

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	
○ 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。 認定申請を行うお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。 (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)のほかに、申請する事業所の名称(以下「事業所」という。)も記載する必要があります。この場合、申請する事業所の名称も当該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。

2025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	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
	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(提出代行者・事務代理者の表示)	所在地	
	名称	
	電話番号	
	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】 (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。

受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

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 (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	○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。



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

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602号

障害者助成金受給

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。

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

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。

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。
2025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 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱)
 ② 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 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の中高齢等措置)
 ④ 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 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 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)
 ⑦ 障害者介助等助成金(健康相談医の委嘱)
 ⑧ 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 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 重度障害者等通勤対策助成金(指導員の配置)
 ⑪ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤援助者の委嘱)
 ⑫ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤用バスの運転従事者の委嘱)

3. 申請事業主

・所在地、事業主名、代表者の役職名および代表者氏名を記入してください。
・フリガナを記入してください。

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	

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。

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、事務代理人、代理人が手続を代行する場合に記入してください。

提出代行者 事務代理人 代理人	<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事務代理人 <input type="checkbox"/> 代理人	
	住所	〒()
	事務所名	

10. 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。

1 この申請書で申請する支給対象障害者 別添(助添付様式)

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

職場介助者 (配置 委嘱) 手話通訳
 健康相談医 指導員 通勤援助者
 職業生活相談支援専門員 (配置 委嘱)

11. 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。

② 配置する者の氏名等	a フリガナ氏名	b 生年月日	c 雇用
		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」:週の所定労働時間が30時間以上の者 「短時間」:週の所定労働時間が10時間以上20時間未満

12. 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。

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居住地住所

※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手話通訳等担当者に係る要件適合に関する証明書(写し)日以降、速やかに当該氏名に係る連絡及び未提出添付書類の提出を行わなければ

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)

さい。

資格認定申請書(2)

月 20 日	受領年月日(障害者助成部)		受領年月日	
	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	
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)				
担当者氏名				
電話番号				
助成金振込金融機関				
金融機関名		コード番号		
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		
口座番号				
(フリガナ)				
口座名義				
職名・氏名				
電話番号				
第71号)「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。				
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)				
<input type="checkbox"/> 通勤用バスの運転従事者 <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)				
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 労働時間が20時間以上30時間未満の者				
等名称・機関等所在地	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		
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きは、当該氏名欄等の添付書類の提出時期を後日とすることができます。この場合は、当該委嘱を行ってなりません。				
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。

9. 口座番号

右詰めで記載してください。

(R7.4.1)

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

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

(R7.4.1)

助成金申請に係る支給対象障害者【添付枚数 全】

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③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。

申請する助成金の番号(認定申請書に記載)⑦、⑧、⑨、⑩及び⑪の助成金については、本様式に記載する障害者は5名以上となります。

フリガナ氏名	生年月日	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	在宅勤務区分	労働者区分(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
<input type="checkbox"/> 35歳以上					<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 特定短時間		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 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	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	在宅勤務区分	労働者区分(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
<input type="checkbox"/> 35歳以上					<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 特定短時間		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 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、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。

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	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	在宅勤務区分	労働者区分(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
<input type="checkbox"/> 35歳以上					<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 特定短時間		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 ()
	仕事の内容等				配置・委嘱が必要な理由				

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

④事業・支援計画書(2) (助添付様式第72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72号

事業・支援計画書(2)

(R7.4.1)

申請に係る助成金名(該当する助成金名の口にレ点を入れます。)

- ① 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱)
- ② 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 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の中高齢等措置)
- ④ 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 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継続措置)
- ⑥ 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齢等措置)
- ⑦ 障害者介助等助成金(健康相談医の委嘱)
- ⑧ 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 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 重度障害者等通勤対策助成金(指導員の配置)
- ⑪ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤援助者の委嘱)
- ⑫ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤用バスの運転従事者の委嘱)

認定申請する助成金の種類について、該当するものの口にチェックをしてください。

1 申請に係る事業主・事業所(事業主団体)の概要

フリガナ				経 多 は、 バ	事業主の沿革について簡潔に記入してください。特に対象障害者の雇入れ時と認定申請日現在で、事業所の名称等が異なる場合は、変更について記入してください。			
事業主名 事業主団体名					企業概要	主たる事業の種類又は主な取扱品		
フリガナ				中小企業該当の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
代表者の役職及び氏名				常時雇用する労働者数		人		
沿革 (設立年月日 合併 名称変更等)				資本金・出資の総額		万円		
フリガナ				事業所 設立年月日	年 月 日			
事業所名				申請事業所における障害福祉サービス等実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合、介助者の障害福祉サービス専従の有無			
事業所概要	主たる事業の種類又は主な取扱品				(産業中分類番号)			

受給資格認定申請書等の
記入方法・記入上の注意

申請事業所における雇用状況

	① 常用労働者 総数 (②から⑧の合計 数)	② 身体障害者数		③ 知的 障害者数	④ 精 障害者	⑤	⑥	⑦	⑧
		重度 身体障害者	重度以外の 身体障害者						
認定申請時	人	人	人	人	人	人	人	人	人

配置する職場介助者および手話通訳・要約筆記等担当者について、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等への従事状況をチェックしてください。

(R7.4.1)

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

委嘱者の補助員(委嘱)

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、健康相談医、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

(R7.4.1)

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、手話通訳・要約筆記等担当者(配置のみ)、健康相談医、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: 5px; 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: 5px; 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、手話通訳・要約筆記等担当者、健康相談医、職業生活相談支援専門員、職業能力開発向上支援専門員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)

(R7.4.1)

