

### 10-1 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

【中途障害者等技能習得支援助成金、中高年齢等障害者技能習得支援助成金、介助者等資質向上措置に係る助成金】

#### ① 支給要件確認申立書（様式第 540 号）記入方法

申請にあたっては、認定申請書以外に添付書類が必要となります。  
 〔提出先〕申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部（以下「支部」といいます。）  
 〔提出期限〕各助成金のページをご覧ください。  
 〔印刷して提出する場合の部数〕3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

様式第540号

(R7.4.1)

#### 支給要件確認申立書（助成金）

| 事業主記載事項   |          |
|---|----------|
| <p>○ 事業活動等に係る状況(はいまたはいいのどちらかを○で囲んでください。申請する助成金の名称を記載してください。)<br/>                 (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。)</p>  |          |
| 1 障害者雇用納付金関係助成金の不正受給等により不支給措置が執られている。   | (はい・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。<br>認定申請を行うとする日の前日から起算して過去1年以内に当該処分を受けた。  | (はい・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・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・いいえ) |
| 5 次の(1)～(8)までに掲げるいずれかに該当する暴力団関係事業所の事業主である。<br>(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。<br>(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。<br>(3)暴力団員がその事業活動を支配している。<br>(4)暴力団員が経営に実質的に関与している。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(8)(1)から(4)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・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・いいえ) |
| 7 役員等の氏名、役職及び生年月日が記載されている別紙「役員等一覧」又は同内容の記載がある書類を添付している。   | (はい・いいえ) |
| 8 次の(1)から(3)までに掲げる事項全てについて、あらかじめ同意する。<br>(1)独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構(以下「機構」という。)が助成金の支給に係る審査に必要な事項について確認・実地調査を行う際に協力すること。<br>(2)不正受給を行った場合、機構が不支給措置を講じるほか、当該事業主名等を公表すること。<br>(3)不正受給等により受給した助成金又はその他の請求金(①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から不正受給により返還を求められた額の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額)を返還又は納付等すること。  | (はい・いいえ) |

1から8まで記載事項については、いずれも相違なく、変更が生じた場合は速やかに申し出ます。また、1から8までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を機構が行う場合には協力します。

また、申請する助成金が障害者雇用相談援助助成金である場合においては、障害者雇用相談援助事業を実施する事業主(利用事業主名)の氏名、住所、電話番号(1行の欄)を記載し、かつ、申請する助成金の種類(1行の欄)にも該当しないことを確認しました。これについても変更

認定申請書に記載の申請日と同じ日付を記載してください。

2026年 10月 1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                          | 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3   |   |
|          | 事業主名                         | 株式会社 J E F D       |   |
|          | 法人番号                         | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇       |   |
|          | 代表者の役職及び氏名                   | 代表取締役社長 幕張 花子      |   |
| 申請に係る事業所 | 所在地                          | 東京都〇〇区〇〇〇〇1-1-1    | 「申請に係る事業所」欄には、支給対象障害者が実際に勤務する事業所について記載してください。 |
|          | 事業所名                         | 株式会社 J E F D 東京営業所 |   |
| 連絡先      | 所属先名称(部署等)及び氏名               | 総務部人事課 海浜 太郎       | 電話番号 043-000-0000                             |
|          | 代理人又は社会保険労務士(提出代行者・事務代理者の表示) | 所在地                | 電話番号  |
|          | 名称                           |                    | 登録番号  |
|          | 氏名                           |                    | 番号  |

(裏面に続く)

(裏面)

【代理人又は社会保険労務士(以下「代理人等」という。)記載欄 ※事業主等が直接申請する場合は記載不要です】 (R7.4.1)

本助成金に関し、審査に必要な事項についての確認又は実地調査を独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が行う場合には協力します。

また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為により申請事業主等が、本来受けることのできない助成金を受けた又は受けようとした場合であって、代理人等が故意に不正受給に関与していた場合(偽りその他不正の行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合を含む。)は、

1. 申請事業主等が負担すべき一切の債務について、申請事業主等と連帯し、請求があった場合、直ちに請求金(①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から不正受給により返還を求められた額の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額を指す。以下について同じ。)を弁済すべき義務を負うこと
2. 代理人等に係る事務所(又は法人等)の名称、所在地、氏名及び不正の内容等が公表されること
3. 不認定、認定の取消し、不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して5年間(取り消した日から起算して5年を経過した場合であっても、不正受給に係る請求金が全額納付されていない場合は、時効が完成している場合を除き、納付日まで)は、障害者雇用納付金制度に基づく助成金に係る代理人が行う申請又は社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請が受理されないことについて承諾します。

|             |    |
|-------------|----|
| 代理人又は所在地    | 電話 |
| 社会保険労務士     | 番号 |
| (提出代行者・事務名称 | 登録 |
| 代理者の表示)     | 番号 |
| 氏名          |    |

