様式第622号

(R7.4.1)

障害者助成金支給請求書(2)

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日

事業所コード ●●●●●●●●●●

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。

2026 年 1 月 13 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

この請求書で支給請求する助成金

- 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年齢等措置)
- 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
- 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
- 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)

支給請求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。

請求事業主	所在地	(〒174−●●●●) 東京都●●区●●町2−●−●
	(フリガナ)	ﾐﾊﾏｼｮｳｼﾞ ｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼｬ
	事業主名	美浜商事株式会社
	(フリガナ)	ﾀﾞｲﾋｮｳﾄﾘｼﾏﾘﾔｸ ﾐﾊﾏ ﾀﾛｳ
	代表者の役職及び氏名	代表取締役 美浜 太郎
請求に係る事業所	事業所所在地	(〒261−●●●●) 千葉県千葉市●●区●町3−●−●
	(フリガナ)	ﾐﾊﾏｼｮｳｼﾞｶﾌﾞｼｷｶﾞｲｼｬ ﾁﾊﾞｼﾞｷﾞｮｳｼｮ
	事業所名	美浜商事株式会社 千葉事業所

障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無 ☐ 有 ☐ 無

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	☐ 事業主 ☑ 事業所
所属先名称(部署等)	総務課
氏 名	美浜 花子
電話番号	043−***−****

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)

☐ 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	店番号
口座種別	☐ 普通 ☐ 当座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義	

変更する場合は記入してください。

中小企業該当の有無 ☐ 有 ☐ 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	

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

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 1205 − 507 − ● 号	② 認定日	2025 年 5 月 20 日
③ 認定に係る支給期間	2025 年 6 月 1 日 ～ 2035 年 5 月 31 日	④ 前回支給決定額(支給決定番号)	2回目以降は記入してください。 円 ( )

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況

(助成付様式第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。「離職理由番号」欄は、雇用保険被保険者資格喪失確認番号の離職理由欄に記載されている番号を記載してください。)

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	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
キコウ タロウ 機構 太郎	☑ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

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) ☐ 健康相談医 ☐ 指導員
- ☐ 手話通訳等担当者(☐ 配置 ☐ 委嘱)(☐ 手話 ☐ 要約筆記 ☐ その他)
- ☐ 職業生活相談支援専門員(☐ 配置 ☐ 委嘱) ☐ 通勤用バス運転従事者
- ☐ 職業能力開発向上支援専門員 ☐ 配置 ☐ 委嘱) ☐ 通勤援助者

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

令和6年4月1日以降の制度で認定を受けた場合は、記載不要です。

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	⑤ 支給請求回数	⑥ 障害福祉サービス等実施の有無
千葉 花子	2025年6月1日 ～ 2025年11月30日	1 回目	☑ 有 ☐ 無 有の場合、介助者の障害福祉サービス専従の有無 ☐ 有 ☑ 無

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、認定申請時と変更がある場合、認定取り消しとなる場合があります。

5 補助金等との調整	① 支給対象費用を対象とする国等の機関からの補助金等の受給の有無	☐ 有 ☑ 無	② ①で有の場合、補助金等の支給機関名及び補助事業名 (支給機関名) (補助事業名)	③ 補助金等の額(円)	支給請求額(円)
					●●●,●●●円

※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				

助添付様式　第73号

助成金支給対象障害者の出勤状況

（R7.4.1）

助成金の種類
（該当する助成金の□欄にレ点を入れてください。）

- ☐ 職場復帰支援
- ☑ 職場介助者の配置（☐ 継続措置　☐ 中高年齢等措置）
- ☐ 手話通訳・要約筆記等担当者の配置（☐ 継続措置　☐ 中高年齢等措置）
- ☐ 職場支援員の配置（☐ 中高年齢等措置）
- ☐ 職業生活相談支援専門員の配置
- ☐ 職業能力開発向上支援専門員の配置

該当する助成金にチェックしてください。

認定番号	1205-507-●	支給回数	第　1　回

支給対象障害者の出勤状況申告欄

フリガナ	キコウ　タロウ																	
氏　名	機構　太郎																	
退職年月日	年　月　日						年　月　日							年　月　日					
退職理由（※1）	☐ 1・☐ 2・☐ 3						☐ 1・☐ 2・☐ 3							☐ 1・☐ 2・☐ 3					
請求年月		所定労働日数	出勤日数	有給休暇等日数	欠勤日数	短時間等切替（※2）	備考	所定労働日数	出勤日数	有給休暇等日数	欠勤日数	短時間等切替（※2）	備考	所定労働日数	出勤日数	有給休暇等日数	欠勤日数	短時間等切替（※2）	備考
年	月																		
2025	6	21	18	2	1														
2025	7	20	19	1															
2025	8	21	19	1	1														
2025	9	19	17	2															
2025	10	18	18																
2025	11	23	20	3															

