

障害者助成金受給資格認定申請書(2)

事業所 コード		<input type="radio"/>		受理年月日(障害者助成部)		受理年月日			
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。 2025年 4月 25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 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱) ② <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の継続措置) ③ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の中高齢等措置) ④ <input checked="" type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱) ⑤ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の継続措置) ⑥ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の中高齢等措置) ⑦ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(健康相談医の委嘱) ⑧ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職業生活相談支援専門員の配置又は委嘱) ⑨ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職業能力開発向上支援専門員の配置又は委嘱) ⑩ <input type="checkbox"/> 重度障害者等通勤対策助成金() ⑪ <input type="checkbox"/> 重度障害者等通勤対策助成金() ⑫ <input type="checkbox"/> 重度障害者等通勤対策助成金(通勤用バスの運転従事者の委嘱)						本社又は主たる事務所の雇用保険適用事業所番号 ****-*****-*		事業主の法人番号 *****	
認定申請する助成金の種類について、該当するものの口にチェックをしてください。						助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先			
申請事業主		所在地 (〒261-●●●●●) 千葉県千葉市●●区●●-●-●		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) 総務課			
(フリガナ) 事業主名 カブシキガイシャマクハリインサツ 株式会社幕張印刷		(フリガナ) 代表者の役職及び氏名 ダイエイウトリシマリヤク マクハリ タロウ 代表取締役 幕張 太郎		担当者氏名 美浜 花子		電話番号 06-●●●●●-●●●●●			
申請に係る事業所		事業所所在地 (〒530-●●●●●) 大阪府大阪市●●区●●町●●●●●		金融機関名 ●●銀行		コード番号 0 0 0 1			
(フリガナ) 事業所名 カブシキガイシャマクハリインサツ オオサカシギョウジョ 株式会社幕張印刷 大阪事業所		支店名 ●●●支店		口座番号 0 1 2 3 4 5 6		コード番号 0 0 1			
提出代行者事務代理人		<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事務代理人 <input type="checkbox"/> 代理人		住所 〒()		職名・氏名			
事務所名		電話番号		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他		<input checked="" type="checkbox"/> 口座番号			
1 この申請書で申請する支給対象障害者		<input checked="" type="checkbox"/> 別添(助添付様式第71号)「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他		<input checked="" type="checkbox"/> 口座番号			
2 申請内容(配置又は委嘱の概要)記載欄		<input type="checkbox"/> 職場介助者(<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱)		<input checked="" type="checkbox"/> 手話通訳等担当者 <input checked="" type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱) (<input checked="" type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他)		<input type="checkbox"/> 健康相談医 <input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 通勤援助者 <input type="checkbox"/> 通勤用バスの運転従事者			
<input type="checkbox"/> 職業生活相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱)		<input type="checkbox"/> 職業能力開発向上支援専門員(<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱)		<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事務代理人 <input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 健康相談医 <input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 通勤援助者 <input type="checkbox"/> 通勤用バスの運転従事者			
② 配置する者の氏名等		a フリガナ氏名 テハ イロウ 千葉 一郎		b 生年月日 1973年 1月 1日		c 雇用年月日 2012年 4月 1日			
d 所属先 株式会社幕張印刷 大阪事業所		e 配置開始年月日 令和7年 5月 15日		f 労働者区分(注1) <input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 特定短時間		g 雇用保険被保険者番号 ****-*****-*			
(注1)「一般」:週の所定労働時間が30時間以上の者 「短時間」:週の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者 「特定短時間」:週の所定労働時間が10時間以上20時間未満		③ 委嘱相手の氏名等		a フリガナ氏名 ※1		b 委嘱相手が所属する機関等名称・機関等所在地又は委嘱者の居住地住所			
c 委嘱による措置の開始年月日		d 委嘱契約日		年 月 日		年 月 日			
年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
※1 手話通訳等担当者を団体に委嘱する場合であって、認定申請書を提出しようとするときまでに手話通訳等担当者に係る氏名等の情報を得ていないときは、当該氏名欄を未記入のまま提出し、当該手話通訳等担当者に係る要件適合に関する証明書(写し)等の添付書類の提出時期を後日とすることができます。この場合は、当該委嘱を行った日以降、速やかに当該氏名に係る連絡及び未提出添付書類の提出を行わなければなりません。		処理欄(※2)		審査結果		認定・不認定			
認定日		認定番号		年 月 日		-			