**記載にあたっての留意点**

- 一 この様式第540号は、障害者雇用納付金関係助成金(以下「助成金」という。)の認定申請の際又は記載内容に変更があった等により機構から提出を求められた際に、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及び8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、不正受給となる場合があります。
- 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8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受給資格の認定及び支給を受け、又は受けようとするをいいます。
- 五 1は、助成金の不正受給等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○を付けて下さい。
- 六 2は、認定申請の場合は認定申請する日の前日から起算して過去1年以内に労働基準法(昭和22年法律第49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○を付けてください。また、重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金又は重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金の支給請求の際、提出される場合は、「認定申請する日の前日」を「支援計画書作成年月日の前日」に読み替えるものとします。
- 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○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○を付けてください。
- 十一 7で、別紙「役員等一覧」を添付しない場合は、同内容が記載された別の書類を提出してください。

不正受給及び不正受給に対する措置について

- 1 「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受給資格の認定又は支給を受け、若しくは受けようとするをいいます。
- 2 不正受給を行った事業主等に対しては、不正受給により受給した助成金又はその他の請求金(①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から不正受給により返還を求められた額の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額について返還及び納付並びに助成金の5年間の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。
- 3 支給対象事業主以外で偽りその他不正の行為に関与した事業主に対しては、2の返還金又はその他の請求金について、不正受給を行った申請事業主等と連帯し、請求があった場合に弁済していただくほか、併せて助成金の5年間の不支給措置及び機構のホームページに事業主名等を公表します。
- 4 不正受給を行った事業主等の役員(偽りその他不正の行為に関与した者に限る。)が、他の事業主等の役員である場合は、この他の事業主等に対しては、助成金の5年間の不支給措置を講じます。
- 5 代理人等が偽りの届出、報告、証明等を行い、助成金の受給資格の認定及び支給を受け、又は受けようとした場合は、2の返還金又はその他の請求金について、不正受給を行った申請事業主等と連帯し、請求があった場合に弁済していただくほか、併せて助成金の5年間の不支給措置及び機構のホームページに代理人等名等を公表します。

また、不正受給により生じた助成金又はその他の請求金の返還又は納付の履行が終了していない事業主等は、時効が成立している場合を除き、助成金の支給を受けることができません。

役員等一覧

法人名 株式会社JEED

---

法人番号 ○○○○○○○○○○○○○○

---

事業所名称 株式会社JEED 東京営業所

---

雇用保険適用事業所番号 ○○○○-○○○○○○○-○

| 役員等氏名<br>(漢字) | 役員等氏名<br>(カナ) | 役職      | 生年月日     |
|---------------|---------------|---------|----------|
| 幕張 花子         | マクハリ ハナコ      | 代表取締役社長 | ○年 ○月 ○日 |
| ○○ ○○         | ○○○ ○○○       | 取締役     | ○年 ○月 ○日 |
| ○○○ ○○        | ○○○○ ○○       | 監査役     | ○年 ○月 ○日 |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |
|               |               |         | 年 月 日    |

注1) 法人番号は、平成27年10月以降国税庁長官から当社等に通知された13桁の番号を記載してください。

注2) 「役員等」とは、事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者をいいます。

注3) 個人事業主の場合、事業主本人について記載ください(役職除く)。

注4) 役員等の就任中に氏名の変更等があった場合は、変更前の氏名(旧姓)も併記してください。

②障害者助成金受給資格認定申請書（19）（様式第 519 号）記入方法

印刷して提出する場合は、支給要件確認申立書と同様に、「機構用」、「支部用」、「事業主用」の3部をご用意ください。

様式第519号

(R7.4.1)

障害者助成金受給資格認定申請書(19)

