

障害者雇用助成金の ごあんない

重度訪問介護サービス等を受けている重度障害者である労働者の業務に必要な支援や
通勤援助をサービス事業者に委託することをお考えの事業主の方へ

重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金

重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金



【ご利用にあたって】

この助成金は、雇用する障害者の方が居住する市町村等が、「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」を実施している場合に利用できます。

まずは、当該居住する市町村等に、当該特別事業の実施の有無についてお問い合わせください。

＼らしく、はたらく、
ともに／ 独立行政法人



高齢・障害・求職者雇用支援機構

Japan Organization for Employment of the Elderly, Persons with Disabilities and Job Seekers



<https://www.jeed.go.jp/>

はじめに

障害者雇用納付金制度に基づく助成金とは

障害者を労働者として雇用するにあたっては、障害者各人の能力と適性を十分に引き出すため、施設・設備の整備や、雇用管理を図るために特別な措置を講じることが必要な場合があります。

障害者雇用納付金制度に基づく助成金は、事業主が障害者の雇用にあたって、施設・設備の整備等や適切な雇用管理を図るための特別な措置を行わなければ、障害者の新規雇入れや雇用の継続が困難であると独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が認める場合に、これらの事業主に対して予算の範囲内で助成金を支給することにより、その一時的な経済的負担を軽減し、障害者の雇用の促進や雇用の継続を図ることを目的とするものです。

このごあんないの中で使用される略称・用語等の説明

機 構：独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の略称です。

本 部：機構本部の略称です。この助成金の審査・支給決定や支払などの業務を行っています。

都道府県支部：機構の支部（47 都道府県に設置されている都道府県支部高齢・障害者業務課等）をいいます。この助成金に関する事業主からの問合せや提出書類の受理・点検などの窓口業務を行っています。

事 業 主：常時雇用する労働者を雇用する事業主をいい、国、地方公共団体および障害者の雇用の促進等に関する法律施行令別表第2に記載する特殊法人は、この助成金の対象となる事業主には含まれません。

特 別 事 業：雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業の略称です。

年 度：4月1日から翌年3月31日までの期間

ご利用にあたっての注意事項

- 1 申請書等の記載事項を確認するため、必要に応じて追加の書類の提出または提示を求められることがあります。また、追加した書類を含め、事業主から提出された書類の内容について、事業主以外の関係者に対して直接質問することがあります。

なお、これらの確認にご協力を得られず、支給要件に照らして申請書等の内容に疑義が認められるときは、助成金を支給できないことがあります。
- 2 故意に本助成金に係る申請書等に虚偽の記載を行い、または偽りの証明を行うことにより、本来受けることができない助成金を受け、または受けようとした場合には、助成金を支給しません。すでに支給を受けた場合には、所定の延滞金を加算して支給金額の全額または一部を返還していただきます。

また、不正支給を行った事業主については名称等を当機構ホームページで公表し、さらに悪質な場合は刑事事件として告訴する場合があります。
- 3 助成金支給前後に、支給内容の確認のために、受給事業主等を訪問調査することがあります。

なお、訪問調査の際には、支給対象障害者等の関係者に介助等の時間およびその内容等の実績確認をさせていただくほか、事業主（事業所）の業務（営業）時間中等に無通告で実施することがありますので、あらかじめご承知おきください。
- 4 助成金の申請にあたって、ご提出いただきました書類につきましては、返却いたしませんのでご了承ください。

個人情報の取扱いについて

1 基本的取扱い

助成金の申請等に際して提出された個人情報は、当機構が定める「個人情報の取扱いに関する規程」等に従い、当機構が管理します。

2 個人情報の利用目的

提出された個人情報は、助成金の審査に利用するほか、助成金の活用状況資料および効果的な活用方策に関する検討のために作成する統計資料の基礎データならびに活用事例として利用する場合があります。この場合においては、個別の企業や個人が識別できないように処理した結果のみを利用します。

ただし、助成金の審査において疑義があり、その疑義を明らかにするために必要であると機構が判断した場合、調査の相手方に限り、調査に対し必要な部分の個人情報を示した上で、調査を実施することがあります。

3 第三者への提供

提出された個人情報は、上記利用目的の達成に必要な場合は、利用目的の達成に必要な事項について厚生労働省に提供することがあります。また、都道府県労働局、地方公共団体、年金事務所、税務署等の公的機関から個人情報に係る照会があった場合で、当機構が協力する必要があると判断した場合には、回答する場合があります。

も く じ

I	本助成金の支給要件	
1	助成対象となる事業主	1
2	助成対象となる障害者	1
3	助成対象となる措置（委託内容）	2
II	支給額・支給期間	
1	職場介助（業務に必要な支援）	2
2	通勤援助	3
III	助成金の手続き	
1	支援計画書の提出	3
2	サービス事業者への委託	4
3	支給申請	4
4	支援計画の変更手続等	5
5	支給申請の委任	5
IV	留意事項	
1	個人情報の保護	5
2	助成金の返還	6
3	その他	7
	【参考資料】	
参考1	支給要件確認申立書	8
参考2	助成対象障害者の定義	10
参考3	支給申請書及び記入上の注意	11
参考4	添付書類一覧	14
参考5	助成金事業計画申請内容変更届	15
参考6	事業主都合となる離職理由	16
参考7	支援計画書（参考様式）記入例	17

重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金 重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金

のごあんない

◎両助成金共通事項および重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金（以下「職場介助助成金」といいます。）に係る事項は黒表記、[重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金](#)（以下「通勤援助助成金」といいます。）に係る事項は青表記

重度訪問介護サービス等(*1)を受けている重度障害者である労働者の業務に必要な支援や通勤援助（当初3か月）をサービス事業者(*2)に委託する雇用事業主に委託費の一部を助成します。

*1：障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する重度訪問介護、同行援護または行動援護

*2：重度訪問介護、同行援護または行動援護を行う指定障害福祉サービス事業者もしくは基準該当事業所

業務上の介助（業務支援）以外の姿勢の調整や見守りなどの介助（生活支援）および通勤援助（3か月経過後）をサービス事業者に委託する障害者に委託費の一部を市町村・特別区（以下「市町村等」といいます。）が負担する「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」（以下「特別事業」といいます。）が併用される場合に助成金が利用できます。

助成金の利用の検討に当たっては、まずは雇用する障害者の方が居住する市町村等に、特別事業の実施の有無についてお問い合わせください。

I 支給要件

1 助成対象となる事業主

- (1) 2の障害者を雇用し、3の措置を行わなければ、雇用の継続を図ることが困難な事業所の事業主です。
- (2) 欠格事項（8頁・支給要件確認申立書の事項1～6）に該当する事業主は対象となりません。

2 助成対象となる障害者

- (1) 次のいずれにも該当する方です
 - イ 重度訪問介護サービス等の支給決定を受けている方
 - ロ 身体障害者、知的障害者または精神障害者（詳細は10頁の2）
 - ハ 週所定労働時間10時間以上の方（年度末までに10時間以上に引き上げることを目指す方を含みます。）（詳細は10頁の3）
- (2) 法人の代表者もしくは役員等、学生、家事使用人または事業主と同居の親族（雇用保険の適用を受ける方を除く。）、就労継続支援A型事業（雇用有）の利用者は対象となりません。
- (3) 職場介助助成金は障害者雇用納付金制度に基づく「職場介助者の配置は委嘱助成金」「職場介助者の配置又は委嘱の継続措置に係る助成金」（通勤援助助成金は「通勤援助者の委嘱助成金」）との併給は行いません。どちらか一方での支給となります。

3 助成対象となる措置（委託内容）

（1）職場介助（業務に必要な支援）

2の障害者が主体的に業務を遂行するために必要となる、次の介助が助成対象となります。

イ PC等情報処理機器の準備・調整、情報アクセス・入力（文・デザインの創案を除く）・出力等に係る操作、書類の頁めくり、文字盤・口文字等の読み取り

ロ 代読・代筆（文・デザインの創案を除く）・録音図書の作成

ハ 書類等の整理

ニ 業務上の移動・外出に係る付き添い（介助者による自動車の運転を除く）

※ 遠隔地にいる職場介助者が情報通信機器を介して行う介助も対象です。

※ 障害特性が理由で行うことができない作業部分のみの代行が支給対象であり、本人に代わって介助者が判断し遂行する業務は対象外です。

※ 就業時間中における業務以外の介助（食事、給水およびトイレ使用の補助等）は、市町村等が行う特別事業の支援対象です。

（2）通勤援助

2の障害者の通勤（公共交通機関を利用する通勤に限る。）に係る指導・援助が助成対象となります。

※ タクシー、介護タクシーは通勤援助助成金においては公共交通機関に含みません。

II 支給額・支給期間

1 職場介助（業務に必要な支援）

（1）支給対象費用

助成金の支給対象費用は、Iの3の（1）の職場介助を対象として支払ったサービス事業者への委託費用です。

【留意事項】支給対象費用に充てるために、本助成金の他に、国、地方公共団体、独立行政法人または地方独立行政法人からの補助金等を受ける場合は、当該補助金等の額を控除した額となります。

