

障害者助成金支給請求書(2)

事業所コード

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支給を受けたいので請求します。 2025年 12月 21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 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(健康相談区の委嘱)
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)
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)

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
所属先名称(部署等)
氏名
電話番号

請求事業主
所在地
事業主名
代表者の役職及び氏名
請求に係る事業所
事業所所在地
事業所名

助成金振込希望金融機関名
金融機関名
支店名
口座種別
口座番号
中小企業該当の有無
常用労働者数
資本金・出資の総額
産業中分類番号

提出代行者
事務所名
住所
電話番号
職名・氏名

1 この支給請求書で請求する受給資格の認定番号等
認定番号
認定日
認定に係る支給期間
前回支給決定額

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

3 事業実施報告記載欄
① 介助者等の種類
② 障害者介助等助成金(職場介助者の配置及び委嘱)の支給対象障害者の区分

③ 助成対象措置を実施した介助者等氏名
④ 支給請求対象期間
⑤ 支給請求回数
⑥ 障害福祉サービス等実施の有無

4 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

5 補助金等との調整
① 支給対象費用を対象とする国等の機関からの補助金等の受給の有無
② ①で有の場合、補助金等の支給機関名及び補助事業名
③ 補助金等の額(円)
支給請求額(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

助成金の種類 (該当する助成金の口欄にレ点を入れてください。)

職場復帰支援 職場介助者の配置 (継続措置 中高年齢等措置) 手話通訳・要約筆記等担当者の配置 (継続措置 中高年齢等措置)

職場支援員の配置 (中高年齢等措置) 職業生活相談支援専門員の配置 職業能力開発向上支援専門員の配置

認定番号 1223-507-● 支給回数 第 1 回

該当する助成金にチェックしてください。

支給対象障害者の出勤状況申告欄

フリガナ	キコウ タロウ																	
氏名	機構 太郎																	
退職年月日	年 月 日					年 月 日					年 月 日							
退職理由(※1)	<input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3					<input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3					<input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3							
請求年月	所定労働日数	出勤日数	有給休暇等日数	欠勤日数	短時間等切替(※2)	備考	所定労働日数	出勤日数	有給休暇等日数	欠勤日数	短時間等切替(※2)	備考	所定労働日数	出勤日数	有給休暇等日数	欠勤日数	短時間等切替(※2)	備考
年 月																		
2025 6	21	18	2	1														
2025 7	20	19	1															
2025 8	21	19	1	1														
2025 9	19	17	2															
2025 10	18	18																
2025 11	23	20	3															

その月の初日から末日までの日数について、下記「記入上の注意」の3(3)に従って各項目の日数を記入してください。
(例) 4月は4月1日～4月30日の間の所定労働日数、出勤日数等

「短時間等切替」の項目は、手話通訳・要約筆記等担当者助成金では、記入不要です。

特定短時間労働者で雇用保険被保険者の適用を受けない方はチェック不要ですが、退職理由が確認できる書類(退職届等)を提出してください。

<記入上の注意>

- 添付上の注意事項
本様式は、同助成金の支給請求に係る支給請求対象期間内6ヶ月において、支給対象障害者の出勤状況について申告するものです。
- 助成金の種類等の欄について
助成金の種類、認定番号及び支給請求回は支給請求書に記載したものと同一記載となります。
- 支給対象障害者の出勤状況申告欄について
 - 「退職年月日」及び「退職理由」欄は、支給対象障害者が退職した場合に記載します。退職理由の番号及び退職年月日は添付される「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」の記載事項に合致します。
 - 「請求年月」欄の年、月の欄には、支給請求対象期間の年、月を記載します。
 - 所定労働日数等への記載は請求年月の初日から末日までの状況について、整数で記入して下さい。賃金締め切り単位ではありません。(ただし、職場復帰支援助成金及び職場支援員の配置又は委嘱助成金(中高年齢等措置を含む。))については、請求年月に対応する賃金締め切りの初日から締めまでの所定労働日数や出勤日数等を記載してください。
 - 「所定労働日数」欄には、公休日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記入して下さい。
 - 「出勤日数」欄には、①の所定労働日に対して出勤した日数を記入してください。
具体的には、原則として、次の日の合計日数となります。
 - 受給資格認定を受けた事業所で所定労働時間の半分以上就労した日
 - 出張した日(研修日を含む)
 - 休日に出勤した日
 - 「有給休暇等日数」欄には、次の日数の合計日数を記入してください。
 - 労働基準法第39条に基づく年次有給休暇、年次有給休暇以外の法定休暇、同法第65条に定める産前産後の休業により休んだ日
 - 人工透析のために勤務していない日
 - 就業規則又は雇用契約書等において定められた休職制度等に基づき、負傷又は疾病(医師の診断書等により内容が確認できるものに限る)による療養のために休業した日
 - 慶弔による休暇、夏季休暇といった特別休暇等であって、就業規則又は雇用契約書等に記載する休暇等により出勤していない日
 - 「欠勤日数」欄には、公休日を除き、③以外の理由により休んだ日数を記入して下さい。
なお、生産調整等、会社都合の事由により休んだ日は、就業規則の定めに関わらず、欠勤日として取扱います。
 - 「備考」欄には、休日出勤を行った日数とその振替休日の日数を記入してください。

