

8-1 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

【職場介助者助成金、手話通訳・要約筆記等担当者助成金】

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。）

〔提出部数〕 3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕 各助成金のページをご覧ください。

様式第540号

支給要件確認申立書（助成金）

事業主記載事項	
○ 事業活動等に係る状況(はいまたはいいえのどちらかを○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。 (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。)	
1 障害者雇用納付金関係助成金等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。 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。 (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。 (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。 (3)暴力団員がその事業活動を支配している。 (4)暴力団員が経営に実質的に関与している。 (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。 (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。 (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。 (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。 (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等に必要事項について確認・実地調査を行う際に協力すること。 (2)不正受給を行った場合、機構が当該事業主名等を公表する場合があること。 (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①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までの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は、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。

2024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JEED	
	法人番号 0-0000-0000-0000	
	代表者の役職及び氏名 代表取締役社長 轟張 花子	
申請に係る事業所	所在地 東京都中央区〇〇〇〇〇〇〇1-1-1	「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JEED 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・事務代理者の表示)	所在地	電話番号
	名称	登録番号
	氏名	

(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】

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①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 社会保険労務士 (提出代行・事務 代理者の表示)	所在地	電話 番号
名称		登録 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、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ができません。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6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又は支給を受け、又は受けようとするをいいます。
- 五 1は、助成金等の不正受給により不支給措置が執られているかどうかについて、該当箇所に○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)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、職業安定法(昭和22年法律第141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に○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に○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等であって、助成金の支給を受けようとするをいいます。
- 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、該当箇所に○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及び支給を受け、又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のほか、不正受給の日の翌日から返還金の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金及び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及び助成金の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、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	〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
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	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇

役員等氏名 (漢字)	役員等氏名 (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	〇年〇月〇日
〇〇 〇〇	〇〇〇 〇〇〇	取締役	〇年〇月〇日
〇〇〇 〇〇	〇〇〇〇 〇〇	監査役	〇年〇月〇日
			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
			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本社等に通知された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。



MEMO

②障害者助成金受給資格認定申請書（2）（様式第602号）記入方法

提出にあたっては、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602号

障害者助成金受給書

1. 事業所コード
過去に当機構の助成金を活用した事業所は、付番されている事業所コードを記入してください。
※ご不明の場合は支部にお問い合わせください。

2. 申請する助成金
この申請書で申請する助成金にチェックをしてください。

3. 申請事業主
所在地、事業主名（フリガナ）、代表者の役職名および代表者氏名（フリガナ）を記入してください。

4. 申請に係る事業所
・支給対象障害者が所属し、支給対象となる措置を実施する事業所について記入してください。
・フリガナを記入してください。

提出代行者、事務代理者、代理人が手続を代行する場合に記入してください。

9. 配置または委嘱する介助者等の種類
該当する介助者等にチェックをしてください。

10. 配置する者の氏名等
介助者等を配置する場合に記入またはチェックをしてください。

11. 委嘱する者の氏名等
介助者等を委嘱する場合に記入またはチェックをしてください。手話通訳者・要約筆記等担当者を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場合にあっては、当欄は未記入のまま提出することができます。ただし、当該委嘱日以降、速やかに当該情報を機構に連絡してください。

事業所コード			
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。 2024年 5月			
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年齢等措置)			
④ <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)			
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)			
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)			
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"/> 重度障害者等通動対策助成金(指導員の配置)			
⑪ <input type="checkbox"/> 重度障害者等通動対策助成金(通動援助者の委嘱)			
⑫ <input type="checkbox"/> 重度障害者等通動対策助成金(通動用バスの運転従事者の委嘱)			
申請事業主	所在地	(〒)	
	(フリガナ) 事業主名		
	(フリガナ) 代表者の役職及び氏名		
申請に係る事業所	事業所所在地	(〒)	
	(フリガナ) 事業所名		
提出代行者 事務代理者 代理人	<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事務代理者 <input type="checkbox"/> 代理人		
	住所	〒 ()	
	事務所名		
1 この申請書で申請する支給対象障害者 <input type="checkbox"/> 別添(助添付様式第7号)			
2 申請内容(配置又は委嘱の概要)記載欄			
① 配置または委嘱する介助者等の種類	<input type="checkbox"/> 職場介助者 (<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱) <input type="checkbox"/> 手話通訳		
	<input type="checkbox"/> 健康相談医 <input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 通動援助者		
	<input type="checkbox"/> 職業生活相談支援専門員 (<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱)		
② 配置する者の氏名等	a フリガナ氏名	b 生年月日	c 雇月
			年 月 日 年
	e 配置開始年月日	f 労働者区分	
年 月 日		<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	
(注1) 「一般」：1週間の所定労働時間が30時間以上の者 「短時間」：1週間の所定労働時間が10時間以上20時間未満の者			
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又は委嘱者の氏名	
※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を満たさない場合は、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変更を本欄に記入してください。			
処理欄(※2)	審査結果	認定・不認定	認定日