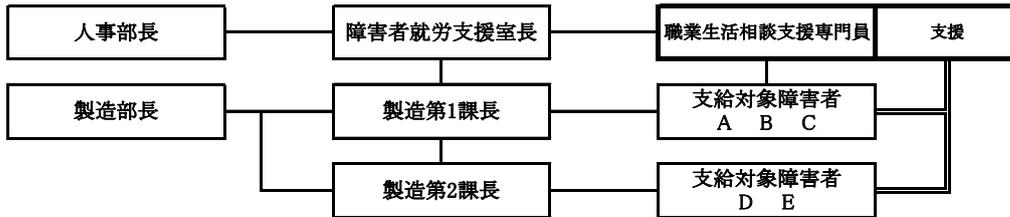
【例1】

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」）

職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者と同じです。（85 ページ参照）

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

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81号

(R7.4.1)

事業・支援計画書(13) 職場支援員の詳細

フリガナ	チバ ジロウ	2 職場支援員の 生年月日	年	月	日	
1 職場支援員氏名	千葉 次郎		1990	11	2	
3 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。					
4 の 雇 用 合 約 （ 配 置 ）	職場支援員の雇用保険 被保険者番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇	最低賃金以上か	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	認定申請日の前日 時点の所定労働時 間	<input checked="" type="checkbox"/> 固定時間制	9時 30分 ~ 16時 30分	30 時間/週		
		<input type="checkbox"/> 固定時間制以外	<small>※おおむね固定時間で勤務している場合であっても、一定期間ごとのシフトにより勤務 時間が変動する場合や、労働者個人の裁量で1日の労働時間を変更することが可能 な制度が適用されている場合は、こちらを選択してください。</small>			
	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				
の 業 務 委 託 （ 委 嘱 ） 契 約	本助成金(中高年齢等措置含む)、企業在籍型職場適 応助成金(中高年齢等措置含む)、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)	<input type="checkbox"/> 業務委託契約 <input type="checkbox"/> 委嘱契約	住所 名称			
	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	代表者 役職名・氏名	電話番号	契約額	円
5 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。)	<input checked="" type="checkbox"/> i) 次の資格等を所持(該当する資格に✓をしてください。)					
	<input checked="" type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 公認心理師					
	<input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 産業カウンセラー <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 障害者職業カウンセラー					
	<input type="checkbox"/> 職場適応援助者養成研修(配置型・訪問型・1号・企業在籍型・2号)修了					
	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 checked="" type="checkbox"/> 事業所名: 株式会社JEED 東京営業所 連絡先: 03-0000-0000 期 間: 2018.4.1 ~ 2025.9.30 (7 年 6 か月)					
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 か月)						
<input type="checkbox"/> 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 か月)						
<input type="checkbox"/> v) 法定必置規定内の産業医以外の医師						
様式の裏面4および5に記載の助成金を確認し、該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/>						
6 職場支援員が現に裏面4に記載の助成 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					
7 職場支援者としての実務経験がある場 合、裏面5に記載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					
8 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	該当する方に <input checked="" type="checkbox"/>					
9 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

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82号

(R7.4.1)

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 全 枚中 枚目】

表内の□は、該当するものに✓を付してください。

識別番号	1	番									
フリガナ			生年月日			雇用保険被保険者番号					
氏名			年	月	日						
ハナミガワ サブロー 花見川 三郎			1989	5	1						
						〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇					
障害の種類						左記で✓した事由が発生した日を記載してください。 ※助成金の対象となる措置の開始日ではありません。					
<input type="checkbox"/> 身体 <input checked="" type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病等 <input type="checkbox"/> 精神（精神保健福祉手帳の有効期限： 年 月 日）											
職場支援員を配置または委嘱する事由						事由の起算日					
<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"/> 業務内容変更 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者助成金の支給 <input type="checkbox"/> 事由の発生日 <input type="checkbox"/> 中高年齢等措置(35歳以上)						年	月	日			
						2025	9	1			
						※中高年齢等措置の場合記載不要					
支援計画期間			2025年 11月 15日			～	2027年 11月 30日				
支給対象期間			2025年 12月 1日			～	2027年 11月 30日				
認定申請日の前日時点の週所定労働時間											
<input checked="" type="checkbox"/> 固定時間制			9時 30分			～	16時 00分			27.5 時間/週	
<input type="checkbox"/> シフト制・フレックスタイム制			※おおむね固定時間で勤務している場合であっても、一定期間ごとのシフトにより勤務時間が変動する場合や、労働者個人の裁量で1日の労働時間を変更することが可能な制度が適用されている場合は、こちらを選択してください。								
労働者区分（注）			<input type="checkbox"/> 一般			<input checked="" type="checkbox"/> 短時間			<input type="checkbox"/> 特定短時間		
最低賃金以上か			在宅勤務区分			在籍出向 (出向元企業名)					
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 ()					
最低賃金以下の場合、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。			業務内容								
職場支援員を配置又は委嘱する事由により生じた（生じる見込みのある）、障害に関連した就労上の課題 ※「中高年齢等措置」の事由を選択した場合は、加齢による変化が生じたことで、障害に起因する就労困難性が増した状況について記載すること											
<ul style="list-style-type: none"> 事由(雇入れ、配置転換等)によって生じた、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)について記載してください。 中高年齢等措置の場合は、加齢による変化が生じたことで、障害により就労上の困難性が増した状況について記載してください。 											
就労上の課題等に応じた具体的な支援の内容											
上記の就労上の課題に対し、どのように支援を行うのか、具体的に記載してください。											

(注) 「一般」 … 週の所定労働時間が30時間以上の者
 「短時間」 … 週の所定労働時間が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週の所定労働時間が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

〔提出期限〕P68 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」）

職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者と同じです。（85 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

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。

職場支援員と同じです。（98 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

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)

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	2025年11月1日 ~ 2026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)	2025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。 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 (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)			
	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 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			
	(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			
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)	(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	31 歳		
	生年月日 年 月 日 1994 9 1	雇用年月日 年 月 日 2019 5 1	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	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	
			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 <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

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 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)		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



MEMO

9-1 支給請求書等の記入方法・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障害者助成金支給請求書（2）（様式第622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」）

