		常用労働者数	全常用労働者数	うち障害者数	
沿革 (設立年月日 合併 名称変更等)	昭和50年10月1日設立 平成2年7月1日名称変更		企業全体	253	3	
			申請対象事業所	87	2	
			経営者	役職	氏名	備考
事業の種類又は 主な取扱品	企業 全体	生産用機械器具製造業 (産業中分類番号) 2 6	多数の場合は、主要 メンバーのみで可	代表取締役	△△ △△	
	申請 事業所	生産用機械器具製造業 (産業中分類番号) 2 6				
資本金額(基本金)						

「常用労働者数「申請対象事業所」欄」に
記載した数の内訳等を「申請事業所」に
おける雇用状況」欄に記載してください

申請事業所における雇用状況

	① 常用労働者総数 (②+③+④+⑤)	② 身体障害者数		③ 知的障害者数	④ 精神障害者数	⑤ 障害者以外の 労働者数
		重 度 身体障害者	重 度 以外 の 身体障害者			
認定申請時	87 人	1 人	1 人	0 人	0 人	85 人

企業全体における認定申請時から過去1年間の障害者離職状況

(障害者福祉施設設置等助成金の認定申請の場合のみ記載)

ア 離職した障害者数	アのうち自己都合離職の人数	アのうち事業主都合による解雇	アのうちその他の理由による離職
人	人	人	人

記入不要

2 申請施設・設備等の必要理由

(次の措置を実施しなければ支給対象障害者の雇い入れ又は雇用の継続が困難であるとする理由)

施設・設備等の設置整備又は措置の区分(□にレ点を入れてください。)

- 作業施設・福祉施設 作業・福祉施設に附帯する施設 作業設備 福祉施設に附帯する設備
 住宅(世帯用 単身用) 駐車場(自宅側 事業所側)
 通勤用バス 通勤用自動車 住宅手当の支払

① 支給対象障害者の雇い入れ・雇用の継続に係る課題

令和5年7月1日付け採用の対象障害者は身体障害1級で心臓にペースメーカーを装着している。当該事業所で製造している〇〇、〇〇、〇〇の機械は対象障害者のペースメーカーに電磁干渉を引き起こす危険性があるため、当該機械器具の設置・点検作業を行うことができない。

② 措置の実施概要

- ・ 作業施設、設備・福祉施設、住宅、駐車場、通勤用バス、通勤用自動車の支給対象障害者に対する配慮の内容等について
- ・ 住宅、駐車場、通勤用バス、通勤用自動車の申請の場合は通勤経路、通勤方法等についての改善内容等について

電磁波防護服を着用することにより、機械器具に接近し、設置・点検を行う際の電磁干渉を起こす危険性を抑えることができる。

③ 措置の実施効果

電磁波防護服を着用することにより、機械器具の設置・点検を遂行することができる。

3 設置、整備の対象又は関係する建物等の概要

- ・ 作業施設・福祉施設、作業・福祉施設に附帯する施設の建設及び住宅の新築等は(1)に記載します。
- ・ 作業設備、福祉施設に附帯する設備、通勤用バス、通勤用自動車の購入は、本欄への記載は不要です。
- ・ 作業施設・設備の賃借による設置整備、住宅・駐車場の賃借は(2)に記載します。
- ・ 住宅手当の支払いは(3)に記載します。

(1) 施設の新築・増築・改築・改造・購入に係る内容

所在地又は建設地				
設置、整備の形態 (該当するものを○で囲む。)	新築 ・ 増築 ・ 改築 ・ 改造 ・ 購入 ・ 附帯施設の設置 ・ 整備			
建物等の概要 (建物等新築する場合だけでなく、増築、改築、改造、購入又は附帯施設の設置、整備の場合も記入する。)	構造			
	建物全体の延面積			
	申請対象箇所及び面積	申請箇所全体の面積	㎡ (うち申請対象面積 ㎡)	
	所有者名	記入不要		
土地(敷地)の概要 (建物等新築、増築、改築、購入する場合についてのみ記入する。)	全体の面積			
	所有者名			
	地域・地区の状況 (該当するものを○で囲む。)	都市計画区域	内 ・ 外	
		市街化区域	第1種住居専用 ・ 第2種住居専用	
		市街化調整区域	住居 ・ 近隣商業 ・ 商業	
その他	準工業 ・ 工業 ・ 工業専用 ・ 未指定			
防火地域 ・ 準防火地域 ・ 法律22条地域 ・ 指定なし				
地盤状況	良 ・ 不良	建ぺい率	%	
その他特記事項				