(※2) 記入不要です。(機構本部記入欄)

【格認定申請書（2）】

月 20 日	受理年月日(障害者助成部)	受理年月日
	<p>5. 雇用保険適用事業所番号 本社または主たる事業所の雇用保険適用事業所番号を記入してください。</p>	
の継続措置) 年齢等措置)	<p>6. 事業主の法人番号 法人番号指定通知書等で通知された13桁の法人番号を記入してください。</p>	事業主の法人番号
	<p>7. 助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先 希望する送付先にチェックをし、担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。</p>	
)	<p>8. 助成金振込金融機関口座名 助成金の送金を希望する金融機関名、支店名、コード番号、口座種別(該当するものにチェック)、口座番号、口座名義を記入してください。</p>	
	<p>助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先</p> <p>送付先・連絡先の所属 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所</p> <p>所属先名称(部署等)</p> <p>担当者氏名</p> <p>電話番号</p>	
<p>助成金振込金融機関等</p> <p>金融機関名 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>支店名</p> <p>口座番号</p> <p>(フリガナ)</p> <p>口座名義</p>		
<p>職名・氏名</p> <p>電話番号</p>		
<p>1号)「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。</p>		
<p>等担当者 (<input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱) (<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他)</p> <p><input type="checkbox"/> 通勤用バスの運転従事者</p> <p><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)</p>		
年月日	d 所属先	
月 日		
(注1)	g 雇用保険被保険者番号	
<input type="checkbox"/> 特定短時間		
<p>短時間：1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者未満</p>		
<p>等名称・機関等所在地 所在地住所</p>	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
<p>おしよるとするとき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 び未提出添付書類の提出を行わなければなりません。</p>		
年 月 日	認定番号	- -

5. 雇用保険適用事業所番号
本社または主たる事業所の雇用保険適用事業所番号を記入してください。

6. 事業主の法人番号
法人番号指定通知書等で通知された13桁の法人番号を記入してください。

7. 助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先
希望する送付先にチェックをし、担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

8. 助成金振込金融機関口座名
助成金の送金を希望する金融機関名、支店名、コード番号、口座種別(該当するものにチェック)、口座番号、口座名義を記入してください。

③助成金認定申請に係る支給対象障害者（助添付様式第71号）記入方法

提出にあたっては、支給要件確認申立書と同様に、「機構用」、「支管用」、「事業主用」の3部をご用意ください。

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】

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、該当するものにレ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⑦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。

フリガナ氏名	生年月日 □S □H	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 □該当 □不該当	在宅勤務区分 □該当 □不該当	労働者区分(注1) □一般 □短時間 □特定短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
□ 35歳以上									□ 該当 () □ 不該当 ()
仕事の内容等					配置・委嘱が必要な理由				

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。

支給対象障害者に介助者等を配置または委嘱する必要がある理由を記入してください。
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 □S □H	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 □該当 □不該当	在宅勤務区分 □該当 □不該当	労働者区分(注1) □一般 □短時間 □特定短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
□ 35歳以上									□ 該当 () □ 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 □S □H	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 □該当 □不該当	在宅勤務区分 □該当 □不該当	労働者区分(注1) □一般 □短時間 □特定短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
□ 35歳以上									□ 該当 () □ 不該当 ()
仕事の内容等					配置・委嘱が必要な理由				

(注) 「一般」 …… 1週間の所定労働時間が30時間以上の者
 「短時間」 …… 1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者
 「特定短時間」 …… 1週間の所定労働時間が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