(※2) 記入不要です。(機構本部記入欄)

助添付様式第71号

助成金申請に係る支給対象障害者【添付枚数 全

該当する区分にチェックしてください。

○ 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□は、該当するものに点を入れてください。)

申請する助成金の番号(認定申請書に記載)①、②及び③の助成金については、本様式に記載する障害者は1名のみとなります。

申請する助成金の番号(認定申請書に記載)⑦、⑧、⑨、⑩及び⑫の助成金については、本様式に記載する障害者は6名以上となります。

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(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
キコウ 知太 機構 太郎	1977/3/1	2025/4/1	身体(聴覚)障害	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 <input type="checkbox"/> 特定短時間	****-*****-*	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当 ()
	仕事の内容等		仕事内容を具体的に記入してください。		配置・委嘱が必要な理由	手話通訳者等による支援が必要な理由を具体的に記入してください。			
<input type="checkbox"/> 35歳以上									

中高年齢等措置に係る助成金を申請する場合は、チェックしてください。

中高年齢等措置に係る助成金を申請する場合は、加齢に伴う変化によって就労困難性が増した状況について、併せてご記入ください。

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(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
<input type="checkbox"/> 35歳以上					<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 <input type="checkbox"/> 特定短時間		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 ()
	仕事の内容等				配置・委嘱が必要な理由				

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(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
<input type="checkbox"/> 35歳以上					<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 <input type="checkbox"/> 特定短時間		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 ()
	仕事の内容等				配置・委嘱が必要な理由				

(注) 「一般」 週の所定労働時間が30時間以上の者
「短時間」 週の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者
「特定短時間」 ... 週の所定労働時間が10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者

事業・支援計画書 (2)

申請に係る助成金名(該当する助成金名の□にレ点を入れます。)

- ① 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱)
- ② 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の継続措置)
- ③ 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の中高年齢等措置)
- ④ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱)
- ⑤ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の継続措置)
- ⑥ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の中高年齢等措置)
- ⑦ 障害者介助等助成金(健康相談医の委嘱)
- ⑧ 障害者介助等助成金(職業生活相談支援専門員の配置又は委嘱)
- ⑨ 障害者介助等助成金(職業能力開発向上支援専門員の配置又は委嘱)
- ⑩ 重度障害者等通勤対策助成金(指導員の配置)
- ⑪ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤援助者の委嘱)
- ⑫ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤用バスの運転従事者の委嘱)

認定申請する助成金の種類について、該当するものの□にチェックをしてください。

1 申請に係る事業主・事業所(事業主団体)の概要

フリガナ	カブシキガイシャマクハリインサツ		経営者	役職	氏名	備考
事業主名	株式会社幕張印刷		〔 多数の場合は、主要メンバーのみで可〕	代表取締役	幕張 太郎	
事業主団体名				取締役	●● ●●	
フリガナ	ダイヒョウトリシマリヤク マクハリ タロウ			取締役	●● ●●	
代表者の役職及び氏名	代表取締役 幕張 太郎		企業概要	主たる事業の種類又は主な取扱品	印刷業 (産業中分類番号) 1 5	
沿革 (設立年月日 合併 名称変更等)	199●年●月●日 設立(株式会社◆) 201●年●月●日 ●●株式会社と合併 202●年●月●日 株式会社幕張印刷に名称変更			中小企業該当の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		常時雇用する労働者数		30 人		
		資本金・出資の総額		1,000 万円		
フリガナ	カブシキガイシャマクハリインサツ オオサカジギョウシヨ		事業所 設立年月日	19●●年●月●日		
事業所名	株式会社幕張印刷 大阪事業所					
事業所概要	主たる事業の種類又は主な取扱品	印刷業 (産業中分類番号) 1 5	申請事業所における障害福祉サービス等実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 有の場合、介助者の障害福祉サービス専従の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		