1. 事業所コード
認定通知書の左上に記載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. 支給請求する助成金
この請求書で支給請求する助成金にチェックをしてください。
3. 請求事業主
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. 請求に係る事業所
支給対象障害者が所属し、支給対象となる措置を実施した事業所について、所在地および事業所名（フリガナ）を記入してください。
9. 認定番号・認定日
認定通知書に記載された認定番号等を記入してください。
10. 認定に係る支給期間
認定された全支給期間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。
11. 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況
・氏名を記入の上、雇用の有無にチェックをしてください。
・離職している場合は、雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（写）を提出してください。
・特定短時間労働者で雇用保険被保険者の適用を受けない方は、離職理由番号のチェックは不要ですが、離職理由がわかる書類（退職届等）を提出してください。
12. 介助者等の種類
本支給請求における介助者の種類にチェックを入れてください。
14. 支給請求対象期間
今回支給請求する分の支給請求対象期間を記入してください。
16. 補助金との調整
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補助金等を受ける場合には、左から順にチェックをしてください。
申請する助成金と同じ支給費用を対象とする補助金を受給している場合には、②、③の支給機関名、補助事業名および補助金の額を記入してください。

様式第622号
障害者助成金支給請求書(2)

2025年

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。

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

① 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱)
 ② 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 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の中高齢等措置)
 ④ 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 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継続措置)
 ⑥ 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
 ⑦ 障害者介助等助成金(健康相談員の委嘱)
 ⑧ 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 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 重度障害者等通訳対策助成金(指導員の配置)
 ⑪ 重度障害者等通訳対策助成金(通訳援助者の委嘱)
 ⑫ 重度障害者等通訳対策助成金(通訳用バスの運転従事者の委嘱)

請求事業主	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	
請求に係る事業所	事業所所在地 (フリガナ)	(〒)
	事業所名	

障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無 有

提出代行者事務代理人 提出代行者 事務代理人 代理人

住所 (〒)

事務所名

1 この支給請求書で請求する受給資格の認定番号等

① 認定番号 第 - -

② 認定に係る支給期間 年 月 日 ~ 年

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況
(助添付様式第73号を添付する助成金については、本欄の記載は不要です。されている番号を記載してください。)

フリガナ氏名	雇用の有無	離職した場合の離職日	雇
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/>

3 事業実施報告記載欄

① 介助者等の種類
 職場介助者(配置 委嘱)
 手話通訳等担当者(配置 委嘱)
 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)

③ 助成対象措置を実施した介助者等氏名

④ 支給請求対象期間

4 支給要件確認申立書の確認項目の変更

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

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
 有
 無
 ② ①での場合、補助金等の支給額及び補助事業名(支給機関名)(補助事業名)

※地理情報	審査結果	支給・不支給	支給決定日
	決定額		

(R7.4.1)

12月18日		受理年月日(障害者初年度)		受理年月日	
助成金支給決定通知書の送付先・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)					
氏名					
電話番号					
助成金振込希望金融機関名 (認定申請時に記載したものに変更がある場合に記載) <input type="checkbox"/> 認定申請時に記載した振込希望金融機関を変更する。					
金融機関名		コード番号			
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					
口座番号					
(フリガナ) 口座名義					
中小企業該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
常用労働者数		人			
資本金・出資の総額		万円			
産業中分類番号					
<input type="checkbox"/> 無		電話番号			
職名・氏名					
号	認定日	年	月	日	
月	日	④ 前回支給決定額 (支給決定番号)	円		
「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					
離職理由番号	フリガナ氏名	雇用の有無	離職した場合の離職日	離職理由番号	
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1	
2		<input type="checkbox"/> 離職		<input type="checkbox"/> 2	
3				<input type="checkbox"/> 3	
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1	
2		<input type="checkbox"/> 離職		<input type="checkbox"/> 2	
3				<input type="checkbox"/> 3	
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1	
2		<input type="checkbox"/> 離職		<input type="checkbox"/> 2	
3				<input type="checkbox"/> 3	
健康相談医 <input type="checkbox"/> 指導員					
手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他)		② 障害者介助等助成金 (職場介助者の配置及び委嘱)の支給対象障害者の区分		③ 事務的業務 <input type="checkbox"/> 事務的業務以外の業務	
委嘱) <input type="checkbox"/> 通勤用バス運転従事者 委嘱) <input type="checkbox"/> 通勤援助者					
⑤ 支給請求回数		⑥ 障害福祉サービス等実施の有無			
回目		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合、介助者の障害福祉サービス専従の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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。万が一、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。					
関名		⑦ 補助金等の額(円)		支給請求額(円)	
年 月 日		決定番号		- -	
円					

5. 通知書の送付先・連絡先
通知書の送付先・連絡先にチェックをしてください。

6. 助成金振込希望金融機関
認定申請時または前回の支給請求回で希望した助成金の振込先から変更する場合はチェックし、変更後の口座情報を記入してください。
※変更がない場合は記入不要です。

7. 中小企業該当の有無
・中高年齢等措置に係る助成金を支給請求する場合に記入してください。
・中小企業の範囲については、「共通用語の解説」ページ③「中小企業事業主」の項目をご参照ください。
・支給請求日時点の状況を記入してください

8. 障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無
・中高年齢等措置に係る助成金を支給請求する場合であって、「中小企業該当の有無」の項目で「無」の方は記入してください。
・「共通用語の解説」ページ①「障害者雇用調整金」、「調整金支給調整対象事業主」の項目をご参照ください。
・障害者雇用促進法に規定する特例の認定を受けた特例子会社、関係会社、関係子会社および特定組合等の特定事業主である場合は、その親会社または特定組合等が該当する場合は「有」にチェックをしてください。

13. 職場介助者の配置又は委嘱の支給対象障害者の区分
・令和6年3月31日以前の制度で認定された助成金を支給請求する場合に記入してください。
・支給対象障害者の業務として該当するものにチェックをしてください。

15. 障害福祉サービス等実施の有無
介助者等の変更等により、配置された職場介助者または手話通訳・要約筆記等担当者の従事状況に変更がある場合にチェックしてください。