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

(1) 配置・委嘱者の氏名・略歴等

① 配置・委嘱者氏名

配置者氏名

委嘱者の補助員

補助員氏名

配置または委嘱する職場介助者等の区分について、該当するものの□にチェックをしてください。

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。

配置または委嘱者の略歴を記入してください。
 なお、手話通訳・要約筆記等担当者の配置または委嘱の場合は、資格要件に係る略歴を記入してください。

(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
 ○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、介助者等の配置または委嘱によりどのような支援を図るのかについて、下記記入要領をご留意のうえ、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、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

上記bの支援を実施することでどのような効果が得られるのかについて記入してください。

② 職場介助者、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日間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
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">始業</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; background-color: #cccccc;"></div> <p style="text-align: center;">休憩</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; background-color: #cccccc;"></div> <p style="text-align: center;">終業</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px dashed blue; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> 支給対象障害者が始業から終業までに行う業務の内容を、時間経過がわかるように記入してください。 </div>	<div style="border: 1px dashed blue; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> 支給対象障害者が行う業務に対して行う介助内容について、支給対象障害者の業務と同じ行に、具体的に記入してください。 </div>
		1日の業務想定時間数(職場介助者は所定内労働時間内に限る。) <p style="text-align: right;">時間</p>

受給資格認定申請書等の
記入方法・記入上の注意

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



上記の例をご参考のうえ、認定申請に係る配置者の所属部署と支給対象障害者の所属先の関係図を明確に記入してください。
※委嘱助成金の場合、記入は不要です。

8-2 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

【職場支援員助成金】

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支部

〔提出部数〕 **3部**（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕 各助成金のページをご覧ください

職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者と同じです。（83ページ参照）

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

提出にあたっては、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

障害者助成金受給資格認定申請書（19）

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。 2024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					
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(職場復帰支援) 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) 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) ④ <input checked="" type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場支援員の配置) ⑤ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場支援員の委嘱) 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) 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) ⑧ <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/>		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) 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3		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 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所 所属先名称(部署等) 総務部人事課 担当者氏名 海浜太郎 電話番号 043-000-0000		本社又は主たる事業所の雇用保険適用事業所番号 事業主の法人番号	
(フリガナ) 事業主名 株式会社JEED		(フリガナ) 代表者の役職及び氏名 代表取締役社長 幕張 花子		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 100 人 資本金・出資の総額 10,000 万円 主たる事業及び産業中分類番号 「用語解説」ページ③を参照ください。	
申請に係る事業所所在地 (〒000-0000) 東京都00区000001-1-1		(フリガナ) 事業所名 株式会社JEED 東京営業所		障害者雇用調整金支給調整対象事業主該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
提出代行者 事務代理者 代理人 <input type="checkbox"/> 事務代理者 <input type="checkbox"/> 代理人		住所 〒 ()		職名・氏名	
事務所名		電話番号		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	
1 支給対象障害者 該当する方に <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ①②③⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり。 <input checked="" type="checkbox"/> ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第82号のとおり。		賞金締切日 月末 賞金支払日 当月25日 (諸手当の支払日) (翌月25日)	
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第81号記載のとおり。			
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号記載のとおり。			
賞金締切日 賞金支払日 (諸手当の支払日)					
処理欄(※2)	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)

(R6.4.1)

受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

③事業・支援計画書（13 職場支援員の詳細）（助添付様式第 81 号）記入方法

提出にあたっては、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81号

事業・支援計画書(13 職場支援員の詳細)

