

障害者助成金受給資格認定申請書(19)

(R7.4.1)

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受給資格の認定を受けたいので申請します。
20**年 **月 **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 障害者介助等助成金(職場復帰支援)
② 障害者介助等助成金(中途障害者等技能習得支援)
③ 障害者介助等助成金(中高年齢等障害者技能習得支援)
④ 障害者介助等助成金(職場支援員の配置)
⑤ 障害者介助等助成金(職場支援員の委嘱)
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)
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)
⑧ 障害者介助等助成金(介助者等資質向上措置)

チェックボックスがある項目については、該当するものすべてにチェックをしてください。

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

申請事業主
所在地 (〒000-0000) 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3
(フリガナ) カブシキガイシャ ジード
事業主名 株式会社JEED
(フリガナ) 代表者の役職及び氏名 ダイヒョウトリシマリヤクシヤチョウ マハリ タロウ 代表取締役社長 幕張 太郎

助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先
送付先・連絡先の所属 事業主 事業所
所属先名称(部署等) 総務部 人事課
担当者氏名 海浜 花子
電話番号 043-000-0000
中小企業該当の有無 有 無

申請に係る事業所
事業所所在地 (〒000-0000) 東京都00区00001-1-1
(フリガナ) カブシキガイシャ ジード トウキョウエイギョウシヨ
事業所名 株式会社JEED 東京営業所
就労継続支援事業A型事業所該当の有無 有 無

常用雇用労働者の総数 00 人
資本金・出資の総額 000 万円
主たる事業及び産業中分類番号 0000業
障害者雇用調整金支給調整対象事業主 有 無
該当の有無 有 無

提出代行者 事務代理者 代理人
住所 〒()
職名・氏名
事務所名 電話番号

1 支給対象障害者
①②③⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第82号のとおり
賃金締切日 当月00日締め 賃金支払日 翌月00日締め
2 支援等計画書
①②③⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり 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
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
⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり
賃金締切日 当月00日締め 賃金支払日 翌月00日締め

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)

事業・支援計画書（12）

チェックボックスがある項目については、該当するものすべてにチェックをしてください。

- 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

① 支援計画期間		〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日		② 職場復帰予定日 (※職場復帰支援、中途障害者等技能習得支援のみ)		年 月 日			
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 (項目)	(概要)							
		※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							
	(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)								
	<input type="checkbox"/> 時間的配慮等 <input type="checkbox"/> 職務開発等		(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		
<input type="checkbox"/> 中途障害者等技能習得支援 <input type="checkbox"/> 中高年齢等障害者技能習得支援 <input checked="" type="checkbox"/> 介助者等資質向上措置	(概要)								
	介助する障害者との信頼関係の構築やニーズ把握のための相談技法について、事例検討を通じて習得する。 また、助成金を含めた支援に必要な知識や様々な手法を習得する。 <div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> 支給対象介助者等の資質を向上させるための研修等の概要を記載してください。 </div>								
④ 支給対象障害者の詳細 (※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		千葉 三郎			年齢 〇〇歳			
	生年月日		雇用年月日		障害の種類		障害の程度		
	年	月	日	年	月	日	精神		3級
	〇〇〇〇	〇	〇	〇〇〇	〇	〇			
	業務内容		事務業務等						
	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 (介助者等資質向上・配置される者に限る)	氏名		美浜 五郎			年齢 〇〇歳			
	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 ※認定を受けていない場合は記入不要				
	年	月	日	年	月	日	助成金名		
	〇〇〇〇	〇	〇	〇〇〇〇	〇	〇	認定番号		
	雇用保険被保険者番号			〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇					
	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 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者 <input type="checkbox"/> 職業生活相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 職場支援員 <input type="checkbox"/> 職業能力開発向上支援専門員						