

障害者助成金支給請求書(1)

事業所コード 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

認定通知書の左上に記載の事業所コードを記載

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。

令和6年 2月 20日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

この請求書で支給請求する助成金

- 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)

該当の助成金名をチェック

認定申請時から変更がある場合のみ記入

助成金支給決定通知書の送付先・連絡先

送付先・連絡先の所属: 事業主
所属先名称: 総務部人事課
氏名: OO OO
電話番号: 03-000-0000
金融機関名: OO銀行
支店名: OO支店
口座番号: 0000000000

請求事業主: 所在地 東京都XX区△△1-2-3
事業主名: OO△工業株式会社
代表者の役職及び氏名: 代表取締役 △△ △△
請求に係る事業所: 事業所所在地 神奈川県OO市XX9-8-7
事業所名: OO△工業株式会社 神奈川事業所

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
認定通知書に記載されている認定額(1か月あたり)を記載

1 この支給請求書で請求する受給資格

① 認定番号 第 0102 - 505 - 0 号
認定日 令和5年 10月 1日
③ 助成金支給請求対象期間および請求回数 令和5年 8月 1日 ~ 令和6年 1月 31日 請求回数 (1) 回目
④ 認定額 10,000 円

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況

Table with 8 columns: フリガナ氏名, 雇用の有無, 離職した場合の離職日, 離職理由番号, フリガナ氏名, 雇用の有無, 離職した場合の離職日, 離職理由番号

※ 離職理由番号 … 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の「離職理由」欄に記載されている番号

3 事業実施報告

A 設置整備の内容: 作業施設, 福祉施設, 作業施設・福祉施設に付帯する施設(付帯施設), 作業設備, 付属設備
B 賃借の内容: 作業施設, 作業設備, 住宅(世帯用, 単身用), 駐車場(自宅側, 事業所側), 住宅手当の支払

4 支給請求額(上記①及び②の障害者作業施設設置等助成金については、内訳欄に作業施設・付帯施設・作業設備の内訳を記載します。)

Table with 6 columns: 支給請求額, a 助成措置に係る必要費用(注1), b 支給対象費用, c 助成率, d 助成限度額, e 支給請求額
作業施設: 90,000 円, 90,000 円, 1/3, 2/3, 3/4, 300,000 円, 60,000 円
付帯施設: 円, 円, 円, 円, 円, 円, 円
作業設備: 90,000 円, 90,000 円, 1/3, 2/3, 3/4, 300,000 円, 60,000 円

5 支給要件確認申立書の確認項目の変更

認定申請時に提出した支給要件確認申立書(様式第540号)により確認した項目内容の変更の有無
※支給要件確認申立書の内容は裏面を確認してください。方が一、認定申請時と変更がある場合、認定取消しとなる場合があります。

6 補助金等との調整

1 国等の機関からの補助金等の受給の有無
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
3 左記2も有の場合、右欄に補助金等の支給期間名を記入
支給機関名: 円
補助金等の額: 円

※処理欄: 審査結果 支給・不支給, 支給決定日 年 月 日, 決定番号 -
支給額: 円, 施設: 円, 付帯施設: 円, 設備: 円

障害者助成金支給請求書 (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)

(太枠内に入力してください。)