※1 退職理由の番号1～3は、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の口欄にレ点を入れてください。

※2 「短時間等切替」欄
支給対象障害者の区分に変更があった場合は次のA～Fのアルファベットを記入して下さい。
「A」短時間 ⇒ 一般
「B」一般 ⇒ 短時間
「C」短時間 ⇒ 特定短時間
「D」特定短時間 ⇒ 短時間
「E」一般 ⇒ 特定短時間
「F」特定短時間 ⇒ 一般

一般 とは・・・週の所定労働時間が30時間以上の者
短時間 とは・・・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 とは・・・週の所定労働時間が10時間以上20時間未満である者(支給対象障害者が重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である場合に限り)をいいます。

介 助 ・ 支 援 状 況 報 告 書

認定番号 1223-507-●

6 月			7 月			8 月			9 月			10 月			11 月		
日	曜日	介助等時間 (時間:分)															
1	金	1:23	1			1			1			1			1		
2	土		2			2			2			2			2		
3	日		3			3			3			3			3		
4	月	2:25	4			4			4			4			4		
5	火	1:28	5			5			5			5			5		
6	水	2:30	6			6			6			6			6		
7	木		7			7			7			7			7		
8	金		8			8			8			8			8		
9	土		9			9			9			9			9		
10	日		10			10			10			10			10		
11	月	1:48	11			11			11			11			11		
12	火	0:30	12			12			12			12			12		
13	水	1:25	13			13			13			13			13		
14	木	2:13	14			14			14			14			14		
15	金	1:48	15			15			15			15			15		
16	土		16			16			16			16			16		
17	日		17			17			17			17			17		
18	月	0:18	18			18			18			18			18		
19	火	1:30	19			19			19			19			19		
20	水		20			20			20			20			20		
21	木	2:45	21			21			21			21			21		
22	金	1:20	22			22			22			22			22		
23	土		23			23			23			23			23		
24	日		24			24			24			24			24		
25	月	0:35	25			25			25			25			25		
26	火	1:28	26			26			26			26			26		
27	水	2:10	27			27			27			27			27		
28	木	1:30	28			28			28			28			28		
29	金	0:30	29			29			29			29			29		
30	土		30			30			30			30			30		
31			31			31			31			31			31		
合 計		27:36	合 計			合 計			合 計			合 計			合 計		
端数処理後 の時間数		28	端数処理後 の時間数														

・介助時間は時間表記で記入してください。
(例)1時間23分の場合、1:23

・介助の実績がない日は、空欄としてください。

・以降の支給対象月についても青字の記入例と同様に、該当する曜日及び介助時間数を記入してください。

合計の時間数に1時間未満の端数が生じた場合、
30分以上は1時間に切り上げ、30分未満は切り捨てます。

助成金の支給対象となる職場介助者等による業務介助の実施日及び実施時間について、上記に相違ないことを支給対象障害者及び職場介助者等に確認させていること。

確認させた 確認させていない

本助成金の受給に係る介助・支援状況について、上記のとおりであることを報告します。

2026 年 1 月 18 日

事業所名 代表者の役職名・氏名 株式会社幕張印刷 大阪事業所長 ●●●●