注 施設の新築・増築・改築・改造・購入に係る支給対象費用の算定は、助添付様式第1号「助成金認定申請明細書」により算定します。

(2) 施設・設備の賃借(住宅手当に係る住宅を除く。)に係る内容

① 作業施設又は住宅の賃借計画

ア 賃借作業施設・住宅の内容		ウ 賃貸借契約日	年 月 日
所在地・建物等の名称		エ 賃貸借契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日
		オ 使用開始日	年 月 日
構造 (耐火 ・ 準耐火 ・ その他の構造)	鉄筋 ・ 鉄骨 ・ 木造 階建て	カ 更新の条項(○で囲む)	自動更新 ・ 自動更新以外
		キ 賃貸借契約の相手方(貸主)	
住宅の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 世帯用 <input type="checkbox"/> 単身用	ク 賃借施設の所有者 (契約者と所有者が相違する場合、カッコ内にその関係を記載)	()
イ 賃借面積・賃借料・支給対象費用の積算(概算)			
① 賃貸借契約書の賃借延面積	㎡	② 1ヶ月当たりの賃借料金	円
③ 1㎡当たりの賃借料 (=②/①) (1円未満切捨て) ※住宅は記載不要		施 対象 (注1)	㎡
a 支給対象施設の就労人数・使用人(戸)数	人(戸)	b 支給対象障害者数(戸数)	人(戸)
⑤ 支給対象障害者から住宅使用料の徴収の有無 ※作業施設は記載不要	<input type="checkbox"/> 徴収有り <input type="checkbox"/> 徴収無し 一ヶ月当たりの徴収予定額	作業施設の賃借に係る支給対象費用(概算)	③×④ 円
住宅の賃借に係る支給対象費用(概算)	①の面積が単身者用28㎡、世帯用74㎡(北海道78㎡)を超えないとき ②-⑤		円
	①の面積が単身者用28㎡、世帯用74㎡(北海道78㎡)を超えるととき (②-⑤)÷①×④		
注 ④の面積は、④の面積の算定に当たって、①のうち支給対象となる施設の面積/aの値が、作業施設の場合は28㎡、住宅(単身者用)の場合は28㎡、住宅(世帯用)の場合は74㎡(北海道78㎡)を超えている場合は、それぞれの面積にbの人数又は戸数を乗じて得た面積となります。			

② 作業設備・駐車場の賃借計画

ア 賃借設備又は駐車場の内容		オ 賃借借契約の相手方(貸主)	株式会社〇〇リース
名称	電磁波防護服	カ 賃借施設・設備の所有者	株式会社〇〇リース
設置場所	〇〇△工業株式会社 神奈川事業所 神奈川県〇〇市×××9-8-7	賃借駐車場の契約の相手方(貸主)と賃借駐車場の所有者が相違する場合はその関係を記載	
イ 賃借借契約日	令和5年 7月 1日		
ウ 賃借借契約期間	自 令和5年 7月 1日 至 令和7年 6月 30日		
エ 使用開始日	令和5年 7月 1日		
キ 作業設備の支給対象費用の積算(概算)			
① 1ヶ月当たりの賃借料金	15,000 円	③ 支給対象障害者数	1 人
② 支給対象設備の使用人数(支給対象障害者数を含む。)	1 人	④ 支給対象費用 (= ①/②(1円未満切捨て)×③)	15,000 円
ク 駐車場の支給対象費用の積算(概算)			
① 1ヶ月当たりの賃借料金(支給対象費用)(注)	円	② 支給対象障害者から駐車場使用料の徴収の有無	<input type="checkbox"/> 徴収有り <input type="checkbox"/> 徴収無し 徴収予定額 円
(注1) 区画で仕切られた賃借面積が28㎡以下の駐車場を賃借する場合は、①の額が支給対象費用の額となります。ただし、②欄において、徴収がある場合は、①の額から当該徴収額を差し引いた額が最終的な支給対象費用となります。 (注2) 区画により賃借していない場合又は区画により賃借しているが、その賃借面積が28㎡を超える駐車場を賃借している場合は、以下の欄に記載して支給対象費用を積算してください。			
(区画により賃借していない場合又は区画により賃借しているが、その賃借面積が28㎡を超える駐車場を賃借している場合に記載) 記入不要			
③ 賃借借契約書の賃借延面積	㎡(注)	④ 支給対象となる駐車場の賃借面積(= ③/a×b)	㎡(注)
a 賃借する駐車場敷地を使用する人数(自動車の台数)	人(台)	b 支給対象障害者数(自動車の台数)	人(台)
⑤ 支給対象となる駐車場の賃借面積が28㎡を超える場合の支給対象費用(概算)	①-②)×28÷④ (1円未満切捨て) 円		(注) ③、④の面積が28㎡以下の場合、⑤の記載は不要です。(この場合、①-②が支給対象費用の額となります)

(3) 住宅手当の支払い計画

住宅手当の支払いに係る建物等の名称・所在地	オ 1か月当たりの賃借料	円
ア 賃借借契約日	年 月 日	カ 支給対象障害者に初めて住宅手当を支払った日
イ 賃借借契約期間	自 年 月 至 年 月	円
ウ 賃借借契約の相手方(貸主)	支給対象障害者以外の労働者に通常支払う住宅手当の額	円
エ 賃借施設の所有者(契約の相手方と所有者が相違する場合は、カッコ内にその関係を記載)	ケ (オ又はキいづれか低い方の金額からクを控除した額)	円