請求事業主名  
 ○□△工業株式会社

請求に係る事業所名  
 ○□△工業株式会社 神奈川事業所

請求日 令和 6年 2月 7日

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等を○で囲んでください。  
 2. 提出書類は番号等の順に整理してください。  
 3. 審査にあたって、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	障害者助成金支給請求書 (1) (様式第621号)	○	○	○		1	
②	第2種作業施設設置等助成金支給対象障害者の出勤状況 (助添付様式第66号)	○	○	○		2	
③	第2種作業施設設置等助成金算定票 (助添付様式第67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診証明書 ・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	○	○	○	・認定申請時に雇入れ予定であった者で認定までに提出できなかった場合にのみ第1回目の支給請求時に添付 ・期間の定めのある労働者であって、認定申請時もしくは前回の支給請求時から今回の支給請求までの間に、機構に提出済の雇用契約書 (写)、労働条件通知書 (写) の雇用契約期間を満了している場合には、更新した労働条件が確認できる書類を添付	4	認定申請時に提出済み
5	雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (写)	○	○	○		5	認定申請時に提出済み
6	雇用契約書 (写)、労働条件通知書 (写) 等支給対象障害者の労働条件が確認できるもの	○	○	○		6	認定申請時に提出済み
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	○	○	○	・支給請求対象期間分の全てを添付 ・支給請求期間中、労働基準法に定める休暇等を取得している者がいる場合は、該当の休みについて記載された就業規則 (写)、及び就業規則に明記された手続が取られていると確認できる書類も併せて添付	7	
⑧	賃金台帳 (写)	○	○	○	支給請求対象期間の最終月分を添付。賃金台帳にて社会保険の加入が確認できない場合は加入が確認できる書類又は加入義務がないことの説明書を添付すること。	8	
⑨	物件借受書 (写)			○	設備の借受年月日が確認できる書類を、第1回目の支給請求時に添付	9	
⑩	賃借物件の写真 (カラー写真)	○	○	○	・第1回目の支給請求時に添付 ・設備の設置写真は、設備全体、改造部分、型式、製造番号を確認できるもの	10	
⑪	労働者就労配置図及び設備配置図	○	○	○	対象障害者を含むすべての労働者、既存設備についても記載	11	
12	支払書類					12	
a	a 金融機関窓口における銀行振込による場合 窓口の場合は銀行振込金受取書 (写)、ATMの場合はご利用明細票 (写)				・支払を分けている場合、各支払ごとに全て添付 ・左記 (dを除く) 全ての支払方法において、該当振込の依頼を行った日、振込日、振込先の口座情報 (金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、受取人) が確認できる書類を添付	a	
b	b 小切手による支払の場合 小切手発行控 (写)、当座勘定照合表 (写) 及び領収書 (写)				・左記 c の場合にあって、発行手形 (写) は、支払期日を経過したもので、当座勘定照合表 (写) は当該発行手形 (写) の引き落としが確認できるもの	b	
c	c 手形 (自社発行手形に限る。) による支払の場合 発行手形 (写)、当座勘定照合表 (写) 及び領収書 (写)				・左記 f の場合にあって、該当書類が出力できない又は該当する画面が存在しない場合には、銀行から発行される書類に替えることも可能 (※ただし、振込の依頼日、振込日、振込先の口座情報 (金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、受取人) が確認できること。)	c	
d	d 現金による支払の場合 現金出納簿 (写) 及び領収書 (写)					d	
e	e 銀行口座引落の場合 通帳の口座情報 (金融機関名、支店名、口座番号等) 記載のページ及び該当部分のページ並びに口座引落に関する協定書等 (写)	○	○	○	・ここでいうCMS (キャッシュ・マネジメント・システム) とは、事業主が直接費用の支払を行わず、親会社やグループ内金融子会社等を経由する等して支払を行うことをいう。	e	
f	f インターネットバンキングによる支払の場合 銀行が振込を行った結果報告画面をプリントアウトした書面 (振込日以降の日付で振込の確認ができるもの)				・ファクタリング等 (支払代行業者等による支払いを含む) の場合は、①及び②の「親会社又はグループ内金融子会社等」を「支払代行業社等」と読み替えて①及び②の書類を提出すること。	f	
g	g CMSを利用した支払の場合 ①親会社又はグループ内金融子会社等との当該行為に関する契約書 (写) ②支給請求者が親会社又はグループ内金融子会社等に当該決済費用を支払を証明する銀行振込受取書等				※支払方法や資金の流れ等が複雑になる場合や、左記のいずれにも該当しない場合には、「支給対象費用の支払に関する意図書」を添付のうえ、支払の事実が確認できる書類の提出がない場合は審査不能により不支給となります。	g	
13	自動車検査証 (写)			○	自動車賃借の場合に添付	13	
14	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。) を受ける場合は当該支給対象経費を明記した規程等及び補助金等の対象項目別補助額を記載した補助金等の申請書 (写) 又は決定通知書 (写)	○	○	○		14	

インターネットバンキングによる支払の場合、  
 出力日が振込日以降の日付である必要があります。

支部担当者

認定番号	0102-505-0
------	------------

対象障害者の出勤状況欄 ※出勤状況欄が不足する場合は、当様式を複数枚使用してください。

フリガナ	障害の種類・程度 *1	支給請求対象期間						雇入れ年月日	
		元号	R	R	R	R	R	退職年月日	
氏名		年	5	5	5	5	5	6	退職理由*4
		月	8	9	10	11	12	1	
シキユウ タロウ	身体 4級	出勤の有無*2	1	1	1	1	1	1	R5年7月1日
支給 太郎		労働者区分の切り替え*3	A	A	A	A	A	A	1 2 3
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							1 2 3
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							1 2 3
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							1 2 3

フリガナ	障害の種類・程度 *1	支給請求対象期間						雇入れ年月日	
		元号	R	R	R	R	R	退職年月日	
氏名		年							退職理由*4
		月							
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							1 2 3
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							1 2 3
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							1 2 3

\*1 「障害の種類・程度」欄は、障害者の新規雇用等により、支給対象障害者を支給請求に係る期間内に追加する場合に記載してください。認定申請時から雇用している者の場合は同欄への記載は不要です。