支給請求書等の記入方法・記入上の注意

⑤ 介助状況報告書（助添付様式第 20 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（2）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。

(R7.4.1)

助添付様式第20号

介 助 ・ 支 援 状 況 報 告 書

認定番号

月		月		月		月		月	
日	曜日								
1		1		1		1		1	
2		2		2		2		2	
3		3		3		3		3	
4		4		4		4		4	
5		5		5		5		5	
6		6		6		6		6	
7		7		7		7		7	
8		8		8		8		8	
9		9		9		9		9	
10		10		10		10		10	
11		11		11		11		11	
12		12		12		12		12	
13		13		13		13		13	
14		14		14		14		14	
15		15		15		15		15	
16		16		16		16		16	
17		17		17		17		17	
18		18		18		18		18	
19		19		19		19		19	
20		20		20		20		20	
21		21		21		21		21	
22		22		22		22		22	
23		23		23		23		23	
24		24		24		24		24	
25		25		25		25		25	
26		26		26		26		26	
27		27		27		27		27	
28		28		28		28		28	
29		29		29		29		29	
30		30		30		30		30	
31		31		31		31		31	
合計		合計		合計		合計		合計	
端数処理後の時間数		端数処理後の時間数		端数処理後の時間数		端数処理後の時間数		端数処理後の時間数	

様式第622号から転記してください。

介助等時間
 時間表記で記入してください。
 (例) 1時間23分の場合、1 : 23
 また、介助等の実績がない日については、空欄としてください。

合計の時間数に1時間未満の端数が生じた場合、30分以上は1時間に切り上げ、30分未満は切り捨てます。

支給請求書等の記入
 方法・記入上の注意

助成金の支給対象となる職場介助者等による業務介助の実施日及び実施時間について、上記に相違ないことを支給対象障害者及び職場介助者等に確認させていること。 確認させた 確認させていない

本助成金の受給に係る介助・支援状況について、上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

事業所名 代表者の役職名・氏名

9-2 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【職場支援員】

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		受理年月日(障害者助成部)		受理年月日	
2026年 6月 30日					
次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。					
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 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)					
請求事業主		請求に係る事業所		金融機関名	
所在地 (〒000-0000) 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3		事業所所在地 (〒000-0000) 東京都〇〇区〇〇〇〇1-1-1		〇〇銀行	
事業主名 (フリガナ) 株式会社 J E E D		事業主名 (フリガナ) 株式会社 J E E D		支店名 〇〇支店	
代表者の役職及び氏名 (フリガナ) 代表取締役社長 幕張 花子		代表者の役職及び氏名 (フリガナ) 代表取締役社長 幕張 花子		口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	
支店名 〇〇支店		口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		口座名義 株式会社 J E E D	
中小企業該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		産業中分類番号 〇		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	
常用労働者の総数 100 人		資本金・出資の総額 10,000 万円		主たる事業 〇〇〇〇業	
提出代行者 事務代理人		住所 (〒 -)		事務所名	
1 この支給請求書で請求する受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			
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	
フリガナ氏名		フリガナ氏名		フリガナ氏名	
千葉 次郎		千葉 次郎		千葉 次郎	
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	
フリガナ氏名		フリガナ氏名		フリガナ氏名	
千葉 次郎		千葉 次郎		千葉 次郎	
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					
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支給の有無		② ①で有的場合、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)		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職場支援員の配置又は委嘱 内訳（助添付様式第83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。

助添付様式第83号

支給対象障害者ごとに作成してください。

チェックボックスがある項目については、該当するものに☑

職場支援員の配置又は委嘱 内訳

支給対象障害者	番号	フリガナ	ハナミガワ サブロウ	雇用保険被保険者番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇	
		氏名	花見川 三郎			
		障害の種類	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神（精神障害者保健福祉手帳の有効期限 年 月 日） <input checked="" type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病等にかかっている者 <input type="checkbox"/> 高次脳機能			
		支給対象期間内の支援方法の変更の有無	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし		支給対象期間内の賃金未払い	<input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし
		週所定労働時間	27.5 時間 / 週		労働者区分	<input type="checkbox"/> 一般
		継続して雇用(※)する見込みの有無 ※ 65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			<input checked="" type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 特定短時間
		支給対象期間内の支給対象障害者の在職状況	<input type="checkbox"/> 在職・ <input type="checkbox"/> 離職（離職日 年 月 日） 理由 支給対象障害者が離職した場合は、離職理由を記載してください。			
	1	支給対象期間内の1か月を超える長期休職の有無	<input type="checkbox"/> あり（期間： 月 日～ 月 日）・ <input type="checkbox"/> なし 理由 支給対象障害者が1か月を超える長期休職をした場合は、休職理由を記載してください。			
		支援策の種類	<input type="checkbox"/> 雇用している支援員による支援 ・ <input type="checkbox"/> 委嘱（業務委託）			
		職場支援員	氏名	千葉 次郎		
			所属法人等	株式会社JEED 東京営業所		
		認定を受けた支給期間	2025 年 12 月 1 日～ 2027 年 11 月 30 日			
	今回の支給請求対象期間	第 1 回（ 2025 年 12 月 1 日～ 2026 年 5 月 31 日）				
	本人確認欄	別紙のとおり、支援員による支援を受けたこと及び支給対象障害者に係る賃金台帳等の添付書類について間違いがないことを支給対象障害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				

請求日以前の日付を記載してください。

記載されている確認事項について相違がないか、支給対象障害者に確認のうえ☑

記入上の注意

この様式は次の点に注意して記入してください。

- 1 支給対象障害者について記入してください。
- 2 「本人確認欄」は、すべての欄を記入した後、記入内容に相違がないか、支給対象障害者に確認のうえチェックしてください。
- 3 用紙が不足する場合は、助添付様式第83号（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

支給請求書等の記入方法・記入上の注意

③職場支援員による支援状況及び支給請求額 詳細（助添付様式第84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