申請事業所における雇用状況

	① 常用労働者総数 (②から⑧の合計数)	② 身体障害者数		③ 知的障害者数	④ 精神障害者数	⑤ 発達障害者数	⑥ 高次脳機能障害者数	⑦ 難病等にかかっている者の数	⑧ 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	15 人	2 人		3 人	1 人				9 人

2 配置・委嘱計画

配置・委嘱する職場介助者等の区分(該当するものの□にレ点を記載)

- 職場介助者(配置 委嘱)
- 手話通訳等担当者(配置 委嘱) 手話 要約筆記 その他
- 健康相談医 職業生活相談支援専門員(配置 委嘱) 職業能力開発向上支援専門員(配置 委嘱)
- 指導員 通勤援助者 通勤用バスの運転従事者

該当するものの□にチェックをしてください。

(1) 配置・委嘱者の氏名・略歴等

① 配置・委嘱者氏名

委嘱者の補助員(委嘱者の補助として事前に委嘱している場合に記載)

千葉 一郎

② 配置・委嘱者の略歴(資格要件がある配置・委嘱者については、資格要件に係る略歴を記載)

※手話通訳・要約筆記等担当者について、他の手話通訳・要約筆記等担当者の認定を受けている場合は、当該認定番号を記載してください。

1996年 3月 ●●大学 卒業
 1996年 4月 △△運輸株式会社 入社
 2012年 4月 株式会社幕張印刷 入社

20●●年 ●●県手話通訳士資格取得
 20●●年 ●●県要約筆記資格取得

○資格要件に係る略歴を記入してください。
 ○2人目以降の氏名・略歴等については、任意の書式で記載したものを別紙として添付してください。

※支給対象障害者の人数を超える手話通訳・要約筆記等担当者を配置することはできません。

(2) 配置・委嘱計画の概要

① 介助者等の配置又は委嘱をしなければ支給対象障害者の適当な雇用を継続することができない課題と対策の概要(支給対象障害者の雇用の継続上の隘路、介助者等の配置又は委嘱による支援の概要、介助者等の配置又は委嘱による効果の概要(効果の概要の記載欄は次ページになります。))

a 雇用の継続上の課題

○従事している作業内容(雇用予定者は従事予定の作業内容)
 ○作業場所
 ○作業環境
 ○就労や雇用管理を行う上で障害により就労上、困難となっている課題(雇用予定者の場合には、ご本人との相談や実習等での観察により見られた課題)、加齢に伴う変化によって就労困難性が増した状況等について、具体的に記入してください。

b 介助者等の配置又は委嘱による支援の概要

上記aの課題を踏まえて、手話通訳・要約筆記等担当者の配置により、どのような支援を図るのかについて記入してください。

「b 介助者等の配置又は委嘱による支援の概要」の記載要領

- ① 職場介助者、健康相談医、職業生活相談支援専門員、職業能力開発向上支援専門員、指導員、通勤用バスの運転従事者の配置又は委嘱の場合は、次ページに1日当たりの業務日課計画を記載します。
この欄への記入は、このことにご留意のうえご記入ください。
- ② 手話通訳等担当者、健康相談医については、6ヶ月を1期間として、実施の頻度がわかるように記入してください。
- ③ 通勤援助者については、通勤援助の実施期間及び期間内の実施内容を記載します。

c 介助者等の配置又は委嘱による効果の概要

手話通訳・要約筆記等担当者を配置することで、どのような効果が見込めるかについて記入してください。

② 職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者(配置のみ)、健康相談医、職業生活相談支援専門員、職業能力開発向上支援専門員、指導員及び通勤用バスの運転従事者の業務日課の計画