（2）支給額

助成金の支給額は、（1）の支給対象費用の額に次表の助成率を乗じた額または次表の支給限度額のいずれか低い額です。

なお、「支援計画書」に係る委託を開始した日で判断されます。

企業規模	助成率	支給限度額
中小企業以外	4 / 5	月額13万3千円
中小企業	9 / 10	月額15万円

※ 「中小企業」の範囲

次表の「資本金の額または出資の総額」か「常時雇用する労働者数」のいずれかを満たす企業が「中小企業」に該当します。

※ 資本金等を有しない個人事業主・組合・公益法人等にあつては「常時雇用する労働者数」で確認。

産業分類	資本金の額または 出資の総額	常時雇用する 労働者数
小売業（飲食店を含む）	5,000万円以下	50人以下
サービス業	5,000万円以下	100人以下
卸売業	1億円以下	100人以下
その他の業種	3億円以下	300人以下

(3) 支給期間

特別事業の利用決定以降、年度ごとに、委託による支援を開始した日から当該年度末までとなります。

2 通勤援助

(1) 支給対象費用

助成金の支給対象費用は、Iの3の(2)の通勤援助を対象として支払ったサービス事業者への委託費用です。

【留意事項】支給対象費用に充てるために、本助成金の他に、国、地方公共団体、独立行政法人または地方独立行政法人からの補助金等を受ける場合は、当該補助金等の額を控除した額となります。

(2) 支給額

助成金の支給額は、(1)の支給対象費用の額に次表の助成率を乗じた額または次表の支給限度額のいずれか低い額です。

なお、「支援計画書」に係る委託を開始した日で判断されます。

企業規模	助成率	支給限度額
中小企業以外	4 / 5	月額7万4千円
中小企業	9 / 10	月額8万4千円

※「中小企業」の範囲は、職場介助と同じです。（上記1(2)を参照）

(3) 支給期間

特別事業の利用決定以降、年度ごとに、委託による支援を開始した日から3か月間（年度末（3月31日）を超える場合は、当該年度末まで）となります。

Ⅲ 助成金の手続き

助成金を受けようとする事業主は、以下の手順を取って下さい。

1 支援計画書の提出

障害者（・サービス事業者）・市町村等と協議して支援計画書を作成し、委託による支援を開始するおおむね1か月前までに、原則、申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部に提出してください。

※支援計画書の提出が遅れても受付できますが、特別事業の利用決定前の期間は、助成金の支給期間から除外いたします。

→機構から確認印を付した支援計画書を事業主に返送しますので、障害者本人は、その支援計

画書を添付して特別事業の申請を行うこととなります。

2 サービス事業者への委託

特別事業の利用申請が認められた後、支援計画書に沿って「業務に必要な支援」【**通勤援助**】をサービス事業者に委託して下さい。

→支援計画書の「その他必要な支援」については、障害者本人がサービス事業者に委託することとなります。

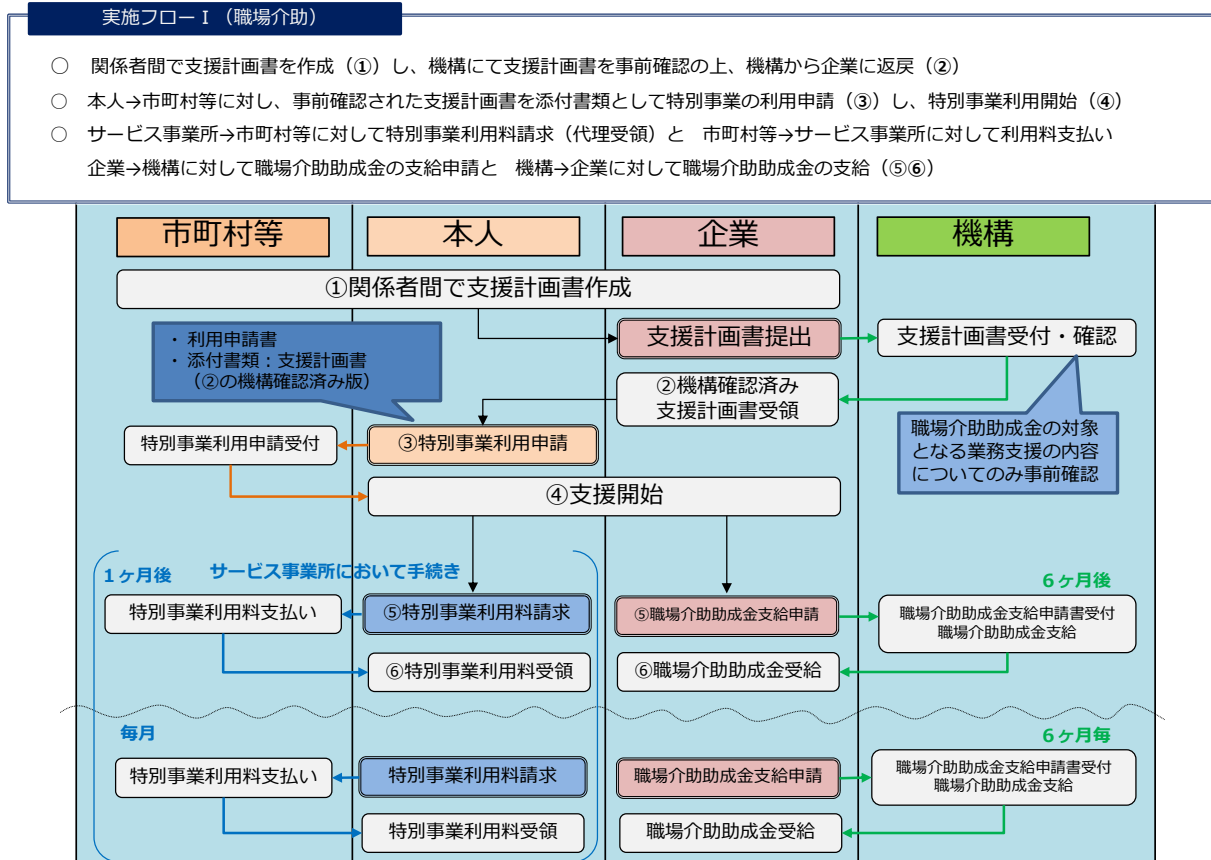
3 支給申請

支援・援助に係る委託費を支払った後、支給申請書（11頁および12頁）および添付書類（14頁）を、支給申請対象期間ごとに支援計画書の提出を行った都道府県支部に提出期限までに提出してください。

	支給申請対象期間	提出期限
職場介助 助成金	職場介助の委託による支援を開始した日の属する月から起算して6か月ごと（※）	支給申請対象期間の最終日の属する月の翌月末日まで
通勤援助 助成金	通勤援助の委託による支援を開始した日から3か月間（※）	