助添付様式第84号（第1面）

職場支援員による支援状況

支給対象障害者ごとに作成してください。

「支給対象障害者」欄には助添付様式第83号の番号を記入し、対応した支援策の種類（雇用（配置）・業務委託・委嘱）に応じた欄に必要事項を記入してください。

「対象月数」欄の「月数」には、「支援提供期間」の開始日から次の月の当日の前日までをひと月とし、以後同様に各月の当日からその次の月の当日の前日までをひと月として区切った各月について、支給対象障害者の出勤割合（所定労働日数に占める出勤日数の割合）が6割に満たない月および支給対象障害者が育児休業・介護休業・労災にかかる休業により1日も出勤していない月を除いた月数を記入してください。

業務委託の場合は、「業務委託法人名」欄と「業務委託契約額」欄を記載してください。業務委託契約額は、契約書に記載された契約額です。

「対象月数」欄の「月数」には、「支給対象期」の開始日から次の月の当日の前日までをひと月とし、以後同様に各月の当日からその次の月の当日の前日までをひと月として区切った各月から、支援をまったく受けなかった月および支給対象障害者が育児休業・介護休業・労災にかかる休業により1日も出勤していない月を除いた月数を記入してください。

支援実施日数は訪問による面談を行った日とし、支給対象障害者とそれ以外の従業員等、複数名に対する支援や相談等を同時に実施した場合（例：支給対象障害者和其他の複数の従業員等を同時に面談する等）は含まないので、記載しないでください。また、情報通信機器による面談が認められている場合は、情報通信機器による面談を行った日も対象となります。

支給対象障害者	職場支援員氏名	千葉 次郎	
	支給対象期間の職場支援員の支援状況	<input type="checkbox"/> 支給対象期間支援実施 ・ <input type="checkbox"/> 離職又 （支援を提供し 理由	
	支援状況	支給対象障害者ごとにどのよたのか、具体的に記載してく	
	対象月数	支給対象期間 月数 6 か月 月数 (日) 月数 (日) か月	
助成額			
業務委託した職場支援員（※1）	業務委託法人名（※1）		
	業務委託契約額（※1）	円	
	職場支援員氏名		
	支援状況	（支給対象期間中の訪問による面談日と支 日付ごとに支援内容を具体的に	
	対象月数	（注 訪問日において、支給対象障害 支給対象期間 月数 月数 (日) 月数 (日) か月	
	③支援実施日数 × 10,000円 (1月あたり4日 が 上限)	円	
委嘱した職場支援員（※2）	中高年齢等措置以外	②支援可能日数 × 10,000円 (288日一前回までに支給対象となった支援 ③支援実施日数 × 10,000円	
	中高年齢等措置	円	

をご用意ください。

端数計算を行う場合、小数点以下は切り捨てとなります。

及び支給請求額 詳細

支給対象期間中の賃金未払い あり ・ なし

は異動等途中中断
なくなった日 年 月 日)

該当する方に☑

支援を終了した場合、支援最終日の翌日の日付および理由を記載してください。

うな障害特性にあわせてどのような支援を実施してください。

「金額」欄には、請求事業主が中小企業事業主であるか否か、および支給対象障害者が短時間労働者であるか否かにより、下記の表から該当する額を選んで記載してください。

月数、日数（分数）については、「対象月数」欄の数字を記載してください。

2025年12月1日 ~ 2026年5月31日

金額 40,000 円 × 6 か月 = 240,000 円

円 × (日) = 円

事業主区分 (中高齢等 措置)	中小企業以外の事業主 (中小企業以外または調整 金支給調整対象事業主 以外の事業主)	中小企業事業主 (中小企業または調整 金支給調整対象事業 主)
	労働者区分	
一般労働者	30,000円/月	40,000円/月
短時間労働者	15,000円/月	20,000円/月
特定短時間労働者	7,500円/月	10,000円/月

a. 240,000 円

契約期間 年 月 日 ~ 年 月 日
(年 か月)

「金額」欄の上段と下段の合計を記載してください。

①-1 今回請求分のうち支払済み額(※1) 円

①-2 支給対象期間支払額(※2) 円

援内容)

に記載してください。

「①-1 今回請求分のうち支払済み額」欄には、業務委託の場合で、今回請求分について支払った額を記載してください。

「①-2 支給対象期間支払額」欄には、委嘱の場合で、支給対象期間に支払った額を記載してください。支払いを分割で一部、契約当初に前払いする等している場合は、当該前払い分を記載することができます。なお、助成金の支給対象となる業務委託契約・委嘱契約は有償の契約に限ります。

月1回以上の訪問面談の実施の有無(あり ・ なし)
者以外の従業員等の支援や相談等を実施した場合は除いてください)

年 月 日 ~ 年 月 日

②上限月額 × 対象月数 40,000円 × か月 = 円

40,000円 × (日) = 円

(日)

該当する方に☑

情報通信機器による面談が認められている場合を除き、月1回以上の事業所を訪問しての面談を実施していない場合、助成金の対象となりません。

助成額 (①②③のいずれか低い額。業務委託は①-1、委嘱は①-2) b. 円

実施日数 日) × 10,000円 = 円

「助成額」欄における①の額は、業務委託であれば①-1の額、委嘱であれば①-2の額です。②の額は、②欄の上段と下段の合計額です。

助成額 (①②③のいずれか低い額。業務委託は①-1、委嘱は①-2) b. 円

R6.4.1

9-3 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【職場復帰支援】

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〕P68 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」）

職場支援員と同じです。（111 ページ参照）

②障害者支給対象障害者の出勤状況（助添付様式第 73 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。

職場支援員と同じです。（115 ページ参照）

③職場復帰支援の内訳（助添付様式第 85 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

助添付様式第85号（第1面）

職場復帰支援

医師の意見書の「上記疾病・外傷の療養のために休職等が必要な期間」欄に記載された期間を記載してください。

雇入れ後に障害者となった場合は「新規」に丸をつけ、原因と発生日（事故等は発生日、疾患の場合は最初の診断日）を記入してください。既往の障害の進行を原因とする場合は「進行」に丸をつけてください。