【記載注意】

配置・委嘱者の1日の介助等の業務日課を次の表の中に表してください。

支給対象障害者について始業時間の以前又は以後から終業時間の以前又は以後の勤務又は通勤の日課を記載して、その時間に対応した申請に係る介助者等の業務について説明してください(職場介助者の配置又は委嘱に係る助成金については、支給対象障害者の始業から終業までの勤務の流れを時間経過で記載し、その勤務に対応する職場介助の業務について、職場介助者の業務日課欄に記載します。)

なお、職業生活相談支援専門員及び職業能力開発向上支援専門員は所定労働時間の概ね7割以上、同専門員として業務に従事している者であるかわかるよう業務日課を表の中に表してください。

1日の流れ	支給対象障害者の勤務	職場介助者等の業務日課
始業	9:00 勤務開始・朝礼	朝礼の内容を手話で通訳する 対象障害者の手話による発言を他の社員に通訳する (15分)
	9:15 版下制作業務	上司や同僚と打ち合わせをする際に手話により通訳を行う (30分)
休憩	12:00～13:00 休憩・昼食	12:00～13:00 休憩・昼食
	13:30 取引先との打ち合わせ	打合せの内容を手話で通訳する 支給対象障害者の手話による発言を相手に通訳する (30分)
	14:00 版下制作業務	上司や同僚と打ち合わせをする際に手話により通訳を行う (15分)
	16:00 関連部署との制作会議(週1回)	会議の内容を手話で通訳する 対象障害者の手話による発言を他の社員に通訳する (30分)
終業	17:00 勤務終了	
		1日の業務想定時間数(職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者、健康相談医、職業生活相談支援専門員、職業能力開発向上支援専門員は所定内労働時間内に限る。)
		2 時間

③ 申請に係る事業所の配置者の所属部署と支給対象障害者の所属先との関係図(配置助成金のみ)