※ 年度末（3月31日）を超える場合は当該年度末まで、また支給対象となる障害者の離職等によりIの3の措置を終了する場合は措置終了日までとなります。

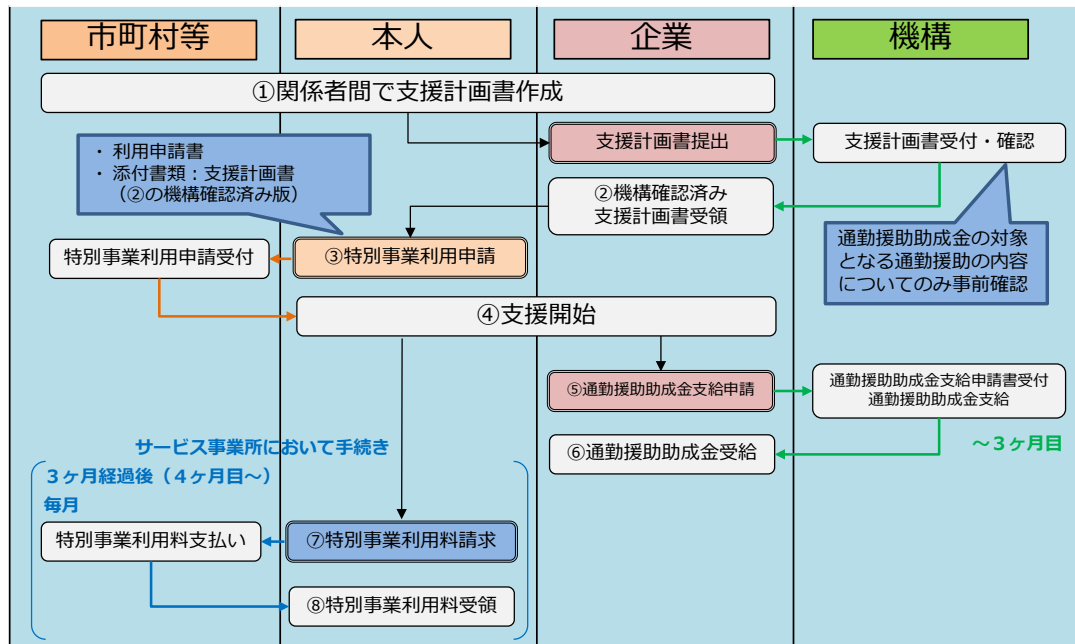
【実施フロー I】 職場介助助成金



【実施フローⅡ】 通勤援助助成金

実施フローⅡ（通勤援助）

- 関係者間で支援計画書を作成（①）し、機構にて、支援計画書を事前確認の上、機構から企業に返戻（②）
- 本人→市町村等に対し、事前確認された支援計画書を添付書類として、特別事業の利用申請（③）し、特別事業利用開始（④）
- 企業→機構に対して通勤援助助成金の支給申請と 機構→企業に対して通勤援助助成金の支給（⑤⑥）
- (通勤援助助成金の支給期間（3ヶ月）経過後、)サービス事業所→市町村等に対して特別事業利用料請求（代理受領）と市町村等→サービス事業所に対して利用料支払い（⑦⑧）



4 支援計画の変更手続等

支給申請の内容について、次の（１）から（４）までのいずれかに該当する場合は、３の支給申請に併せて変更届（様式第４号）を提出して下さい。

※変更内容によっては、添付書類が必要となります。（15頁・変更届様式の「留意事項」を参照）

- （１）事業主名、代表者、事業主所在地、事業所名および事業所所在地の変更
- （２）事業主の合併もしくは統廃合または事業の譲渡等に伴う変更
- （３）支給対象障害者の労働時間、業務内容等に係る変更（雇用契約の変更）
- （４）支援計画書の変更

5 支給申請の委任

助成金の支給を受けようとする事業主が法人である場合、委任届を機構に提出することにより、法人の役員または支給対象障害者を雇用する事業所の長に支給申請を委任することができます。

Ⅳ 留意事項

1 個人情報の保護

助成金の申請のために支給対象障害者等の個人情報を取得、利用および機構に提供する場合は、個人情報保護の観点から、個人情報の保護に関する法律に従うとともに、厚生労働省が策定した「プライバシーに配慮した障害者の把握・確認ガイドラインの概要」（厚生労働省ホー

参照) に準じて、以下により取扱ってください。

- (1) 助成金の申請の目的で、新たに障害者であること、障害者手帳等の所持、障害の状況等を把握・確認し、その個人情報情報を機構に提供する場合には、本人に照会する際に、助成金の申請に用いる等の利用目的等を明示し、同意を得てください。
- (2) 助成金の申請ではない他の目的（障害者雇用状況報告、他の助成金の申請など）で取得した個人情報情報を、助成金の申請のために機構に提供する場合も、助成金の申請に用いる等の利用目的等を明示し、同意を得てください。
- (3) (1) または (2) の同意を得る際に明示しなければならない内容は以下のとおりです。
 - イ 利用目的は、助成金の申請のために機構に提供するためのものであること
 - ロ イの報告等に必要な個人情報の内容
 - ハ 助成金の申請を複数回行う場合は、すべての申請で利用するものであること
 - ニ 機構から照会、調査等があった場合は、個人情報情報を提供することがあること
 - ホ 利用目的の範囲で、障害等級の変更や精神障害者保健福祉手帳の有効期限等について確認を行うことがあること
 - ヘ 障害者手帳等の返還、または障害等級の変更があった場合は、その旨を人事担当者まで申し出てほしいこと
 - ト 障害者本人に対する公的支援策や企業による支援策は、(1) または (2) の同意を得ることと併せて伝えることが望ましいこと。
- (4) (1) または (2) の同意を得るにあたって、照会への回答、障害者手帳等の取得・提出、同意等を強要することがないようにしてください。
- (5) (1) および (2) の同意は、他の目的で個人情報情報を取得する際の同意と併せて得ることとはしないでください。あくまで、助成金の申請として、別途の手順を踏んで同意を得るようにしてください。

2 助成金の返還

助成金の支給を受けた事業主が次のいずれかに該当する場合は、支給した助成金の全部または一部を返還することとなります。

- (1) 偽りその他不正の行為により、助成金の支給を受けた場合
(全額を返還。加えて年利3分の延滞金を徴収)
- (2) 支給要件に違反等し、支給済みの助成金に返還額が生じた場合（やむを得ない事由がある場合（注）を除きます。事由に応じて、全額または一部を返還）
(注) 「やむを得ない事由がある場合」とは、天災地変その他事業主の責めに帰すことのできない理由でⅢの提出または手続の期限に遅滞する場合に、それぞれの提出または手続の期限の日までに事業主がその理由および猶予を希望する期間を明示した文書を届け出て、機構がこれを認める場合とします。
- (3) 助成金を支給すべき額を超えて助成金の支給を受けた場合
(超過額を返還)

-
- 二 その他事業主の責めに帰すべき事由がある場合
(事由に応じて、全額または一部を返還)

3 その他

- (1) 受給した助成金が、機構または会計検査院による調査の対象となる場合には、資料提出等の協力を依頼することとなります。
- (2) 支給申請に係る審査・調査を行う場合は、申請に必要としている添付書類以外の書類(出勤簿、賃金台帳、サービス事業者の支援記録等)の提出を依頼することがあります。
- (3) 2の(1)により助成金の返還措置が講じられた場合は、返還通知を発出した日の翌日から起算して5年経過後の応当日までの期間は、本助成金およびその他の障害者雇用納付金制度に基づく助成金は申請することができません。

また、事案によって機構ホームページでの事業主名等の公表や刑事事件として告訴する場合があります。

様式第8号

支給要件確認申立書
(重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金・重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金)

事業主記載事項	
<p>○ 事業活動等に係る状況(はい又はいいえのどちらかを○で囲んでください。) (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。)</p> <p>1 障害者雇用納付金関係助成金(以下「助成金」という。)の不正受給により不支給措置が執られている。</p> <p>2 労働関係法令違反により送検処分を受けている。 支援計画書作成年月日の前日から起算して1年以内に当該処分を受けている。</p> <p>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であって、加入していない場合又は加入義務のある支給対象障害者の社会保険料等を支払っていない。</p> <p>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。</p> <p>5 以下①～⑧のいずれかに該当する暴力団関係事業所の事業主である。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>③ 暴力団員がその事業活動を支配している。</p> <p>④ 暴力団員が経営に実質的に関与している。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>⑧ ①から⑦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。</p> <p>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。</p> <p>7 次の①から③までに掲げる事項について、あらかじめ同意する。</p> <p>① 機構が助成金の支給に係る審査に必要な事項について確認を行う際に協力すること</p> <p>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こと</p> <p>③ 不正受給等により受給した助成金を返還等すること</p>	<p>(はい・いいえ)</p> <p>(はい・いいえ)</p> <p>(はい・いいえ)</p> <p>(はい・いいえ)</p> <p>(はい・いいえ)</p> <p>(はい・いいえ)</p> <p>(はい・いいえ)</p> <p>(はい・いいえ)</p> <p>(はい・いいえ)</p>

1から7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7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。

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

申請事業主 所在地

事業主名

法人番号

代表者の役職及び氏名

申請に係る事業所 所在地

事業所名

連絡先 所属先名称(部署等)及び氏名 電話
番号

社会保険労務士記載欄 事務所名及び担当社会保険労務士名 電話
番号

(裏面)

記載にあたっての留意点

- 一 この様式第8号は、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(以下「助成金」という。)の初回(対象障害者ごと)の支給申請の際、ご提出ください。
- 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 1及び7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支給を受け、又は受けようとするをいいます。
- 四 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○を付けて下さい。
- 五 2は、支援計画書作成年月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)、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○を付けてください。
- 六 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、助成金の申請における支給対象障害者について、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。
- 七 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。
- 八 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。
- 九 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。

不正受給及び不正受給に対する措置について

「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支給を受け、又は受けようとするをいいます。不正受給を行った事業主は、助成金の5年間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。