\*2 出勤があった場合、「1」を記入してください

\*3 「A」は一般 「B」は20時間/週以上～30時間未満 「C」は15時間/週以上～20時間/週未満

\*4 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（事業主通知用）の「喪失原因」欄に記載されている番号に○をしてください（1 離職以外の理由 2 3以外の離職 3 事業主の都合による離職）

第2種作業施設設置等助成金算定票

【作業施設の支給請求額算定情報欄】

支給請求月			A 賃借施設の1か月の賃借料(円)	B Aの施設の面積(㎡)	C 1㎡あたりの賃借料(円) A/B (円未満切捨て)	D Bのうち支給対象となる施設の面積(㎡)	a Dの面積に係る就労/使用人員(人)	b 一人あたりの支給対象面積(㎡) D/a又は28㎡	E 支給対象障害者数(人)	F 支給対象面積 D/a×E	G 支給対象費用の額 F×C (円未満切捨て)	H 費用に対する国等の公共等の機関からの補助金等の額	I 助成金算出基礎額 G-H	J I×助成率(2/3) (円未満切捨て)	K 支給限度額(注)	助成金請求額 (Jの額又はKの額のいずれか低い額)
元号	年	月														
R																
R																
R																
R																
R																
R																

B・D・b・F欄は小数点第2位までを記載(第3位は切り捨てます。また、F欄の算定に当たっては、b欄の記載面積は使用しません。)

合計

【作業設備の支給請求額算定情報欄】

支給請求月			A 支給対象賃借設備1か月の賃借料(円)	B 就労/使用人員(人)	C 支給に係る障害者数(人)	D 支給対象費用(円) A/B×C (円未満切捨て)	E 費用に対する国、地方公共団体又は独立行政法人などの公共機関からの補助金等の額	F 助成金算出基礎額 (D-E)	G F×助成率(2/3) (円未満切捨て)	H 支給限度額(注)	助成金請求額 (Gの額又はHの額のいずれか低い額)
元号	年	月									
R	5	8	15,000	1	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	5	9	15,000	1	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	5	10	15,000	1	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	5	11	15,000	1	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	5	12	15,000	1	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	6	1	15,000	1	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
合計										60,000	

支給限度額の算定

(次の表を用いて算定します。ただし、作業施設と作業設備をあわせて申請した場合の支給限度額は作業施設と作業設備合わせて13万円となりますので、ご注意ください。右記(注)参照)

支給請求月			支給対象障害者数		作業施設			作業設備		
元号	年	月	a 一般労働者数*1	b 短時間労働者数*1	a×130千円	b×65千円	合計	a×50千円	b×25千円	合計
R	5	8	1				千円	50,000		50千円
R	5	9	1				千円	50,000		50千円
R	5	10	1				千円	50,000		50千円
R	5	11	1				千円	50,000		50千円
R	5	12	1				千円	50,000		50千円
R	6	1	1				千円	50,000		50千円

\*1 重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である短時間労働者は上表の「a 一般労働者」に数えます。

注 支給限度額の記載等について

- ① 作業施設のみ申請による支給限度額は、1人当たり月130千円又は65千円となり、作業設備のみ申請による支給限度額は1人当たり月50千円又は25千円となります。これらの場合は、左表の作業施設又は作業設備ごとに積算された額を、作業施設又は作業設備の記載表の「支給限度額」欄に記載してください。
- ② 作業施設と作業設備をあわせた申請による場合の支給限度額は作業施設、作業設備あわせて、1人当たり月130千円又は65千円となりますが、そのうち、作業設備の支給限度額は50千円又は25千円となります。この場合の「支給限度額」の取扱いはこの③のとおりとなります。
- ③ まず、作業設備の助成金支給請求額を確定します。支給対象障害者が一般労働者の場合、その額が作業設備の限度額(1人当たり月50千円)を超えている場合の作業設備の支給限度額は、1人当たり残りの月80千円(130千円 - 50千円)となります。もし、作業設備の支給請求額が当該支給限度額の枠内の額であった場合は、作業施設の支給限度額は、作業施設と作業設備をあわせた支給限度額(130千円)から当該作業設備の支給請求額を差し引いた額となります。
- ④ 「国等の機関からの補助金等の額」欄には、本助成金の支給対象費用と同範囲の費用を対象とする補助金等を受けた場合はその金額を、本助成金の支給対象よりも広範囲の費用を対象とする補助金等を受けた場合は本助成金の対象費用と同範囲となるよう按分した金額を、本助成金の支給対象費用と同範囲の費用を対象とする補助金等を受けていない場合は「0」を記入してください。