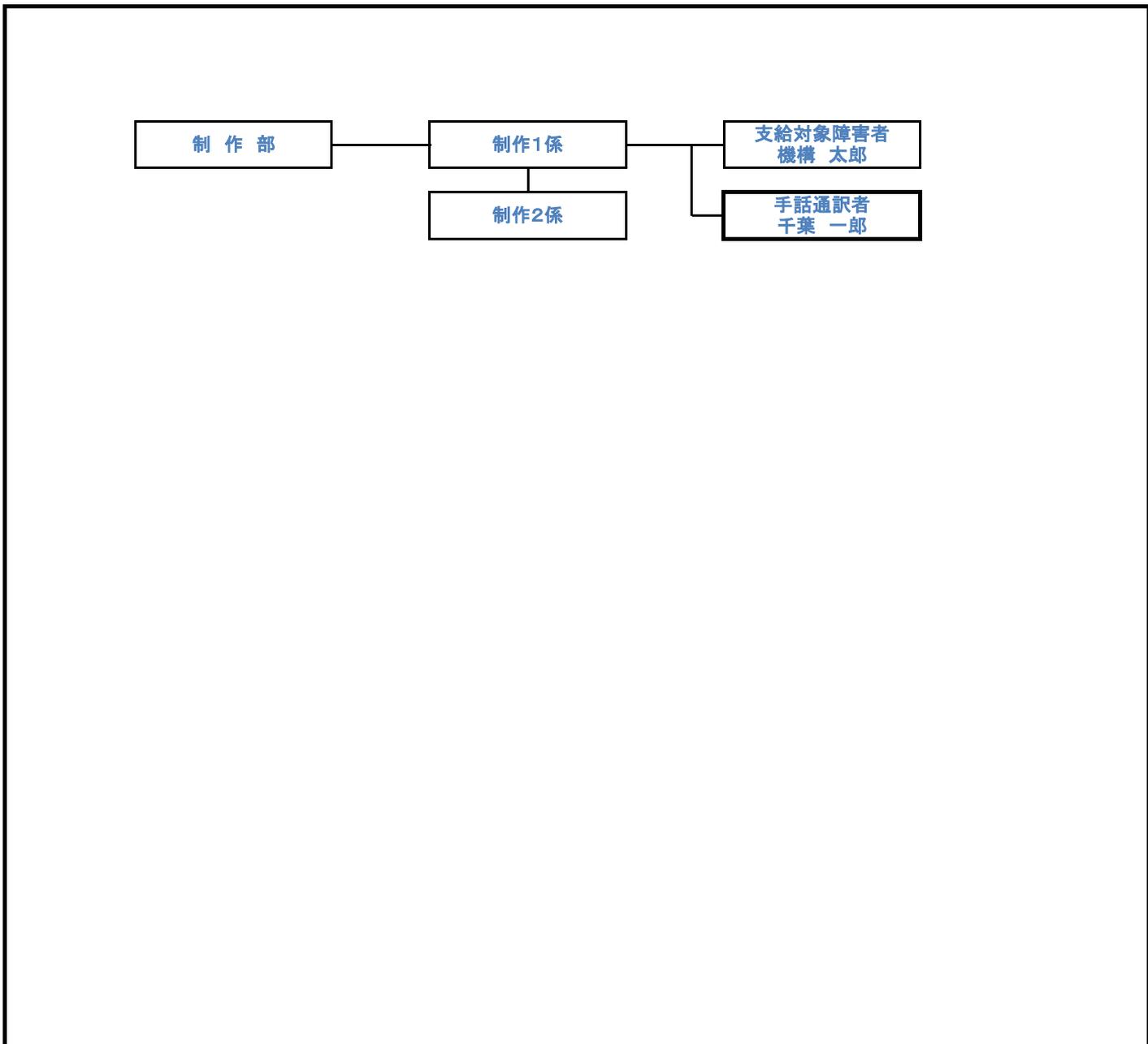
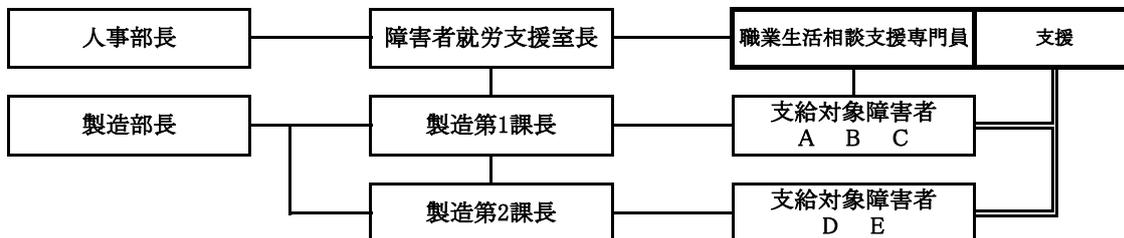
【例1】

人事部庶務1課に職場介助者を配置し、同課の支給対象障害者に対し、措置を実施する場合。



【例2】

職業生活相談支援専門員を人事部にある「障害者就労支援室」に配置して、製造部門に配置されている支給対象障害者に対する措置を実施する場合。配置した職業生活相談支援専門員は障害者就労支援室長の直属の者であることを想定した例



助成金の支給対象費用と非支給対象費用との仕分表

事業所名 **株式会社幕張印刷 大阪事業所**

【本仕分表の目的】 本助添付様式は、助成金の支給対象費用の算出基礎に含めることができる手当等を正確に把握するために、中途障害者等技能習得支援、中高年齢等障害者技能習得支援助成金の支給対象障害者、職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者、職業生活相談支援専門員又は職業能力開発向上支援専門員若しくは介助者等資質向上措置助成金の支給対象介助者等に支給される可能性のある「賃金規程に明記されている基本給、諸手当」について、労働基準法第37条の割増賃金の基礎となる手当等とそれ以外の手当等とに適切に仕分けていただくための様式です。