通勤時間の短縮等のための勤務地変更を行った場合は、通勤時間の短縮であることを明確に記載してください。単身で居住していた支給対象障害者が、親族等と同居できるようにするために勤務地を変更した場合は、支給対象障害者が以前独居であったかどうか、勤務地変更後に親族等と同居しているかどうかおよび同居後の住所（市町村名まで）がわかるように記載してください。

援助を行った外部専門家について記載してください。

「支給対象期間」の開始日から次の月の応当日の前日までをひと月とし、以後同様に各月の応当日からその次の月の応当日の前日までをひと月として区切った各月について、支給対象障害者の出勤割合が6割に満たない月および出勤日数が0日の月を除いた月数を記載してください。

最後にひと月に満たない端数がある場合は、当該ひと月に満たない期間については「月数（端数分）」欄の分子に当該端数となった日数を、分母にひと月に満たない期間の開始日からその次の月の応当日の前日までの日数を記載してください。

①

フリガナ 支給対象障害者氏名	ミハマ ワカバ 美浜 若葉	生年月日	1994年
職場復帰の日	2025年 11月 1日	雇用期	
療養を要した期間	年 月 日	休職等	
中途障害の原因と発生日	〇〇〇〇の発症 (新規の場合発生日 2025年8月)	新規	
時間的配慮	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等	週5日、1日8時間勤務	労働時
	措置の開始日	2025年 11月 1日	措置内(変更)
	理由 (中途変更有りの場合はその理由も記入してください。)	医師の意見書にもとづき、支給対象	変更
			内容変
		休暇の	
通院のための通常の有給休暇 以外の有給休暇の付与	実施あり ・ 実施なし	(内容)	
措置の開始日	年 月 日	措置内(変更)	
		変更	
		内容変	
職務開発等	従前の職務内容	機械整備・修理工 (職業分類番号 060)	職務内容の
	(変更が有る場合のみ) 従前の所属・部署		
	理由	外部専門家の援助を受けて作業工程の改善を	
	措置の開始日	2025年 11月 1日	措置内(変更)
見直しを支援した 支援者	氏名		
	資格		
本人確認欄	上記の職場復帰のための措置の内容(変更を含類に間違いがないことを支給対象障害者本人に用、その他の一切の費用について本人負担がな 年 月 日		

②

支給対象期間	第1回目	第2回目	
	月数	か月	
対象月数	月数 (端数分)	(日) か月	金額
		(日)	

をご用意ください。

の内訳

〇月1日	年齢 31 歳	雇用保険 被保険者番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇
間の定め	あり・なし 〔契約期間 ~ 〕		
の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
進行 4日)	申請した障害による本措置に係る他の助成金の受給実績の有無	あり・なし ありの場合期間 (~)	
間の調整	変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等 週4日、1日6時間勤務		
容の途中変更の有無 (には終了も含みます)	あり・なし		
した措置の開始日	年 月 日		
更に係る医師の許可	あり・なし		
障害者の勤務時間を短縮するため。			
付与	行った措置に☑		
年間計 日まで)			
容の途中変更の有無 (には終了も含みます)	あり・なし		
した措置の開始日	年 月 日		
更に係る医師の許可	あり・なし		
変更、職種転換	変更後の職務内容 一般事務 (職業分類番号 034)		
変更後の所属・部署			
図ったが、〇〇の業務に従事することが困難だったため職種転換を行った			
容の途中変更の有無 (には終了も含みます)	あり・なし		
した措置の開始日	年 月 日		
所属組織名			
連絡先			
む)が現に実施されたこと及び支給対象障害者に係る賃金台帳等の添付書確認しましたか。あわせて、本助成金の支給請求に要する診断書に係る費かったことを支給対象障害者本人に確認しましたか。			
□はい □いいえ			

どちらかに丸をつけてください。
雇用期間に定めがある場合、契約期間も記載してください。

出勤簿により確認できる、実際の連続した休職等の期間を記載してください。

どちらかに丸をつけてください。
「あり」の場合、受給していた期間も記載してください。

措置内容を途中で変更または終了した場合に記載してください。

休職等の前および措置実施後の職務の内容を記載してください。
産業分類番号には、職業安定法第15条の規定に基づき職業安定主管局長が作成する職業分類表(71ページ参照)の中分類を記入してください。この中分類が異なる職種への転換が、本助成金上の職種転換と認められます。

措置内容を途中で変更または終了した場合に記載してください。

本人確認欄は、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、支給対象障害者に確認のうえチェックしてください。

