

11-1 支給請求書等の記入方法・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 障害者助成金支給請求書（20）（様式第 625 号）記入方法

支給請求にあたっては、支給請求書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕 請求事業所の所在地を管轄する支部

〔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」）

(R7.4.1)

様式第625号

障害者助成金支給請求書(20)

事業所コード		2026年 6月 30日	受理年月日(障害者助成金)	受理年月日
(〒○○○-○○○)		認定通知書に記載の事業所番号を記載してください。		
次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。				
2026年 6月 30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				
<input type="checkbox"/> ① 障害者介助等助成金(職場復帰支援) <input type="checkbox"/> ② 障害者介助等助成金(中途障害者等技能習得支援) <input type="checkbox"/> ③ 障害者介助等助成金(中高年齢等障害者技能習得支援) <input type="checkbox"/> ④ 障害者介助等助成金(職場支援員の配置) <input type="checkbox"/> ⑤ 障害者介助等助成金(職場支援員の委嘱) <input type="checkbox"/> ⑥ 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) <input type="checkbox"/> ⑦ 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) <input checked="" type="checkbox"/> ⑧ 障害者介助等助成金(介助者等資質向上措置)				
申請しようとする助成金に☑				
今後書類を送付する際の送付先を選択してください。				
請求事業主		助成金支給決定通知書の送付先・連絡先		
所在地	(〒○○○-○○○) 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3	送付先・連絡先の所属	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所	
(フリガナ) 事業主名	カサガ イマ ツード 株式会社J E E D	所属先名称(部署等)	総務部 人事課	
(フリガナ) 代表者の役職及び氏名	ダ イョウリツマツカサチヨウ マツリ ハナ 代表取締役社長 幕張 花子	担当者氏名	海浜 太郎	
請求に係る事業所	(〒○○○-○○○) 東京都○○区○○○1-1-1	電話番号	043-000-0000	
(フリガナ) 事業所名	カサガ イマ ツード トウキョウイゼンヨウカ 株式会社J E E D 東京営業所	助成金振込希望金融機関名		
中小企業該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	金融機関名	〇〇銀行	コード番号 〇〇〇〇
産業中分類番号	〇〇	支店名	〇〇支店	コード番号 〇〇〇〇
常用労働者の総数	100 人	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	
資本金・出資の総額	10,000 万円	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
主たる事業	〇〇〇〇業	(フリガナ) 口座名義	カサガ ツード 株式会社J E E D	
障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
提出代行者事務代理人	住所 (〒 -) 事務所名	中高年齢等措置に係る助成金の請求をする場合であって、「中小企業該当の有無」の項目で「無」の方のみ、該当する方に☑		
1 この支給請求書で請求する支給資格の認定番号等				
① 認定番号	第 1216 - 507 - 〇〇 号	② 認定日	2025 年 〇 月 〇 日	
③ 認定に係る支給期間	2025 年 12 月 1 日 ~ 2028 年 2 月 29 日	④ 前回支給決定額(支給決定番号)	初回の支給請求では記載不要 (円)	
2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況		フリガナ氏名	雇用の有無	離職した場合の離職日
①④⑥の助成金については、助添付様式第73号の添付により、本欄の記載は不要です。また、「離職理由番号」欄は、雇用保険被保険者資格喪失確認番号の離職理由欄に記載されている番号を記載してください。			<input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 離職	離職理由番号 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
3 支給請求に係る介助者等の雇用状況		フリガナ氏名	雇用の有無	離職理由番号
①「離職理由番号」欄は、雇用保険被保険者資格喪失確認番号の離職理由欄に記載されている番号を記載してください。		チバ シロウ 千葉 次郎	<input type="checkbox"/> 雇用 <input type="checkbox"/> 離職	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
4 支給要件確認申立書の確認項目の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 該当する方に☑				
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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。万一、認定申請時と変更がある場合、認定取り消しとなる場合があります。				
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)
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	(支給機関名) 「有」にチェックした場合は記載してください。 (補助事業名)	支給請求額(円) 〇〇〇, 〇〇〇円
※処理欄		審査結果	支給・不支給	決定番号
		決定額	円	

②中途障害者等技能習得・中高年齢等障害者技能習得・介助者等資質向上措置の措置内容の内訳（助添付様式第86号）記入方法

印刷して提出する場合は、障害者助成金支給請求書（20）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。