* 記入内容については、必ず給与担当者の確認を受けてください。

1 割増賃金の基礎額から除外する手当等の名称			2 厚生労働省が割増賃金の基礎とならないものとして限定列挙している手当※7	3 割増賃金の基礎額に含める基本給、手当等の名称
(1) 臨時に支払われる賃金※1	(2) 1か月を超える期間ごとに支払われる賃金	(3) 「通常の労働時間以外の時間における労働等」の対価として支給される手当※2		
私傷手当	精勤手当	時間外労働手当	家族手当※3 <input type="checkbox"/> 全額一律支給 <input type="checkbox"/> 一部一律支給 (円) <input checked="" type="checkbox"/> 全額状況に応じて支給	(1) 基本給
加療見舞金	奨励加給又は能率手当	休日出勤手当	通勤手当 <input type="checkbox"/> 全額一律支給 <input type="checkbox"/> 一部一律支給 (円) <input checked="" type="checkbox"/> 全額状況に応じて支給	(2) 役職手当
退職金	勤続手当	宿・日直手当	別居手当※4 <input type="checkbox"/> 全額一律支給 <input type="checkbox"/> 一部一律支給 (円) <input checked="" type="checkbox"/> 全額状況に応じて支給	(3) 調整給
	能率手当	時間外待機手当	子女教育手当※5 <input type="checkbox"/> 全額一律支給 <input type="checkbox"/> 一部一律支給 (円) <input checked="" type="checkbox"/> 全額状況に応じて支給	(4) 業績給
<div style="border: 2px dashed blue; padding: 5px; text-align: center;"> 本助添付様式は機構が確認した後、 確認印を押印し事業主に返戻します。 </div>			住宅手当※6 <input type="checkbox"/> 全額一律支給 <input checked="" type="checkbox"/> 一部一律支給 (10,000 円) <input type="checkbox"/> 全額状況に応じて支給	(5) サービス管理責任者手当
				(6) 主任手当
				(7)
				(8)

※1 「臨時に支払われる賃金」とは、賃金規程に明記されている結婚手当、私傷病手当、加療見舞金、退職金等をいいます。
 ※2 「通常の労働時間以外の時間における労働等の対価として支給される手当」とは、時間外労働手当(超過勤務手当、残業手当等)、休日出勤手当(休日労働手当等)、宿・日直手当(当直手当等)、時間外待機手当(休日待機手当等)等をいいます。
 ※3 「家族手当」とは、家族を扶養している従業員に支給される配偶者手当等をいいます。
 ※4 「別居手当」とは、通勤の都合により同一世帯の扶養家族と別居を余儀なくされる労働者に対して、世帯が二分されることによる生活費の増加を補うために支給される単身赴任手当等をいいます。
 ※5 「子女教育手当」とは、子育て支援の一環として、特に学費の負担が大きい大学等に在学中の時期を支援するために支給される扶養手当等をいいます。
 ※6 「住宅手当」とは、賃借契約をしている住居費用(家賃)及び従業員の持ち家のローンを補助する住居手当等をいいます。
 ※7 イ 「全額一律支給」とは、その手当の全てが「一律に支給される手当」であるものをいいます。
 例えば、「扶養家族の有無、家族の人数に関係なく一律に支給される家族手当」、「通勤に要した費用や通勤距離に関係なく一律に支給される通勤手当」及び「住宅の形態ごとに一律に定額で支給される住宅手当等」が該当します。
 ロ 「一部一律支給」とは、該当手当の中に「一律に支給される手当」及び「状況に応じて支給される手当」の両方が含まれる場合をいいます。
 「一部一律支給」に該当する場合、()内に当該一部一律支給額を記入してください。
 ハ 「全額状況に応じて支給」とは、その手当の全てが「状況に応じて支給される手当」をいいます。
 例えば、「家族の人数に応じて支給される家族手当」、「通勤に要した費用に応じて支給される通勤手当」及び「住宅に要する費用に応じて算定される住宅手当」等が該当します。