また、不正受給により、助成金を受給している場合には、当該不正受給に該当する助成金の返還に加え、延滞金を納付していただきます。

不正受給により生じた助成金の返還の履行が終了していない事業主は、助成金の支給を受けることができません。

【助成対象障害者の定義】

助成対象となる障害者は、次の 1、2、3 のいずれにも該当する方です。

- 1 重度訪問介護、同行援護または行動援護に係る支給決定を市町村等から受けている方
- 2 次の（１）（２）（３）のいずれかに該当する方
 - （１）身体障害者

原則として身体障害者障害程度等級表（身体障害者福祉法施行規則別表第 5 号）の障害等級が 1 級から 6 級までに記載する身体障害がある方、および 7 級に掲げる身体障害が 2 つ以上重複している方

→身体障害者手帳、指定医の診断書、産業医の診断書（内部障害の場合を除く）のいずれかにより確認してください。
 - （２）知的障害者

児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医または障害者職業センター（以下「知的障害者判定機関」）により知的障害があると判定された方

→療育手帳、知的障害者判定機関の判定書のいずれかにより確認してください。
 - （３）精神障害者

障害者の雇用の促進等に関する法律第 2 条第 6 号に規定する精神障害者であって、次のイからニまでのいずれかに掲げる方

 - イ 精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方
 - ロ 公共職業安定所の紹介に係る方
 - ハ 申請事業主の事業所において精神障害者社会適応訓練を受けた方
 - ニ 障害者職業センターにおける職場復帰（労働者が精神障害者となった後、当該労働者が精神障害者となった時に雇用している事業主の事業所において就労すること）のための職業リハビリテーションの措置を受けている方

→ 精神障害者保険福祉手帳、公共職業安定所の紹介状、精神障害者社会適応訓練の受講証明書、職場復帰のために職業リハビリテーションの措置を受けた方に障害者職業センターが交付する「地域障害者職業センター利用証明書」のいずれかにより確認してください。
- 3 事業主が常時雇用※ 1 する労働者※ 2 であって、一週間の所定労働時間（雇用契約における労働時間）が 10 時間以上である方（10 時間未満の労働者として雇用する場合にあっては、年度内に 10 時間以上とすることを旨とする方）

なお、就労継続支援 A 型（雇用契約有）の利用者は助成対象となりません。

※ 1 …期間の定めがない雇用、1 年を超えて継続する雇用（雇用契約期間が 1 年以内であっても労働条件として雇用契約期間が更新される場合がある旨が明示されているものを含む）をいいます。

※ 2 …法人の代表者もしくは役員、（昼間において授業を受ける）学生、家事使用人または事業主と同居する親族は含みません（雇用保険の適用を受ける方を除く）。

（注）重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金は、障害者雇用納付金制度に基づく「職場介助者の配置または委嘱助成金」「職場介助者の配置または委嘱の継続措置に係る助成金」と、重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金は、「通勤援助者の委嘱助成金」と併給できません。受給中はどちらかのみ支給となります。

様式第1号
重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金支給申請書

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日(都道府県支部)

事業所 コード							
------------	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり助成金の支給を受けたいので申請します。
 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

申請事業主	所在地	〒 ()		助成金支給決定通知書の送付先・連絡先			
	(フリガナ) 事業主名			<input type="checkbox"/> 申請している送付先・連絡先を次のとおり変更する。			
	(フリガナ) 代表者の役職及び氏名			送付先・連絡先の所属	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所		
	資本金の額又は出資の総額* (申請年度の委託開始日現在)			所属先名称(部署等)			
	常時雇用する労働者の数* (同上)			氏 名			
	主たる事業* (同上)	<input type="checkbox"/> 小売業(飲食店を含む) <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> その他の業種		電話番号			
申請に係る事業所	事業所所在地	〒 ()		助成金振込希望金融機関名			
	(フリガナ) 事業所名			<input type="checkbox"/> 申請している振込希望金融機関を次のとおり変更する。			
	社会保険労務士記載欄	事業所名および担当社会保険労務士名	電話番号	金融機関名	コード番号		
	支店名	口座種別	口座番号	支店名	コード番号		
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他			支店名	コード番号	
口座名義			口座番号				

1 この支給申請に係る支援計画書の確認番号 第 - - 号

2 支給申請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	離職理由(雇用保険被保険者である場合は資格喪失確認通知書(写)を提出して下さい)
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> …自己都合離職 <input type="checkbox"/> …事業主都合による離職(解雇等) ※雇用保険法施行規則第36条に規定する離職理由 <input type="checkbox"/> …雇用期間満了後の契約更新が事業主都合により行われなかったことによる離職

3 実施報告記載欄

(1) 助成対象措置を実施したサービス提供事業者 (2) 支給申請対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日

(3) 支給申請額の算定

元号	年	月	特別事業*の利用の有無	①支給対象費用 (①に支払った職場介助委託費(通勤援助分以外))	②本助成金以外で①の費用に充てる補助金等の額	③助成額算定基礎額 【①-②】	④助成率	⑤ 【③×④】 (円未満切捨て)	⑥支給限度額	⑦支給申請額 (⑤と⑥のいずれか小さい方の額)
			有・無	円	円	円	<input type="checkbox"/> 4/5 <input type="checkbox"/> (中小企業) 9/10	円	<input type="checkbox"/> 133,000円 <input type="checkbox"/> (中小企業) 150,000円	円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
計									円	円

*「特別事業」とは、市町村等が実施する「雇施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」をいう。

4 支給要件確認申立書の確認項目の変更 (※初回の支給申請時は記入不要)

初回の支給申請時に提出した支給要件確認申立書(様式第8号)により確認した項目内容の変更の有無 有 無

※処理欄	審査結果	支給・不支給	支給決定日	年 月 日	決定番号	-	-
決定額			円				

様式第7号

重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金支給申請書

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日(都道府県支部)

事業所 コード							
------------	--	--	--	--	--	--	--

次のとおり助成金の支給を受けたいので申請します。
 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

申請事業主	所在地	〒 ()	助成金支給決定通知書の送付先・連絡先	
	(フリガナ) 事業主名		<input type="checkbox"/> 申請している送付先・連絡先を次のとおり変更する。	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) 代表者の役職及び氏名		所属先名称(部署等)	氏名
	資本金の額又は出資の総額(申請年度の委託開始日現在) 円		電話番号	
	常時雇用する労働者の数(同上) 人		助成金振込希望金融機関名	
主たる事業(同上)	<input type="checkbox"/> 小売業(飲食店を含む) <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> その他の業種		<input type="checkbox"/> 申請している振込希望金融機関を次のとおり変更する。	
申請に係る事業所	事業所所在地	〒 ()	金融機関名	コード番号
	(フリガナ) 事業所名		支店名	コード番号
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	口座番号	
	口座番号		(フリガナ) 口座名義	
社会保険労務士記載欄	事務所名および担当社会保険労務士名	電話番号 ()		

1 この支給申請に係る支援計画書の確認番号 第 - - 号

2 支給申請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	離職理由(雇用保険被保険者である場合は資格喪失確認通知書(写)を提出して下さい)
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> …自己都合離職 <input type="checkbox"/> …事業主都合による離職(解雇等)※雇用保険法施行規則第36条に規定する離職理由 <input type="checkbox"/> …雇用期間満了後の契約更新が事業主都合により行われなかったことによる離職

3 実施報告記載欄

(1)助成対象措置を実施したサービス提供事業者 (2)支給申請対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日

(3)支給申請額の算定

元号	年	月	日	①支給対象費用 (①に支払った通勤援助委託費(離職介助分以外))	②本助成金以外で①の費用に充てる補助金等の額	③助成額算定基礎額【①-②】	④助成率	⑤【③×④】(円未満切捨て)	⑥支給限度額	⑦支給申請額(⑤と⑥のいずれか小さい方の額)
				円	円	円	<input type="checkbox"/> 4/5	円	<input type="checkbox"/> 74,000円	円
				円	円	円	<input type="checkbox"/> (中小企業) 9/10	円	<input type="checkbox"/> (中小企業) 84,000円	円
				円	円	円		円		円
計										円

4 支給要件確認申立書の確認項目の変更 (※初回の支給申請時は記入不要) ※支給要件確認申立書の内容は裏面を確認してください。万が一、初回申請時と変更がある場合、不支給となる場合があります。

初回の支給申請時に提出した支給要件確認申立書(様式第8号)により確認した項目内容の変更の有無 有 無

※処理欄	審査結果	支給・不支給	支給決定日	年 月 日	決定番号	-	-
決定額	円						

【支給申請書 記入上の注意】

(※通勤援助助成金の支給申請書も同様です)

※2回目以降の支給申請では、様式の中で水色で表示している項目を除き、前回の支給申請から変更がない項目については記載を省略することができます。

4. 助成金支給決定通知書の送付先・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。(初回申請時及び担当者等の変更時のみ記入)