1 支援計画期間		年	月	日	～	年	月	日	まで		
		2024	12	1		2026	11	30			
2 職場支援員の配置又は委嘱の具体的な措置の内容		具体的な措置内容を記載してください。									
フリガナ		チバ ジロウ			5 配置・委嘱方法 (該当する配置・委嘱方法にチェックを入れてください)		<input checked="" type="checkbox"/> 雇用契約(配置) <input type="checkbox"/> 業務委託契約(委嘱) <input type="checkbox"/> 委嘱契約(委嘱)				
3 職場支援員氏名		千葉 次郎									
4 職場支援員の生年月日		年	月	日							
		1990	11	2							
6	雇用の場合(配置)	職場支援員の雇用保険被保険者番号	0000-000000-0			職場支援員の週所定労働時間数	30 時間/週				
		支給対象障害者に対して支援を実施する期間について、継続して雇用される見込みの有無				<input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					
	業務委託(委嘱)契約	本助成金(中高年齢措置含む)、企業在籍型職場適応援助者助成金(中高年齢措置含む)、障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置の措置)、障害者職場適応援助コース(企業在籍型職場適応援助者による支援))の支給対象として現在支援している障害者	氏名				雇用保険被保険者番号				
		業務委託先法人・委嘱者の所属する法人(個人の場合その住所等)	住所 名称 (代表者)氏名				電話番号				
		契約期間(委嘱の場合は最初の支援の日を記入してください)	年	月	日	～	年	月	日	契約額	円
7 職場支援員の該当資格等(該当するものに☑を付し、必要事項を記入してください。)		i)次の資格等を所持(該当する資格に○を付してください。) <input checked="" type="checkbox"/> 精神保健福祉士、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、公認心理師、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセラー、(独)高齢障害求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修(訪問型・1号)修了者、同(企業在籍型・2号)修了者 ii)特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績 <input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 iii)障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績 <input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 iv)障害者職業生活相談員 (資格取得年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 v)指定必須相室内の産業医以外の医師 支援を受けている、または支援を受けていた場合、受けているまたは受けていた助成金名にも☑									
8 職場支援員が現に右記の助成金の支給対象障害者として支援を受けているか		<input type="checkbox"/> 支援を受けている ↓ <input type="checkbox"/> 支援を受けていない <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(本助成金を含む) <input type="checkbox"/> 職場適応援助者助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置の措置)) <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 健康相談医師の委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 職業コンサルタントの配置又は委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 在宅勤務コーディネーターの配置又は委嘱助成金									
9 職場支援者としての実務経験がある場合、当該期間中に右記の助成金の支給対象障害者として支援を受けていたか		<input type="checkbox"/> 支援を受けていた ↓ <input type="checkbox"/> 支援を受けていない <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(本助成金を含む) <input type="checkbox"/> 職場適応援助者助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 職場支援従事者配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置に係る措置に限る)) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 重度中途障害者等職場適応助成金 <input type="checkbox"/> 健康相談医師の委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 職業コンサルタントの配置又は委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 在宅勤務コーディネーターの配置又は委嘱助成金									
10 国等の委託事業費から職場支援員の人件費が支払われているか		<input type="checkbox"/> 該当する方 ☑ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない									
11 国等の機関からの補助金等(助成金を含む)から職場支援員の人件費全部が支払われているか		<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない									

④職場支援員の配置又は委嘱に係る支給対象障害者（助添付様式第82号）記入方法

提出にあたっては、「事業主用」の3部をご用意ください。

助添付様式第82号
職場支援員の配置又は委嘱に係る支給対象障害者【添付枚数】
 表内の口は、該当するものにレ点を入れてください。

支給対象障害者の賃金が最低賃金以上の場合「はい」に口、最低賃金以下の場合「いいえ」に口し、最低賃金の適用除外を受けていることがわかる書類を添付してください。

識別番号	フリガナ氏名 花見川 三郎	生年月日 1989年5月1日	障害の種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input checked="" type="checkbox"/> 知的	障害の程度 B	雇用保険被保険者番号 ○○○○-○○○○○○○- ○	最低賃金以上 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
業務内容	業務内容	職場支援員を配置又は委嘱する事由 <input checked="" type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 勤務時間延長 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	事由の起算日 年 月 日 2024 9 1	在籍出向(出向元企業名) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	
支給対象障害者の具体的な業務内容を記載してください。	障害の内容等に応じた具体的な支援内容	支給対象障害者ごとにどのような障害特性にあわせて、どのような支援を実施するのか具体的に記載してください。				

識別番号	フリガナ氏名	生年月日	障害の種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的	障害の程度	雇用保険被保険者番号	最低賃金以上 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
業務内容	業務内容	職場支援員を配置又は委嘱する事由 <input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 勤務時間延長 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	事由の起算日 年 月 日	在籍出向(出向元企業名) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	
障害の内容等に応じた具体的な支援内容	障害の内容等に応じた具体的な支援内容					