|   |   |   |                 |   |                 |                  |
|---|---|---|-----------------|---|-----------------|------------------|
| 申請しようとする助成金に <input checked="" type="checkbox"/>  |   | 受取年月日(障害者助成部)   |                 | 受取年月日   |                 |                  |
| 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。<br>2026年 10月 1日<br>独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿   |   | 申請コード   |                 | 申請コード   |                 |                  |
| この申請書で申請する助成金<br>① <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場復帰支援)<br>② <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(中途障害者等技能習得支援)<br>③ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(中高年齢等障害者技能習得支援)<br>④ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場支援員の配置)<br>⑤ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場支援員の委嘱)<br>⑥ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場支援員の配置の中高年齢等措置)<br>⑦ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場支援員の委嘱の中高年齢等措置)<br>⑧ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(介助者等資質向上措置) |   | 今後書類を送付する際の送付先を選択してください。  |                 |   |                 |                  |
| 所在地 (〒000-0000)<br>千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3   |   | 本社又は主たる事務所の<br>雇用保険適用事業所番号<br>0000-000000-0   |                 | 事業主の法人番号<br>000000000000  |                 |                  |
| 申請事業主   | 所在地   | 助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先<br>送付先・連絡先の所属 <input checked="" type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所 |                 | 所属先名称(部署等)<br>総務部人事課  |                 |                  |
|   | 事業主名  | 担当者氏名<br>海浜 太郎  |                 | 電話番号<br>043-000-0000  |                 |                  |
|   | 代表者の役職及び氏名  | 中小企業該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |                 | 常用雇用労働者の総数<br>資本金・出資の総額 (19、20ページの職業分類ではありません。)<br>主たる事業及び産業中分類番号<br>0000業                      |                 |                  |
| 申請に係る事業所  | 事業所所在地  | 東京都00区000001-1-1  |                 | 障害者雇用調整金支給調整対象事業主<br>該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                |                 |                  |
|   | 事業所名  | 株式会社J E E D 東京営業所   |                 | 就労継続支援事業A型事業所該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                        |                 |                  |
| 提出代行者<br>事務代理者<br>代理人   | 住所  | 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事務代理者 <input type="checkbox"/> 代理人 <input checked="" type="checkbox"/>   |                 | 中高年齢等措置に係る助成金の申請をする<br>場合であって、「中小企業該当の有無」の項目で「無」の方のみ、該当する方に <input checked="" type="checkbox"/> |                 |                  |
|   | 事務所名  | 電話番号  |                 | 電話番号  |                 |                  |
| 1 支給対象障害者   | <input type="checkbox"/> ①②③⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり <input type="checkbox"/> ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第82号のとおり |   | 賃金締切日           | 毎月末日  | 賃金支払日 (諸手当の支払日) | 当月25日<br>(翌月25日) |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> 該当する方に <input type="checkbox"/>                             |   | 当月・翌月の区別も記載     |   |                 |                  |
| 2 支援等計画書  | <input type="checkbox"/> ①②③⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり <input type="checkbox"/> ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第81号のとおり |   |                 |   |                 |                  |
| 3 職場支援員の配置又は委嘱の概要   | <input type="checkbox"/> ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第81号のとおり   |   |                 |   |                 |                  |
| 4 資質向上措置対象者の概要  | <input type="checkbox"/> ⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり  |   | 賃金締切日           |   |                 |                  |
|   |   |   | 賃金支払日 (諸手当の支払日) |   |                 |                  |
| 処理欄(※)  | 審査結果  | 認定・不認定  | 認定日             | 年 月 日   | 認定番号            | - -              |

(※) 記入不要です。(機構本部記入欄)

③事業・支援計画書（12）（助添付様式第80号）記入方法

印刷して提出する場合は、支給要件確認申立書と同様に、「**機構用**」、「**支部用**」、「**事業主用**」の**3部**をご用意ください。

助添付様式第80号

(R6.4.1)

事業・支援計画書（12）

申請しようとする助成金に

- 職場復帰支援    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    介助者等資質向上措置

|  |  |   |  |                            |
|--|--|---|--|----------------------------|
| ① 支援計画期間   | ～  | ② 職場復帰予定日<br>(※職場復帰支援、中途障害者等技能習得支援のみ)   |  |                            |
| (概要)   |  |   |  |                            |
| 介助者等資質向上については、当該研修等の初日～当該研修等の最終日当日の賃金が支払われる日まで   |  |   |  |                            |
| ③ 支援計画期間中に講じる措置                                  | 職場復帰支援に係る職場適応措置<br><br>(項目)<br><input type="checkbox"/> 時間的配慮等<br><input type="checkbox"/> 職務開発等   | ※整合化の措置を行った場合その対応が完了した日    年   月   日<br><br>(労働時間の調整、職種転換又は作業工程の変更を行う場合の休職前の当該内容) |  |                            |
|  | 申請しようとする助成金に係る措置に <input checked="" type="checkbox"/>  |   | (この職場復帰のための措置内容について同意したことを支給対象障害者に確認しましたか。) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   |                            |
|  | (概要)   |   |  |                            |
|  | 支給対象介助者等が行う介助等の業務に応じて、介助の遂行に必要な資質向上に資する研修であることがわかるように記入してください。また、研修等の時間が1回につき1時間以上であること、講師が研修の内容に直接関連する職種に関する経験が3年以上あることがわかるように記入してください。研修内容等の詳細について、パンフレットや講師略歴を認定申請時に提出できない場合、支給請求書と併せて提出してください。 |   |  |                            |
| ④ 支給対象障害者の詳細<br>(※介助者等資質向上については、⑤の介助者等が支援を行う障害者) | 氏名   |   | 美浜 若葉  |                            |
|  | 生年月日   |   | 年齢 31 歳  |                            |
|  | 年  | 月   | 日  | 雇用年月日    障害の種類    障害の程度    |
|  | 1994   | 9   | 1  | 2019   5   1    身体障害    3級 |
|  | 業務内容   |   | 請求書の発行、伝票整理、Excel入力  |                            |
|  | 在宅勤務該当   |   | 在籍出向(出向元企業名)   |                            |
|  | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当   |   | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当   |                            |
|  | 雇用保険被保険者番号   |   | 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇  |                            |
| 就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無                            |  | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当                          |  |                            |
| ⑤ 介助者等の詳細<br>(介助者等資質向上・配置される者に限る)                | 氏名   |   | 年齢    歳  |                            |
|  | 生年月日   |   | 雇用年月日    介助者等として認定を受けた助成金<br><small>※認定を受けていない場合は記入不要</small>  |                            |
|  | 年  | 月   | 日  | 年   月   日    助成金名          |
|  |  |   | 認定番号   |                            |
|  | 雇用保険被保険者番号   |   |  |                            |
|  | 支援対象介助業務   |   | <input type="checkbox"/> 職場介助者 <input type="checkbox"/> 手話通訳・要約筆記等担当者<br><input type="checkbox"/> 企業在籍職場適応援助者<br><input type="checkbox"/> 職業生活相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 職場支援員<br><input type="checkbox"/> 職業能力開発向上支援専門員 |                            |