5. 助成金振込希望金融機関名 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、口座番号、口座名義を記入してください。(初回申請時及び振込先の変更時のみ記入)

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。(ご不明の際は都道府県支部にお問い合わせください。)

2. 申請事業主 所在地、事業主名(フリガナ)及び代表者名(フリガナ)を記入してください。代表者名に代表者の役職名及び氏名を記入してください。

3. 申請に係る事業所 事業所所在地、事業所名(フリガナ)を記入してください。

社会保険労務士が手続を代行する場合に記入してください。 ※手続の代行は社会保険労務士のみ可能です。(行政書士、司法書士等は手続できません。)

6. 支援計画書の確認番号 支援計画書に機構が記載する確認番号を記入してください。

7. 支給対象障害者の雇用状況 氏名(フリガナ)を記入の上、該当する事項にチェックをしてください。

8. 実施報告記載欄 (1)助成対象措置を実施したサービス提供者事業者名を記入してください。(2)本申請に係る対象期間を記入してください。(3)本申請に係る職場介助を対象として支払ったサービス事業者への業務支援委託費等を記入してください。 ※通勤援助の場合は通勤支援委託費を記入してください。

様式第1号 重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金支給申請書

事業所コード

次のとおり助成金の支給を受けたいので申請します。 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

申請事業主	所在地	〒()		申請する送付先・連絡先 <input type="checkbox"/> 申請している送付先・連絡先を次のとおり変更する。 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) 氏名 電話番号 助成金振込希望金融機関名 <input type="checkbox"/> 申請している振込希望金融機関を次のとおり変更する。		
(フリガナ) 事業主名	(フリガナ) 代表者の役職及び氏名	資本金の額又は出資の総額*(単年度の委託開始日現在)	円		金融機関名	コード番号
常時雇用する労働者の数*(同上)	人	主たる事業*(同上)	<input type="checkbox"/> 小売業(飲食店を含む) <input type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input type="checkbox"/> その他の業種		支店名	コード番号
申請に係る事業所 事業所所在地	(フリガナ) 事業所名	〒()			口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	口座番号
					(フリガナ) 口座名義	口座番号

社会保険労務士記載欄 事業所名および担当社会保険労務士名 電話番号 ()

1 この支給申請に係る支援計画書の確認番号 第 - - 号

2 支給申請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	離職理由(雇用保険被保険者である場合は資格喪失離職通知書(字)を提出して下さい)
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> ...自己都合離職 <input type="checkbox"/> ...事業主都合による離職(解雇等) ※雇用保険法施行規則第36条に規定する離職理由 <input type="checkbox"/> ...雇用期間満了後の契約更新が事業主都合により行われなかったことによる離職

3 実施報告記載欄

(1) 助成対象措置を実施したサービス提供者事業者 (2) 支給申請対象期間 年 月 日 ~ 年 月 日

(3) 支給申請額の算定

元	年	月	特別事業等の利用の有無	①支給対象費用 (①に支払った業務介助委託費(通勤援助分以外))	②本助成金以外で①の費用に充てる補助金等の額	③助成額算定基礎額【①-②】	④助成率	⑤【③×④】 (円未満切捨て)	⑥支給限度額	⑦支給申請額 (⑤と⑥のいずれか小さい方の額)
			有・無	円	円	円	<input type="checkbox"/> 4/5	円	<input type="checkbox"/> 133,000円	円
			有・無	円	円	円	<input type="checkbox"/> (中小企業) 9/10	円	<input type="checkbox"/> (中小企業) 150,000円	円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
				円						

※「特別事業」とは、市町村等が実施する「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」をいう。

4 支給要件確認申立書の確認項目の変更 (※初回の支給申請時は記入不要)

初回の支給申請時に提出した支給要件確認申立書(様式第8号)により確認した項目内容の変更の有無 有 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。万が一、初回申請時と変更がある場合、不支給となる場合があります。

※処理欄

審査結果	支給・不支給	支給決定日	年 月 日	決定番号	- -
決定額			円		

重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金・通勤援助助成金 添付書類一覧

添付書類		備考
(1)	支給要件確認申立書（様式第8号）	初回及び確認事項に変更がある場合のみ添付
(2)	<p>（支給対象障害者が週所定労働時間20時間以上の場合）</p> <p>①雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等の対象となる障害者の労働条件が確認できるもの</p> <p>②雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写）</p> <p>（支給対象障害者が週所定労働時間20時間未満の場合）</p> <p>雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等の対象となる障害者の労働条件が確認できるもの</p>	<p>・初回及び雇用期間の更新がある場合のみ添付</p> <p>・労働条件等の変更がある場合は、変更届に添付</p> <p>・期間の定めのない労働者等で雇用契約書等を取り交わしていない場合は、就業規則及び辞令等労働条件が確認できる書類を添付</p>
(3)	雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業に係る決定通知書（写）	<p>・市町村等が支給対象障害者に特別事業の利用について通知したものであって、利用期間が確認できるもの。</p> <p>・初回及び変更がある場合のみ添付</p>
(4)	サービス事業者との委託契約書（写）	初回及び変更がある場合のみ添付
(5)	サービス事業者からの請求書（写）	請求額の算定内容（例、支援実施日（うち業務支援・通勤支援に係る時間）、時間単価）が確認できる内訳書を添付
(6)	支払証拠書類	<p>・重度訪問介護、同行援護又は行動援護の事業を行う障害福祉サービス事業者に雇用される障害者に対して当該サービス事業者が自ら支援を行った場合は、「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」における費用単位又は障害福祉サービスでサービス事業者に算定される報酬と同水準である旨を疎明する書類を添付すること（初回及び変更がある場合のみ）</p> <p>・左記bの領収書（写）を添付する場合は、現金出納簿（写）等を添付</p>
	a 銀行振込金受領書（写）	
	b 領収書（写）（銀行振込によらない場合）	
	c インターネットバンキングによる支払の場合 ①銀行あてに振り込み依頼を行った画面をプリントアウトした書面（写） （振込日以前の日付で振込依頼をしたもの） ②銀行が振り込みを行った結果報告画面をプリントアウトした書面（写） （振込日以降の日付で振込の確認ができるもの）	
d CMSを利用した支払の場合 ①親会社又はグループ内金融子会社等との当該行為に関する契約書（写） ②支給請求者が親会社又はグループ内金融子会社等に当該決済費用を支払ったことを証明する銀行振込受取書等 ①と②の両方	左記dのCMS（キャッシュ・マネジメント・システム）とは、事業主が直接費用の支払いを行わず、親会社やグループ内金融子会社等を経由する等して支払いを行うことをいう。	
(7)	国等から補助金等を受ける場合は補助金等の対象項目別補助額を記載した補助金等申請書（写）又は決定通知書（写）	国等から本助成金の支給対象費用に充てる補助金等の交付額の確定がなされている場合に添付

様式第4号

支援計画内容変更届

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

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日(都道府県支部)

下記のとおり変更したので届け出ます。

事業主	名 称		
	代表者の 役職及び氏名		
事業所	事業所名		
助 成 金 名		重度訪問介護サービス利用者等 職場介助*・通勤援助*助成金 <small>*該当する方に○を付けて下さい。</small>	
変更に係る申請の 計画確認番号		変更に係る申請の 計画確認年月日	年 月 日

変 更 事 項	変更前	変更後	変更年月日
1 事業主名 事業主所在地			年 月 日
2 事業所名 事業所所在地			年 月 日
3 代 表 者			年 月 日
4 雇用契約 (労働時間、業務 内容等)の変更			年 月 日
5 支援計画書 の変更			年 月 日
6 変 更 理 由			

※支部受理番号

〈留意事項〉

(1) 名称変更・組織変更の場合は、6の欄に例示のような具体的な内容を記入してください。

- 例1 単なる名称変更
- 例2 個人事業主から法人への組織変更
- 例3 有限会社から株式会社への組織変更
- 例4 □□株式会社が○○株式会社を吸収合併
- 例5 ○○株式会社と△△株式会社が対等合併し、□□株式会社となる。

(2) 法人名称の変更、合併(または分離)及び個人から法人への組織変更等の場合は、法人登記簿謄本を添付してください。

(3) 雇用契約・支援計画書の変更の場合は、変更後の雇用契約書等(写)・支援計画書(市町村等による確認が済んでいるものの写)を添付してください。

【事業主都合となる離職理由】

●雇用保険法施行規則第36条に規定する離職理由である場合

雇用保険法施行規則

(法第二十三条第二項第二号の厚生労働省令で定める理由)