識別番号	フリガナ氏名	生年月日	障害の種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的	障害の程度	雇用保険被保険者番号	最低賃金以上 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
業務内容	業務内容	職場支援員を配置又は委嘱する事由 <input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 勤務時間延長 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	事由の起算日 年 月 日	在籍出向(出向元企業名) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	
障害の内容等に応じた具体的な支援内容	障害の内容等に応じた具体的な支援内容					

本節記入欄：支給対象期間 年 月 日 ～ 年 月 日
 (注) 「一般」・・・1週間の所定労働時間が30時間以上の者
 「短時間」・・・1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者
 「特定短時間」・・・重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者であって1週間の所定労働時間が10時間以上20時間未満の者

受給資格認定申請書等の
 記入方法・記入上の注意

8-3 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

【職場復帰支援助成金】

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支部

〔提出部数〕3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕P68 をごらんください。

職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者と同じです。（83ページ参照）

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

提出にあたっては、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。

職場支援員と同じです。（96ページ参照）

③事業・支援計画書（12）（助添付様式第80号）記入方法

提出にあたっては、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

申請しようとする助成金に☑ **事業・支援計画書（12）**

- 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	2024年11月1日 ~ 2025年10月31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)	2024年11月1日
③ 支援計画期間中に講じる措置	(概要) 労働時間の調整は、具体的な数字で記載してください。なお、医師の意見書に記載のある時間数等と整合しているものが助成金の対象となります。 (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) 行う措置に☑ (両方行うことも可) 休職前の労働時間：月～金の週5日、1日8時間勤務 休職前の職種：機械整備・修理	医師の意見書にもとづき、勤務曜日を月・火・木・金の週4日、1日の勤務時間を6時間に変更する。 また地域障害者職業センターの援助のもと、一般事務に職種転換する。 ※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	
	職場復帰支援に係る職場適応措置 (項目) <input checked="" type="checkbox"/> 時間的配慮等 <input checked="" 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 checked="" 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 type="checkbox"/> 介助者等資質向上措置	(概要) 職場復帰のための措置内容について支給対象障害者に確認し、同意を得て「はい」に☑	
氏名 美浜 若葉 年齢 30 歳			
職場復帰後の業務内容を記載してください。 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) 該当する方に☑		生年月日 1994年 9月 1日	雇用年月日 2019年 5月 1日
		障害の種類 身体障害	障害の程度 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 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当		在籍出向(出向元企業名) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	
雇用保険被保険者番号 ○○○○-○○○○○-○			
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 年齢 歳	
		生年月日	雇用年月日
		年 月 日	年 月 日
		介助者等として認定を受けた助成金 助成金名	
		認定番号	
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 <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	

受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

⑤医師の意見書（様式第 580 号）記入方法

提出にあたっては、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)

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 疾病・外傷名 (発生年月日)					
	上記を原因とする 障害等の種類 (該当するものに○をつけ、カッコ内に 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 又はそしゃく機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害 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、 ⑨その他の精神障害()、 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 (該当するものを選び、 どれか1つを ○で囲んでください。)	(1) 社会生活は普通にできる。 (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。 (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。 (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。 (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続、危険への対応等)の確立の程度及び今後の見こみ					
	就労に際しての留意事項	作業の内容、環境、時間(作業可能な1日当たりの時間数、1週間当たりの日数)等の制限、配慮事項その他予想される問題点	時間的配慮等で労働時間の調整を行う場合は、医師に具体的な勤務日数や勤務時間を記入してもらう必要があります。			
		必要な通院日数	1か月当たり 回数程度			
		就労の可能性の有無	あり ・ なし			
	労働能力の程度	就労可能な具体的な就労場所・条件等 (①一般企業での通常勤務、②短時間勤務(1日○時間程度、週○日程度)、③福祉施設での軽作業等)				
※ 高次脳機能障害の場合の画像診断結果等						
その他参考となる意見(症状をくずす誘因となるもの等) <div style="border: 2px dashed blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block; margin-top: 10px;"> 職場復帰の日より前に交付されたものに限ります。 </div>						

(※) 高次脳機能障害の場合に記入してください。
 以上のおり意見を述べる。

年 月 日

所在地
 名称
 診療科
 医師名

印



MEMO