該当する方に



〔中途障害者等技能習得支援助成金の場合のみ提出してください〕

⑤医師の意見書（様式第 580 号）記入方法

印刷して提出する場合は、支給要件確認申立書と同様に、「機構用」、「支部用」、「事業主用」の 3部をご用意ください。

（様式第580号）

（R6.4.1）

## 医師の意見書

|  |  |  |            |     |      |       |
|--|--|--|------------|-----|------|-------|
| 氏名等  | 氏名   |  | 性別         | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
|  | 住所   |  |            |     |      |       |
| 病名等  | 休職等の原因となった<br>疾病・外傷名<br>(発生年月日)  |  |            |     |      |       |
|  | 上記を原因とする<br>障害等の種類<br>(該当するものに○をつけ、カッコ内<br>に必要な記入をしてください。)   | ①視覚障害、②聴覚又は平衡機能の障害、③音声機能・言語機能<br>又はそしゃく機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害<br>⑥統合失調症、⑦そううつ病(そう病、うつ病を含む)、⑧てんかん、<br>⑨その他の精神障害( )、<br>⑩難病等(病名 )、⑪高次脳機能障害 |            |     |      |       |
|  | 上記疾病・外傷の療養のために<br>休職等が必要な期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日  |            |     |      |       |
| 既往障害・既往症   | 既往障害の種類  |  | 既往症        |     |      |       |
|  | 障害者手帳の有無 あり(手帳の種類 級) ・ なし  |  |            |     |      |       |
| 日常生活能力の程度<br>(該当するものを選び、どれか<br>1つを○で囲んでください。)  | (1) 社会生活は普通にできる。<br>(2) 家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活上困難がある。<br>(3) 家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助や保護が必要である。<br>(4) 身のまわりのことはかろうじてできるが、適当な援助や保護が必要である。<br>(5) 身のまわりのことは全くできない。 |  |            |     |      |       |
| 就労に関する事項   | 労働習慣(規則正しい勤務とその継<br>続、危険への対応等)の確立の程度及<br>び今後の見こみ   |  |            |     |      |       |
|  | 就労に<br>際しての<br>留意事項  | 作業の内容、環境、時間(作業<br>可能な1日当たりの時間数、1週<br>間当たりの日数)等の制限、配<br>慮事項その他予想される問題<br>点  |            |     |      |       |
|  |  | 必要な通院日数  | 1か月当たり 回程度 |     |      |       |
|  | 労働能力<br>の程度  | 就労の可能性の有無  | あり ・ なし    |     |      |       |
| 就労可能な具体的な就労場<br>所・条件等<br>(①一般企業での通常勤務、②短<br>時間勤務(1日○時間程度、週○<br>日程度)、③福祉施設での軽作業<br>等) |  |  |            |     |      |       |
| ※ 高次脳機能障害の場合<br>の画像診断結果等   |  |  |            |     |      |       |
| その他参考となる意見<br>(症状をくずす誘因となるもの等)   | 職場復帰の日より前に交付されたものに限ります。  |  |            |     |      |       |

(※) 高次脳機能障害の場合に記入してください。

以上のとおり意見を述べる。

年 月 日

所在地  
名称  
診療科  
医師名

印