支給請求書等の記入方法・記入上の注意

年 月 日 ~ 年 月 日	円 × 円	円
□中小企業 6万円	円 × (日)	円
□大企業 4.5万円	円 × (日)	円
支給請求額		円

10-1 申請内容に変更が生じた場合に必要書類一覧

【職場介助者助成金、手話通訳・要約筆記等担当者助成金】

変更事項	助成金名				必要な手続		添付する書類
	職場介助者 (配置)	職場介助者 (委嘱)	手話通訳・要約筆記等担当者 (配置)	手話通訳・要約筆記等担当者 (委嘱)	助成金事業・支援計画変更承認 申請書(様式第551号) (変更する前日までに提出)	助成金事業支援・計画変更届 (様式第552号) (変更後の支給請求時または 不実施届提出時に提出)	
1 事業主名、代表者、事業主所在地、事業所名又は事業所所在地	●	●	●	●	-	●	<input type="checkbox"/> 登記簿謄本(写)等、当該変更が確認できるもの ※事業主ホームページ等で確認できる場合はその写し
2 助成金の振込先	(●)	(●)	(●)	(●)	-	(●)	支給請求書に助成金振込金融機関名等をご記入ください。
3 支給対象障害者の労働時間の変更(雇用契約の変更)	●	●	●	●	-	●	<input type="checkbox"/> 雇用契約書(写)
4 職場介助者の変更(契約内容の変更を含む)	●	●	-	-	-	●	(配置の場合) <input type="checkbox"/> 雇用契約書(写)、労働条件通知書(写)等(契約内容の変更の場合は、原則、以下の書類は不要) <input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写) <input type="checkbox"/> 賃金台帳(写) 直近1か月分 <input type="checkbox"/> 出勤簿(写)、タイムカード(写)等 直近1か月分 (委嘱の場合) <input type="checkbox"/> 委嘱契約書(写)
5 配置・委嘱内容の変更 情報通信機器を介して行う介助に変更する場合を含みます	●	●	●	●	●	-	<input type="checkbox"/> 事業計画書(2)(助添付様式第72号)(手話通訳・要約筆記等担当者で新たに異なる種類の担当者を委嘱する場合) <input type="checkbox"/> 手話通訳等の資格を証する身分証等(写) <input type="checkbox"/> 委嘱契約書(写)
6 手話通訳・要約筆記等担当者の変更	-	-	●	●	配置●	委嘱●	<input type="checkbox"/> 手話通訳等の資格を証する身分証等(写) <input type="checkbox"/> 新たに委嘱契約を結んだ場合、委嘱契約書(写)
7 支給対象障害者の追加	-	-	●	●	●	-	<input type="checkbox"/> 助成金申請に係る支給対象障害者(助添付様式第71号) <input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写) <input type="checkbox"/> 障害者手帳(写)等 <input type="checkbox"/> 雇用契約書(写)、労働条件通知書(写)等 <input type="checkbox"/> 賃金台帳(写) 直近1か月分 <input type="checkbox"/> 出勤簿(写)、タイムカード(写)等 直近1か月分
8 支給対象障害者の減少	-	-	●	●	-	●	<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(写)
9 事業主の合併もしくは統廃合または事業の譲渡等	●	●	●	●	※随時	-	<input type="checkbox"/> 当該変更が確認できる登記簿謄本(写)等

【留意事項】

(注釈1) 表に記載のない変更内容に関する手続きや提出書類については、お問い合わせください。

(注釈2) 審査の必要に応じて、表に記載している以外の書類の提出を求める場合があります。

10-2 申請内容に変更が生じた場合に必要書類一覧

【職場支援員助成金、職場復帰支援助成金】

変更事項	必要な手続		添付する書類
	助成金事業支援・計画変更承認申請書(様式第551号)	助成金事業支援・計画変更届(様式第552号)	
1 事業主名、代表者、事業主所在地、事業所名または事業所所在地		●	登記簿謄本(写)等、当該変更が確認できるもの ※事業主ホームページ等で確認できる場合はその写し
2 助成金振込先の変更		(●)	支給請求書に助成金振込金融機関名等をご記入ください。
3 支給対象障害者の雇用契約の変更		●	・該当障害者の雇用契約書(写)等 ・職場支援員の配置において、労働時間の変更により労働者区分が変わる場合は、助添付様式第73号の「短時間等切替」欄に該当するアルファベットを記入してください。
4 職場支援員の勤務形態の変更(委嘱等に係る契約内容の変更等を含みます。)		●	新たな勤務形態を証する書類(写)
5 支給対象障害者の減少		(●)	・支給対象障害者が離職した場合は雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(写) ・離職以外で支給対象障害者を除外する場合は変更届にその理由を記入し、提出してください。
6 職場支援員の変更	●		・事業・支援計画書(13) 職場支援員の詳細(助添付様式第81号) ・その他の添付書類については58ページの8の(3)のイを参照
7 支給対象障害者の変更(別の認定で支援を受けている支給対象障害者を支給期間の途中で移動させて追加する場合)		●	・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) ・その他の添付書類については59ページの8の(1)の二を参照 ・記入例については121ページを参照
8 支給対象障害者の変更(新たな事由により支援を開始する支給対象障害者の追加)	●		・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) ・その他の添付書類については59ページの8の(3)のロを参照 ・記入例については122ページを参照
9 職場支援員の労働時間の変更	●		新たな労働時間がわかる雇用契約書(写)等の書類
10 認定に係る措置の内容の変更	●		職場復帰支援助成金における時間的配慮等措置として短縮していた労働時間を医師の意見書の指示を上回る時間に増やす場合 ・時間を増やすことに係る医師の許可が確認できる医師の意見書(様式第580号) ・記入例については123ページを参照
	●		職場支援員の配置または委嘱の措置について、支給対象障害者へ情報通信機器による支援を追加する場合 ① 配置の場合 a 遠隔支援体制の内容(設備、雇用管理の方法、業務管理の方法)がわかる資料 b 支給対象障害者に適用される在宅勤務制度が定められていることがわかる就業規則、雇用契約書、労働条件通知書等(写) ② 委嘱の場合 a 遠隔で面談を行う設備の状況がわかる資料 b 支給対象障害者の就業場所が自宅のみであることが定められた雇用契約書、労働条件通知書等(写)

申請内容に変更が生じた場合に必要書類一覧

【留意事項】

(注釈1) 表に記載のない変更内容に関する手続きや提出書類については、お問い合わせください。

(注釈2) 審査の必要に応じて、表に記載している以外の書類の提出を求める場合があります。

11 申請内容に変更が生じた場合の記入方法・記入上の注意

- ① 職場支援員の配置または委嘱における、支給対象障害者の変更（別の認定で支援を受けている支給対象障害者を支給期間の途中で移動させて追加する場合）（10-2 変更事項の7）

様式第552号

(R7.4.1)