第三十六条 法第二十三条第二項第二号の厚生労働省令で定める理由は、次のとおりとする。

- 一 解雇（自己の責めに帰すべき重大な理由によるものを除く。）
 - 二 労働契約の締結に際し明示された労働条件が事実と著しく相違したこと。
 - 三 賃金（退職手当を除く。）の額を三で除して得た額を上回る額が支払期日までに支払われなかったこと。
 - 四 次のいずれかに予期し得ず該当することとなつたこと。
 - イ 離職の日の属する月以後六月のうちいずれかの月に支払われる賃金（最低賃金法第二条第三号に規定する賃金（同法第四条第三項第一号及び第二号に掲げる賃金並びに歩合によつて支払われる賃金を除く。）をいう。以下この号において同じ。）の額が当該月の前六月のうちいずれかの月の賃金の額に百分の八十五を乗じて得た額を下回ると見込まれることとなつたこと。
 - ロ 離職の日の属する月の六月前から離職した日の属する月までのいずれかの月の賃金の額が当該月の前六月のうちいずれかの月の賃金の額に百分の八十五を乗じて得た額を下回つたこと。
 - 五 次のいずれかに該当することとなつたこと。
 - イ 離職の日の属する月の前六月のうちいずれか連続した三箇月以上の期間において労働基準法第三十六条第三項に規定する限度時間に相当する時間数（当該受給資格者が、育児・介護休業法第十七条第一項の小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者であつて同項各号のいずれにも該当しないものである場合にあつては同項、育児・介護休業法第十八条第一項の要介護状態にある対象家族を介護する労働者であつて同項において準用する育児・介護休業法第十七条第一項各号のいずれにも該当しないものである場合にあつては同項に規定する制限時間に相当する時間数）を超えて時間外労働及び休日労働が行われたこと。
 - ロ 離職の日の属する月の前六月のうちいずれかの月において一月当たり百時間以上、時間外労働及び休日労働が行われたこと。
 - 六 離職の日の属する月の前六月のうちいずれか連続した二箇月以上の期間の時間外労働時間及び休日労働時間を平均し一月当たり八十時間を超えて、時間外労働及び休日労働が行われたこと。
 - 二 事業主が危険又は健康障害の生ずるおそれがある旨を行政機関から指摘されたにもかかわらず、事業所において当該危険又は健康障害を防止するために必要な措置を講じなかつたこと。
 - ホ 事業主が法令に違反し、妊娠中若しくは出産後の労働者又は子の養育若しくは家族の介護を行う労働者を就業させ、若しくはそれらの者の雇用の継続等を図るための制度の利用を不当に制限したこと又は妊娠したこと、出産したこと若しくはそれらの制度の利用の申出をし、若しくは利用をしたこと等を理由として不利益な取扱いをしたこと。
- 六 事業主が労働者の職種転換等に際して、当該労働者の職業生活の継続のために必要な配慮を行っていないこと。
 - 七 期間の定めのある労働契約の更新により三年以上引き続き雇用されるに至つた場合において当該労働契約が更新されないこととなつたこと。
 - 七の二 期間の定めのある労働契約の締結に際し当該労働契約が更新されることが明示された場合において当該労働契約が更新されないこととなつたこと。
 - 八 事業主又は当該事業主に雇用される労働者から就業環境が著しく害されるような言動を受けたこと。
 - 九 事業主から退職するよう勧奨を受けたこと。
 - 十 事業所において使用者の責めに帰すべき事由により行われた休業が引き続き三箇月以上となつたこと。
 - 十一 事業所の業務が法令に違反したこと。
- 期間の定めのある労働契約の期間が満了し、支給対象障害者が当該契約の更新を希望したにもかかわらず、合意に至らずに退職となつた場合

支援計画書

利用する助成金等(該当する助成金等の□にレ点を入れます。)

- 重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金
 雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業
 重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金

(1) 支援を利用する対象者

(フリガナ)				住所
氏名	〒 -			
就業形態	民間企業等で雇用・自営業等に従事 (どちらかに○)	就業開始(予定)年月日	年 月 日	
主たる障害の種類	身体・知的・精神 (級・度)	障害状況		
障害福祉サービス	重度訪問介護 / 同行援護 / 行動援護	支給決定市町村		
サービス提供事業所	特定相談支援事業所			
支援が必要な介助等				

(2) 職場環境等

フリガナ	フリガナ			
事業所名	所在地			
所定労働日	月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 / 日 / 不定期(週 日勤務)	所定労働時間		
勤務場所	自宅内 / 会社内 / 自宅と会社両方 / その他()	休憩時間		
業務内容	パソコン等を使ったデスクワーク / 軽作業等の労務 / その他			
業務内容詳細				
必要な機器等				
通勤の有無	有・無 (毎日・週回・月回)	経路		
勤務時間中の移動	職場内の移動 有・無 職場外の移動 有・無	所要時間(片道) 分		
執務環境(会社内)	車いすトイレ 有 / 無 ・手すり 有 / 無 ・エレベーター 有 / 無 ・入口から執務スペースまでの段差 有 / 無 休憩スペース 有 / 無 ・移動範囲内の障害物 有 / 無 ・視覚障害者用誘導用ブロック 有 / 無 ・支援者等の部外者の執務同席 可 / 不可			
執務環境(自宅・その他)				
コミュニケーションの手段	直接口頭 / 電話 / メール / 手話 / 筆談 / 点字資料 / 音声ソフト活用 / TV電話 / その他()			
雇用管理上の担当者名			安全衛生面の担当者名	
職業生活面の担当者名			その他担当者名	
その他、可能な合理的配慮の取組				

(3) 必要な支援内容

職場 介 助	職場介助支援実施年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 (終了日が当該申請年度を超える場合は当該申請年度の3月31日まで)				
	対象者の標準的な業務の流れと、勤務に対応した職場介助者の介助内容				
	時刻の目安	業務内容	介助内容	(A)助成金の対象となる支援時間の目安 (B)その他必要な支援時間の目安	
	始業 (:)				
	終業 (:)				
			(A)助成金の対象となる支援時間の目安 合計時間(1日) <input type="text"/> 分程度		
(B)その他必要な支援					
具体的に介助が必要な場面					
<input type="checkbox"/> 見守り	有 / 無	<input type="checkbox"/> 姿勢の調整	有 / 無	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	有 / 無
<input type="checkbox"/> トイレ介助	有 / 無	<input type="checkbox"/> 給水	有 / 無	<input type="checkbox"/> 体位交換	有 / 無
<input type="checkbox"/> 食事介助	有 / 無	<input type="checkbox"/> 衣服着脱	有 / 無	<input type="checkbox"/>	有 / 無
			(B)その他必要な支援時間の目安 合計時間(1日) <input type="text"/> 分程度		
(A) + (B) (注: 所定労働時間を超えない範囲で記載)					
			合計時間(1日) <input type="text"/> 分程度		

(支援対象障害者の週所定労働時間が10時間未満(予定)の場合)年度末までの所定労働時間引き上げ計画

通勤 支援	通勤支援実施年月日	年	月	日	～	年	月	日	(終了日が当該申請年度を超える場合は当該申請年度の3月31日まで)								
	通勤支援が必要な日	月	/	火	/	水	/	木	/	金	/	土	/	日	/	不定期(月	日)
	支援の必要性	全介助・一部介助・見守りのみ (計画作成時点において必要な支援に○をつける)															
	通勤時間帯(開始時間～終了時間)	介助及び見守りが必要な場所(※一部介助・見守りのみを選択した場合に記載)															
	時		時														
	時		時														
	時		時														

支援計画書作成年月日	令和	年	月	日
------------	----	---	---	---

【助成金に係る確認事項】 (重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金及び重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金を利用する場合にご確認下さい。)

以下の事項に当てはまるか確認ください(該当していれば□にレ点を入れてください)。

支援対象障害者の居住地等の市町村等において「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」を実施している。

支援対象障害者は、

①「「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」(本計画書の(3)B「その他必要な支援」が必要な者、

通勤支援における「4ヶ月目からの支援」が必要な者)の対象者」(ごあんない1頁参照)である。

②「身体障害者、知的障害者又は精神障害者」(ごあんない10頁参照)である。

③「常時雇用する労働者」(ごあんない10頁参照)である。

助成金の支給対象措置は、次のいずれかの措置である。

・支給対象障害者が主体的に業務を遂行するために必要不可欠な、次の介助の業務(遠隔地にいる職場介助者が情報通信機器を介して支給対象障害者に対して行う業務を含む。障害特性が理由で行うことが出来ない作業部分のみの代行が対象であり、支給対象障害者に代わって介助者が判断し遂行する業務は対象外となること。)