その月の初日から末日までの日数について、下記〈記入上の注意〉の３（３）に従って各項目の日数を記入してください。
（例）４月は４月１日～４月30日の間の所定労働日数、出勤日数等

「短時間等切替」の項目は、職場介助者助成金では、記入不要です。

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チェック不要ですが、退職理由が確認できる書類（退職届等）を提出してください。

＜記入上の注意＞

1　添付上の注意事項
本様式は、同助成金の支給請求に係る支給請求対象期間内６ヶ月において、支給対象障害者の出勤状況について申告するものです。

2　助成金の種類等の欄について
助成金の種類、認定番号及び支給請求回は支給請求書に記載したものと同じ記載となります。

3　支給対象障害者の出勤状況申告欄について
（１）「退職年月日」及び「退職理由」欄は、支給対象障害者が退職した場合に記載します。退職理由の番号及び退職年月日は添付される「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」の記載事項に合致します。
（２）「請求年月」欄の年、月の欄には、支給請求対象期間の年、月を記載します。
（３）所定労働日数等への記載は請求年月の初日から末日までの状況について、整数で記入して下さい。賃金締め切り単位ではありません。
（ただし、職場復帰支援助成金及び職場支援員の配置又は委嘱助成金（中高年齢等措置を含む。）については、請求年月に対応する賃金締切単位の初日から締日までの所定労働日数や出勤日数等を記載してください。）
①「所定労働日数」欄には、公休日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記入して下さい。
②「出勤日数」欄には、①の所定労働日に対して出勤した日数を記入してください。
具体的には、原則として、次の日の合計日数となります。
・　受給資格認定を受けた事業所で所定労働時間の半分以上就労した日
・　出張した日（研修日を含む）
・　休日に出勤した日
③「有給休暇等日数」欄には、次の日数の合計日数を記入してください。
・　労働基準法第３９条に基づく年次有給休暇、年次有給休暇以外の法定休暇、同法第６５条に定める産前産後の休業により休んだ日
・　人工透析のために勤務していない日
・　就業規則又は雇用契約書等において定められた休職制度等に基づき、負傷又は疾病（医師の診断書等により内容が確認できるものに限る）による療養のために休業した日
・　慶弔による休暇、夏季休暇といった特別休暇等であって、就業規則又は雇用契約書等に記載する休暇等により出勤していない日
④「欠勤日の日数」欄には、公休日を除き、③以外の理由により休んだ日数を記入して下さい。
なお、生産調整等、会社都合の事由により休んだ日は、就業規則の定めに関わらず、欠勤日として取扱います。
⑤「備考」欄には、休日出勤を行った日数とその振替休日の日数を記入してください。

※１　退職理由の番号１～３は、雇用保険被保険者資格喪失確認通知書の離職理由欄に記載されている番号の□欄にレ点を入れてください。

※２　「短時間等切替」欄
支給対象障害者の区分に変更があった場合は次のＡ～Ｆのアルファベットを記入して下さい。
「Ａ」短時間　⇒ 一般
「Ｂ」一般　⇒ 短時間
「Ｃ」短時間　⇒ 特定短時間
「Ｄ」特定短時間 ⇒ 短時間
「Ｅ」一般　⇒ 特定短時間
「Ｆ」特定短時間 ⇒ 一般

一般 とは･･･週の所定労働時間が30時間以上の者
短時間 とは･･･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 とは･･･週の所定労働時間が10時間以上20時間未満である者（支給対象障害者が重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である場合に限ります）をいいます。

助添付様式第75号　　（R6.4.1）

職場介助者等出勤状況及び助成金支給請求額算定票

職場介助者等氏名	千葉　一郎	配置する職場介助者等	☑ 職場介助者の配置（☐ 継続措置　☐ 中高年齢等措置）　☐ 手話通訳・要約筆記等担当者（☐ 継続措置　☐ 中高年齢等措置）
認定番号	1205-507-●		☐ 重度障害者等通勤援助者　☐ 職業能

助添付様式第20号の「端数処理後の時間数」を転記してください。

該当する助成金にチェックしてください。

算 定 情 報 欄

対象年月 年	月	A 職場介助者等出勤状況欄（日） 所定労働日数	出勤日の日数	有給休暇等日数	欠勤日の日数	B 介助等を行った時間数(時間)	C 時間単価（円）	D 支給対象基礎費用（B×C）（円）	E ※1 国等からの補助金等の額（円）	F ※2 支給対象費用（D－E）×助成率（円）	G ※3 支給請求額（円）
月額給与の場合										1円未満切り捨て	
令和7	6	21	18	2	1	67	1,295	86,765	0	65,073	27,195
日額給与の場合											
令和7	6	21	18	2	1	67	1,333	89,311	0	66,983	27,993
時間額給与の場合											
令和7	6	21	18	2	1	67	1,500	100,500	0	75,375	31,500
										合計	

