

(別添)

都道府県支部受理印

記入例

障害者雇用調整金等の申請期限延長申請書

(申請者)

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
理事長 殿

令和8年●月●日提出

1. 法人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
2. 主たる事務所の所在地及び連絡先電話番号	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県△△市□□町1-1-1 TEL: 〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
3. 令和8年熊本地震の被害を受けた事業所及びその所在地(※)	A事業所 ◇◇県〇〇市△△町2-2
4. 事業主名(代表者名)	株式会社〇〇〇〇 □□ □□

(※) 複数ある場合は、そのうち、特に被害のあった事業所及びその所在地を記載してください。

1 申請期限の延長申請をする障害者雇用調整金等の種類

種 類	申請対象期間	法定期限
障害者雇用調整金	令和 年 月 ~ 令和 年 月	令和 年 月 日
在宅就業障害者特例調整金	令和 年 月 ~ 令和 年 月	令和 年 月 日
報奨金	令和 7 年 4 月 ~ 令和 8 年 3 月	令和 8 年 7 月 3 1 日
在宅就業障害者特例報奨金	令和 年 月 ~ 令和 年 月	令和 年 月 日

(種類欄にあるもののうち、申請期限の延長の申請をしようとするものすべてに○印を付してください。)

2 申請期限の延長申請をする理由

特定被災区域内にあるA事業所が被災したため復旧作業を行っているが、被害の影響が長引いて現在も正常な業務体制がとれない状況であり、当該A事業所分の資料がそろわないため、報奨金の支給申請期限である令和8年7月31日までに申請することができなかったため。

3 その他参考事項

「2 申請期限の延長を申請する理由」欄には、令和8年熊本地震による被災と法定期限までに支給申請ができなかったことの因果関係が明確になるよう、具体的に記入してください。

(※) 本申請に係る申請期限の延長(非延長)は、厚生労働大臣が決定します。

都道府県支部
記載欄