イ PC等業務に要する機器による情報アクセス・入力(文・デザイン等の創案を除く)・出力等に係る操作、書類の頁めくり、文字盤・ロ文字等の読み取り

ロ 代読・代筆(文・デザイン等の創案を除く)、録音図書の作成

ハ 書類等の整理

ニ 業務上の移動・外出に係る付添い(介助者による自動車の運転を除く)

通勤支援は、公共交通機関を利用する通勤に対するものである。 ※「3か月目までの支援」が助成対象である。

助成金は、事業主が、支援計画書のほか、必要書類をもって、別途申請する。

市町村等確認使用欄

連絡先(市町村名・担当部署等)

JEED確認使用欄

連絡先(担当支部名等)

支 援 計 画 書

利用する助成金等(該当する助成金等の口にレ点を入れます。)

- 重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金
 雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業
 重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金

(1) 支援を利用する対象者

(フリガナ)				住所
氏名	×△ 次郎	〒○○○-○○○ ■◆市 いい町 1-2-3		
就業形態	<input checked="" type="radio"/> 民間企業等で雇用 <input type="radio"/> 自営業等に従事 (どちらかに○)	就業開始(予定)年月日	2018 年 10 月 1 日	
主たる障害の種類	<input checked="" type="radio"/> 身体 <input type="radio"/> 知的・精神 (1級・度)	障害状況	上下肢機能障害・体幹機能障害・ALS	
障害福祉サービス	<input checked="" type="radio"/> 重度訪問介護 <input type="radio"/> 同行援護 / 行動援護	支給決定市町村	■◆市	
サービス提供事業所	(社福)ABC会 ケアサービスDE	特定相談支援事業所	NPO法人 FG園 相談支援事業所HI	
支援が必要な介助等	四肢機能に障害があり、日常生活動作は全介助。視線によるコミュニケーションが可能。			

(2) 職場環境等

フリガナ			フリガナ		
事業所名	◎◎ソフトウェア株式会社		所在地	■◆市 うう町 4-5-6	
所定労働日	<input checked="" type="radio"/> 月 / <input checked="" type="radio"/> 火 / <input checked="" type="radio"/> 水 / <input checked="" type="radio"/> 木 / <input checked="" type="radio"/> 金 / <input type="radio"/> 土 / <input type="radio"/> 日 / 不定期(週 日勤務)	所定労働時間	9時 ~ 15時 (1日 5時間)		
勤務場所	<input checked="" type="radio"/> 自宅内 <input type="radio"/> 会社内 / <input type="radio"/> 自宅と会社両方 / <input type="radio"/> その他()		休憩時間	12時 ~ 13時	
業務内容	<input checked="" type="radio"/> パソコン等を使ったデスクワーク <input type="radio"/> 軽作業等の労務 / <input type="radio"/> その他				
業務内容詳細	営業部が作成した資料のチェック、専門的な見地から資料内容についてテレビ会議で営業担当者にフィードバック。				
必要な機器等	PC 視線操作装置 TV会議システム スキャナー等				
通勤の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 (毎日・週 ○回・月 ○回)	経路			
勤務時間中の移動	職場内の移動 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	職場外の移動 有・ <input checked="" type="radio"/> 無	所要時間(片道)	分	
執務環境(会社内)	車いすトイレ 有 / 無 ・手すり 有 / 無 ・エレベーター 有 / 無 ・入口から執務スペースまでの段差 有 / 無 休憩スペース 有 / 無 ・移動範囲内の障害物 有 / 無 ・視覚障害者用誘導用ブロック 有 / 無 ・支援者等の部外者の執務同席 可 / 不可				
執務環境(自宅・その他)	業務はご本人の居室内で従事。就業時間中は本人と介助者以外の入室禁止。TV会議に参加するため、TV会議システムを活用。 本人の執務スペースにおける機器の配置については本人の指示のもとで行う。				
コミュニケーションの手段	<input checked="" type="radio"/> 直接口頭 <input type="radio"/> 電話 <input checked="" type="radio"/> メール <input type="radio"/> 手話 / 筆談 / 点字資料 / 音声ソフト活用 <input checked="" type="radio"/> TV電話 <input checked="" type="radio"/> その他(視線入力装置・文字盤)				
雇用管理上の担当者名	営業部長 ◎◎氏	安全衛生面の担当者名	××産業医		
職業生活面の担当者名	営業1課 2係長 ◎◎氏	その他担当者名	システム担当 △△氏		
その他、可能な合理的配慮の取組	ご本人の状態を考慮して、週3日 1日5時間勤務を設定している。在宅勤務に関して就業規則では月1回以上の通勤を求めているが、ご本人については移動が困難であるため、通勤を必要としない。TV会議時に2週間に1回産業医が同席して体調等について確認する。				

(3) 必要な支援内容

職場 介 助	職場介助支援実施年月日 令和〇年5月1日 ~ 令和〇年3月31日(終了日が当該申請年度を超える場合は当該申請年度の3月31日まで)			
	対象者の標準的な業務の流れと、勤務に対応した職場介助者の介助内容			
	時刻の目安	業務内容	介助内容	(A)助成金の対象となる支援時間の目安 (B)その他必要な支援時間の目安
	始業 (9:00)			
	9:00	メールチェック	PCの立ち上げ	10分
	9:10	資料チェック等作業	チェック資料の準備、片付け	20分
		↓	見守り・給水・姿勢の調整	60分
	10:30	テレビ会議参加	発言のサポート	80分
		↓	見守り・給水・姿勢の調整	10分
	12:00	休憩	食事に係る介助・トイレの使用に係る介助	60分
13:00	パソコン入力作業	入力用の資料の準備、片付け	15分	
	↓	見守り・給水・姿勢の調整	90分	
14:45	執務スペースの片付け	資料片付け、PCシャットダウン	15分	
15:00				
終業 (15:00)				
(A) 助成金の対象となる支援時間の目安 合計時間(1日) 140 分程度				
(B)その他必要な支援				
具体的に介助が必要な場面				
○見守り	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	○姿勢の調整	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	
		○喀痰吸引	有 / 無	
○トイレ介助	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	○給水	有 / <input checked="" type="radio"/> 無	
		○体位交換	有 / 無	
○食事介助	<input checked="" type="radio"/> 有 / 無	○衣服着脱	有 / 無	
		○	有 / 無	
(B)その他必要な支援時間の目安 合計時間(1日) 220 分程度				
(A) + (B) (注: 所定労働時間を超えない範囲で記載) 合計時間(1日) 360 分程度				

(支援対象障害者の週所定労働時間が10時間未満(予定)の場合)年度末までの所定労働時間引き上げ計画

通勤 支援	通勤支援実施年月日	年	月	日	～	年	月	日	(終了日が当該申請年度を超える場合は当該申請年度の3月31日まで)								
	通勤支援が必要な日	月	/	火	/	水	/	木	/	金	/	土	/	日	/	不定期(月	日)
	支援の必要性	全介助・一部介助・見守りのみ (計画作成時点において必要な支援に○をつける)															
	通勤時間帯(開始時間～終了時間)	介助及び見守りが必要な場所(※一部介助・見守りのみを選択した場合に記載)															
		時		時													

支援計画書作成年月日	令和	○	年	4	月	2	日
------------	----	---	---	---	---	---	---

【助成金に係る確認事項】 (重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金及び重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金を利用する場合にご確認下さい。)

以下の事項に当てはまるか確認ください(該当していれば□にレ点を入れてください)。

支援対象障害者の居住地等の市町村等において「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」を実施している。

支援対象障害者は、

①「「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」(本計画書の(3)B「その他必要な支援」が必要な者、

通勤支援における「4ヶ月目からの支援」が必要な者)の対象者」(ごあんない1頁参照)である。

②「身体障害者、知的障害者又は精神障害者」(ごあんない10頁参照)である。

③「常時雇用する労働者」(ごあんない10頁参照)である。

助成金の支給対象措置は、次のいずれかの措置である。

・支給対象障害者が主体的に業務を遂行するために必要不可欠な、次の介助の業務(遠隔地にいる職場介助者が情報通信機器を介して支給対象障害者に対して行う業務を含む。障害特性が理由で行うことが出来ない作業部分のみの代行が対象であり、支給対象障害者に代わって介助者が判断し遂行する業務は対象外となること。)

イ PC等業務に要する機器による情報アクセス・入力(文・デザイン等の創案を除く)・出力等に係る操作、書類の頁めくり、文字盤・口文字等の読み取り

ロ 代読・代筆(文・デザイン等の創案を除く)、録音図書の作成

ハ 書類等の整理

ニ 業務上の移動・外出に係る付添い(介助者による自動車の運転を除く)