R6.4.1

助添付様式第86号（第1面）

中途障害者等技能習得・中高年齢等障害者技能習得・介助者等資質向上措置の措置内容の内訳

(1) 中途障害者等の職務等概要（中途障害者等技能習得支援助成金のみ記入）			
フリガナ 支給対象障害者氏名	生年月日	「支給対象事業主に雇用された後の事故や疾病の発症等により新たに障害者となったもの」について、あるいは「既往の障害が進行するなど、その障害に関連して休職等したもの」について記入してください。	
職場復帰の日 年 月 日	雇用期間の定め		
療養を要した期間 年 月 日	休職等の期間		
中途障害の原因と発生日 (新規の場合発生日)	新規・進行 申請する他の		
従前の職務内容 (職業分類番号)	変更後の職務内容 (職業分類番号)	→	
(変更がある場合のみ) 従前の所属・部署	変更後の所属・部署		
(2) 申請事業所において実施する研修等			
①研修等名	支給対象障害者の障害特性に応じて、新たな職務の遂行に必要な基本的な知識・技術を習得する場合の研修等を記入してください。		
②研修等実施日 年 月 日			
③研修等場所			
④講師名			
⑤講師の略歴	※所属・実務経験年数を記入してください。		
⑥支給対象障害者・介助者等氏名	当該研修等の内容に直接関連する職種に係る経験を3年以上有するものであること。 ※(3)⑥も同様です。		
⑦研修等費用			
ア 講師謝金	円	エ 教材費・資料代	円
イ 会場使用料	円	オ その他	円
ア～オの合計			a 円
(3) 外部機関が実施する研修等			
①研修等名			
②実施機関名			
③研修等実施日 年 月 日	(計 時間)		
④研修等場所			
⑤講師名			
⑥講師の略歴	※所属・実務経験年数を記入してください。		
⑦支給対象障害者・介助者氏名			
⑧研修等費用			
	円	× 人	= b 円
	[受講料1人当たり]	[支給対象障害者・介助者等数]	
(4) 資金相当額			
c 円 助添付様式86号の2の合計額を記載			
本人確認欄	上記の措置の内容（変更を含む）が現に実施されたこと及び支給対象障害者・支給対象介助者に係る資金台帳等の添付書類に間違いがないことを支給対象障害者・支給対象介助者本人に確認しましたか。あわせて、本助成金の支給請求に要する診断書に係る費用、研修・講習等に関する費用、その他の費用について本人負担がなかったことを支給対象障害者・支給対象介助者本人に確認しましたか。		
	年 月 日 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
(5) 支給請求額			
① 基礎額 (a+b+c)	② 企業規模	③ 主たる事業	
d 円	<input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業		
	④ 調整金支給調整対象事業主の該当・非該当	⑤ 支給請求額 (①×3/4)	
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	円	

支給請求書等の記入方法・記入上の注意

③支給対象者の時間額算定票（助添付様式第86号の2）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。

(R6. 4. 1)

支給対象者の時間額算定票

助添付様式第86号の2

支給対象者氏名		助成金の種類		<input type="checkbox"/> 中途障害者等技能習得支援助成金 <input type="checkbox"/> 介助者等資質向上措置に係る助成金			
認定番号							
賃金相当額算定票							
支給請求対象期間	※1 支払区分	①時間外割増賃金の基礎となる賃金の額(円)	②の算出基礎となる労働時間数(時間) (支払区分が2又は4の場合は記入)	③時間外割増賃金の基礎となる賃金の額(円) (支払区分が1の場合は記入)	※2 ④時間単価(円)	⑤各月中、研修に要した時間数(助添付様式第86号(2)②と(3)③の内訳)	⑥賃金相当額(④×⑤)
年	月						
			少数第2位未満切り捨て				
							合計

1か月当たりの所定労働時間記入欄	
1日当たり所定労働時間(小数点第2位まで記入)	時間
割増賃金の基礎となる賃金の算定に係る「1か月の所定労働時間」は、 (該当する側にレ点) <input type="checkbox"/> 就業規則や賃金規程等に記載している。時間) <input type="checkbox"/> 就業規則や賃金規程等に記載していない。	
前回支給請求対象期間内の合計所定労働日数	
日	
算定明細欄の補足説明記入欄 (算定明細欄の記入に当たって、補足説明がある場合は記入)	
算定明細欄の補足説明欄(月額給与の場合) ③の1か月の平均所定労働時間(時間)を算定した計算式などを記入してください。	
※1 月額給与は「1」、日額給与は「2」、時間額給与は「3」、その他は「4」を記入 ※2 支払区分が「1」の場合は①/③、支払区分が「2」又は「4」の場合は①/② 支払区分が「3」の場合は④のみに時間単価を記入	