助成金事業・支援計画変更届

2026年 1月 15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

下記のとおり変更したので届け出ます。

事業主	名称	株式会社JEED		
	代表者の役職及び氏名	代表取締役社長 幕張 花子		
事業所	名称	株式会社JEED 東京営業所		
連絡先	担当部課名	氏名	電話番号	
	総務部人事課	海浜 太郎	043-000-0000	
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	(〒 -)	職名	
			氏名	
	事務所名		電話番号	
助成金名	職場支援員の配置助成金			
認定番号	1216-507-●●	認定年月日	2025年12月15日	
変更に係る申請の計画確認番号(※1)		変更に係る申請の計画確認年月日(※1)	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 支給対象施設・支援計画措置等に関する変更事項			年 月 日
5 雇用契約(労働時間、業務内容等)の変更			年 月 日
6 助成金振込先			年 月 日
7 その他(職場支援員関係助成金の職場支援員、支給対象障害者の異動等)	支給対象障害者 花見川 三郎	支給対象障害者 ・花見川 三郎 ・稲毛 京子	2026年 1月 1日
8 変更理由	認定番号1216-507-△△の職場支援員の異動によって1216-507-△△の支給対象障害者 稲毛 京子(支援計画期間:2025年8月1日~2027年7月31日)を支援する者がなくなったため、稲毛 京子を2026年1月1日より1216-507-●●の職場支援員 千葉 次郎の支給対象障害者として支援を開始する。		

確認事項	重度障害者等用住宅の貸借助成金又は駐車場の貸借助成金の場合で賃貸借契約相手を変更するときのみ以下をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 賃貸借契約の相手方は、申請事業主の関係者等ではない (※2)関係者等に該当するかについては(裏面)を参照ください。
------	---

※支部受理番号

② 職場支援員の配置または委嘱における、支給対象障害者の変更（新たな事由により支援を開始する支給対象障害者の追加）（10-2 変更事項の8）

様式第551号

(R7.4.1)

助成金事業・支援計画変更承認申請書

2026年 1月 15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

下記のとおり変更したいので申請します。

事業主	名 称	株式会社JEED		
	代表者の 役職及び氏名	代表取締役社長 幕張 花子		
事業所	事業所名	株式会社JEED 東京営業所		
連絡先	担当部課名	氏 名	電話番号	
	総務部人事課	海浜 太郎	043-000-0000	
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	(〒 -)		職名
				氏名
	事務所名			電話番号
助 成 金 名	職場支援員の配置助成金			
認定番号	1216-507-●●	認定年月日	2025年 12月 15日	
認定額	円	変更年月日	2026年 3月 1日	

変 更 す る 事 項	支給対象障害者の追加		
認定時・支給時(前回支給決定時)の概要	変 更 後 の 概 要		
職場支援員 千葉 次郎 支給対象障害者 ・花見川 三郎 (支援計画期間：2025年12月1日～2027年11月30日) ・稲毛 京子 (支援計画期間：2025年8月1日～2027年7月31日)	職場支援員 千葉 次郎 支給対象障害者 ・花見川 三郎 (支援計画期間：2025年12月1日～2027年11月30日) ・稲毛 京子 (支援計画期間：2025年8月1日～2027年7月31日) ・緑 月子 (支援計画期間：2026年3月1日～2029年2月28日)		
変更理由	※支給対象障害者を追加・削除した場合の、変更後の支援計画期間(職場支援員の配置・委嘱助成金(中高年齢等措置)を含む) 2025年 12月 1日 ~ 2029年 2月 28日 ↑ 支援計画期間が最も早い日付 ↑ 支援計画期間が最も遅い日付		
2026年3月1日付けで新たに雇い入れる緑 月子について、千葉 次郎を職場支援員として配置し、支給対象障害者の職場定着を図るため。			

※ 支部受理番号

- ③ 職場復帰支援助成金における、認定に係る措置の内容の変更（時間的配慮等措置として短縮していた労働時間を医師の意見書の指示を上回る時間に増やす場合）
 (10-2) 変更事項の 10)

様式第551号

(R7.4.1)

助成金事業・支援計画変更承認申請書

2026年 4月 20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

下記のとおり変更したいので申請します。

事業主	名 称	株式会社JEED		
	代表者の 役職及び氏名	代表取締役社長 幕張 花子		
事業所	事業所名	株式会社JEED 東京営業所		
連絡先	担当部課名	氏 名	電話番号	
	総務部人事課	海浜 太郎	043-000-0000	
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 checked="" type="checkbox"/> 代理人			
	住所	(〒 -)		職名
				氏名
	事務所名			電話番号
助 成 金 名	職場復帰支援助成金			
認定番号	1215-507-●●	認定年月日	2025年 10月 25日	
認定額	円	変更年月日	2026年 5月 1日	

変 更 す る 事 項	支給対象障害者の勤務時間の変更		
認定時・支給時(前回支給決定時)の概要	変 更 後 の 概 要		
勤務曜日：月・火・木・金 週4日 勤務時間：10：00～17：00 1日6時間	勤務曜日：月・火・木・金 週4日 勤務時間：9：00～17：00 1日7時間		
※支給対象障害者を追加・削除した場合の、変更後の支援計画期間(職場支援員の配置・委嘱助成金(中高年齢等措置)を含む) 年 月 日 ~ 年 月 日			
変 更 理 由	支給対象障害者の体調が良くなったため、医師と相談のうえ、医師の意見書のもと1日の勤務時間を6時間から7時間に増やすため。		

時間的配慮等措置で減らしていた労働時間を増やす場合、事業主負担で医師の意見書を再度取得し、医師の意見書に従って労働時間を増やすことができます。ただし、労働時間を増やしたことにより、休職前の労働時間に戻った場合は、時間短縮の措置が終了したと判断し、当該措置については戻った日以降は助成金の対象となりません。

JEEDお問い合わせ先



JEEDの助成金等に関する申請手続き等については、JEED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)にお問い合わせください。

名 称	所 在 地	電話番号
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
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
岩手支部 高齢・障害者業務課	〒 020-0024 盛岡市菜園 1-12-18 菜園センタービル 3 階	019-654-2081
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
愛知支部 高齢・障害者業務課	〒 460-0003 名古屋市中区錦 1-10-1 M I テラス名古屋伏見 4 階	052-218-3385
三重支部 高齢・障害者業務課	〒 514-0002 津市島崎町 327-1	059-213-9255
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

／らしく、はたらく、ともに／

JEED



独立行政法人
高齢・障害・求職者雇用支援機構

(R7.4)