通勤支援は、公共交通機関を利用する通勤に対するものである。 ※「3か月目までの支援」が助成対象である。

助成金は、事業主が、支援計画書のほか、必要書類をもって、別途申請する。

市町村等確認使用欄

連絡先(市町村名・担当部署等)

JEED確認使用欄

連絡先(担当支部名等)

市町村等の確認を受けた上で、都道府県支部へ支援計画書を提出してください。

お問い合わせ

この助成金の内容、申請手続き等については都道府県支部高齢・障害者業務課
(東京、大阪は高齢・障害者窓口サービス課)にお問合せください。

■ 各都道府県支部 高齢・障害者業務課一覧

名 称	所 在 地	電話番号	FAX 番号
北海道支部 (高齢・障害者業務課)	〒063-0804 札幌市西区二十四軒 4 条 1-4-1 北海道職業能力開発促進センター内	011-622-3351	011-622-3354
青森支部 (高齢・障害者業務課)	〒030-0822 青森市中央 3-20-2 青森職業能力開発促進センター内	017-721-2125	017-721-2127
岩手支部 (高齢・障害者業務課)	〒020-0024 盛岡市菜園 1-12-18 盛岡菜園センタービル 3 階	019-654-2081	019-654-2082
宮城支部 (高齢・障害者業務課)	〒985-8550 多賀城市明月 2-2-1 宮城職業能力開発促進センター内	022-361-6288	022-361-6291
秋田支部 (高齢・障害者業務課)	〒010-0101 湯上市天王字上北野 4-143 秋田職業能力開発促進センター内	018-872-1801	018-873-8090
山形支部 (高齢・障害者業務課)	〒990-2161 山形市漆山 1954 山形職業能力開発促進センター内	023-674-9567	023-687-5733
福島支部 (高齢・障害者業務課)	〒960-8054 福島市三河北町 7-14 福島職業能力開発促進センター内	024-526-1510	024-526-1513
茨城支部 (高齢・障害者業務課)	〒310-0803 水戸市城南 1-4-7 第 5 プリンスビル 5 階	029-300-1215	029-300-1217
栃木支部 (高齢・障害者業務課)	〒320-0072 宇都宮市若草 1-4-23 栃木職業能力開発促進センター内	028-650-6226	028-623-0015
群馬支部 (高齢・障害者業務課)	〒379-2154 前橋市天川大島町 130-1 ハローワーク前橋 3 階	027-287-1511	027-287-1512
埼玉支部 (高齢・障害者業務課)	〒336-0931 さいたま市緑区原山 2-18-8 埼玉職業能力開発促進センター内	048-813-1112	048-813-1114
千葉支部 (高齢・障害者業務課)	〒263-0004 千葉市稲毛区六方町 274 千葉職業能力開発促進センター内	043-304-7730	043-304-7733
東京支部 (高齢・障害者窓口サービス課)	〒130-0022 墨田区江東橋 2-19-12 ハローワーク墨田 5 階	03-5638-2284	03-5638-2282
神奈川支部 (高齢・障害者業務課)	〒241-0824 横浜市旭区南希望が丘 78 関東職業能力開発促進センター内	045-360-6010	045-360-6011
新潟支部 (高齢・障害者業務課)	〒951-8061 新潟市中央区西堀通 6-866 NEXT21 ビル 12 階	025-226-6011	025-226-6013
富山支部 (高齢・障害者業務課)	〒933-0982 高岡市八ヶ 55 富山職業能力開発促進センター内	0766-26-1881	0766-26-8022
石川支部 (高齢・障害者業務課)	〒920-0352 金沢市観音堂町へ-1 石川職業能力開発促進センター内	076-267-6001	076-267-6084
福井支部 (高齢・障害者業務課)	〒915-0853 越前市行松町 25-10 福井職業能力開発促進センター内	0778-23-1021	0778-23-1055
山梨支部 (高齢・障害者業務課)	〒400-0854 甲府市中小河原町 403-1 山梨職業能力開発促進センター内	055-242-3723	055-242-3721
長野支部 (高齢・障害者業務課)	〒381-0043 長野市吉田 4-25-12 長野職業能力開発促進センター内	026-258-6001	026-243-2077
岐阜支部 (高齢・障害者業務課)	〒500-8842 岐阜市金町 5-25 G-front II 7 階	058-265-5823	058-266-5329
静岡支部 (高齢・障害者業務課)	〒422-8033 静岡市駿河区登呂 3-1-35 静岡職業能力開発促進センター内	054-280-3622	054-280-3623
愛知支部 (高齢・障害者業務課)	〒460-0003 名古屋市中区錦 1-10-1 MI テラス名古屋伏見 4 階	052-218-3385	052-218-3389
三重支部 (高齢・障害者業務課)	〒514-0002 津市島崎町 327-1	059-213-9255	059-213-9270
滋賀支部 (高齢・障害者業務課)	〒520-0856 大津市光が丘町 3-13 滋賀職業能力開発促進センター内	077-537-1214	077-537-1215
京都支部 (高齢・障害者業務課)	〒617-0843 長岡京市友岡 1-2-1 京都職業能力開発促進センター内	075-951-7481	075-951-7483
大阪支部 (高齢・障害者窓口サービス課)	〒566-0022 摂津市三島 1-2-1 関西職業能力開発促進センター内	06-7664-0722	06-7664-0364
兵庫支部 (高齢・障害者業務課)	〒661-0045 尼崎市武庫豊町 3-1-50 兵庫職業能力開発促進センター内	06-6431-8201	06-6431-8220
奈良支部 (高齢・障害者業務課)	〒634-0033 橿原市城殿町 433 奈良職業能力開発促進センター内	0744-22-5232	0744-22-5234
和歌山支部 (高齢・障害者業務課)	〒640-8483 和歌山市園部 1276 番地 和歌山職業能力開発促進センター内	073-462-6900	073-462-6810
鳥取支部 (高齢・障害者業務課)	〒689-1112 鳥取市若葉台南 7-1-11 鳥取職業能力開発促進センター内	0857-52-8803	0857-52-8785
島根支部 (高齢・障害者業務課)	〒690-0001 松江市東朝日町 267 島根職業能力開発促進センター内	0852-60-1677	0852-60-1678
岡山支部 (高齢・障害者業務課)	〒700-0951 岡山市北区田中 580 岡山職業能力開発促進センター内	086-241-0166	086-241-0178
広島支部 (高齢・障害者業務課)	〒730-0825 広島市中区光南 5-2-65 広島職業能力開発促進センター内	082-545-7150	082-545-7152
山口支部 (高齢・障害者業務課)	〒753-0861 山口市矢原 1284-1 山口職業能力開発促進センター内	083-995-2050	083-995-2051
徳島支部 (高齢・障害者業務課)	〒770-0823 徳島市出来島本町 1-5	088-611-2388	088-611-2390
香川支部 (高齢・障害者業務課)	〒761-8063 高松市花ノ宮町 2-4-3 香川職業能力開発促進センター内	087-814-3791	087-814-3792
愛媛支部 (高齢・障害者業務課)	〒791-8044 松山市西垣生町 2184 愛媛職業能力開発促進センター内	089-905-6780	089-905-6781
高知支部 (高齢・障害者業務課)	〒781-8010 高知市棧橋通 4-15-68 高知職業能力開発促進センター内	088-837-1160	088-837-1163
福岡支部 (高齢・障害者業務課)	〒810-0042 福岡市中央区赤坂 1-10-17 しんくみ赤坂ビル 6 階	092-718-1310	092-718-1314
佐賀支部 (高齢・障害者業務課)	〒849-0911 佐賀市兵庫町若宮 1042-2 佐賀職業能力開発促進センター内	0952-37-9117	0952-37-9118
長崎支部 (高齢・障害者業務課)	〒854-0062 諫早市小船越町 1113 番地 長崎職業能力開発促進センター内	0957-35-4721	0957-35-4723
熊本支部 (高齢・障害者業務課)	〒861-1102 合志市須屋 2505-3 熊本職業能力開発促進センター内	096-249-1888	096-249-1889
大分支部 (高齢・障害者業務課)	〒870-0131 大分市皆春 1483-1 大分職業能力開発促進センター内	097-522-7255	097-522-7256
宮崎支部 (高齢・障害者業務課)	〒880-0916 宮崎市大字恒久 4241 番地 宮崎職業能力開発促進センター内	0985-51-1556	0985-51-1557
鹿児島支部 (高齢・障害者業務課)	〒890-0068 鹿児島市東郡元町 14-3 鹿児島職業能力開発促進センター内	099-813-0132	099-250-5152
沖縄支部 (高齢・障害者業務課)	〒900-0006 那覇市おもろまち 1-3-25 沖縄職業総合庁舎 4 階	098-941-3301	098-941-3302