※１　本助成金の支給対象費用と同範囲の費用を対象とする補助金等を受けた場合はその金額を、本助成金の支給対象費用よりも広範囲の費用を対象とする補助金等を受けた場合は本助成金の対象費用と同範囲になるよう按分等した金額を、本助成金の支給対象費用と同範囲の費用を対象とする補助金等を受けていない場合は「0」を記入してください。

※２　助成率は各継
　　各継
※３　支給限度額は
　　上記以外 ・・

・・　2/3
・・　3/4
中小企業及び調整金支給調整対象事業主を除く）・・・

当該請求月における助成金様式第75号-2の２の「全額一律支給」および「一部一律支給」の当該一律支給額ならびに３の合計額を記入してください。

算定明細欄の補足説明記載欄（月額給与の場合）
③の１か月の平均所定労働時間（時間）を算出した計算式などを記入してください。

算 定 明 細 欄　（※上記算定情報欄の内訳を記入してください。）

請求年月 年	月	※3 支払区分	①時間外割増賃金の基礎となる賃金の額（円）	② ①の算出基礎額となる労働時間数(時間)（支払区分が２又は４の場合に記入）	③時間外割増賃金の基礎額算出に用いる１か月の平均所定労働時間（時間）（支払区分が１の場合に記入）	※4 ④時間単価（円）
月額給与の場合					小数第2位未満切り捨て	1円未満切り捨て
令和7	6	1	200,000		154.37	1,295
日額給与の場合						
令和7	6	2	10,000	7.5		1,333
時間額給与の場合						
令和7	6	3				1,500

１か月当たりの所定労働時間記入欄

１日当たり所定労働時間(小数点第２位まで記入)	7.5	時間

割増賃金の基礎となる賃金の算定に係る「１か月の所定労働時間」は、(該当する側にレ点)
☐ 就業規則や賃金規程等に記載している。
（記載されている時間数　　時間）
☑ 就業規則や賃金規程等に記載していない。

前回支給請求対象期間内の合計所定労働日数	日

算定明細欄の補足説明記入欄
（算定明細欄の記入に当たって、補足説明がある場合は記入）

（例）月給制の場合
（365-休日数118日）×7.5÷12＝154.37

※３　月額給与は「１」、日額給与は「２」、時間額給与は「３」、その他は「４」を記入
※４　支払区分が「１」の場合：①／③、支払区分が「２」又は「４」の場合：①／②
　　支払区分が「３」の場合：④のみに時間単価を記入

（R7.4.1）

助添付様式第20号

介　助　・支　援　状　況　報　告　書

認定番号	1205-507-●

6　月			7　月			8　月			9　月			10　月			11　月		
日	曜日	介助等時間（時間:分）	日	曜日	介助等時間（時間:分）	日	曜日	介助等時間（時間:分）	日	曜日	介助等時間（時間:分）	日	曜日	介助等時間（時間:分）	日	曜日	介助等時間（時間:分）
1	金	1:23	1			1			1			1			1		
2	土		2			2			2			2			2		
3	日		3			3			3			3			3		
4	月	4:25	4			4			4			4			4		
5	火	2:28	5			5			5			5			5		
6	水	2:30	6			6			6			6			6		
7	木		7			7			7			7			7		
8	金		8			8			8			8			8		
9	土		9			9			9			9			9		
10	日		10			10			10			10			10		
11	月	4:48	11			11			11			11			11		
12	火	4:30	12			12			12			12			12		
13	水	3:25	13			13			13			13			13		
14	木	2:30	14			14			14			14			14		
15	金	3:48	15			15			15			15			15		
16	土		16			16			16			16			16		
17	日		17			17			17			17			17		
18	月	4:18	18			18			18			18			18		
19	火	4:30	19			19			19			19			19		
20	水		20			20			20			20			20		
21	木	4:45	21			21			21			21			21		
22	金	3:20	22			22			22			22			22		
23	土		23			23			23			23			23		
24	日		24			24			24			24			24		
25	月	4:35	25			25			25			25			25		
26	火	3:28	26			26			26			26			26		
27	水	4:10	27			27			27			27			27		
28	木	4:30	28			28			28			28			28		
29	金	3:30	29			29			29			29			29		
30	土		30			30			30			30			30		
31			31			31			31			31			31		
合　計		66:53	合　計			合　計			合　計			合　計			合　計		
端数処理後の時間数		67	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		

・介助時間は時間表記で記入してください。
（例）1時間23分の場合、1:23

・介助の実績がない日は、空欄としてください。

・以降の支給対象月についても青字の記入例と同様に、該当する曜日及び介助時間数を記入してください。

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。

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。

2026 年　1 月　13 日

事業所名　代表者の役職名・氏名　美浜商事株式会社　千葉事業所長　●●　●●