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

申請する助成金の名称を記載してください。

○ 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。）

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。 認定申請を行お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な事項について確認・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）

「はい」または「いいえ」どちらかに丸をつけてください。

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　　）が、1から8までの事項にも該当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	○○○○○○○○○○○○○
	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○○区○○○○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	電話番号
	名称	登録番号
	氏名	

「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。

（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。

代理人又は社会保険労務士（提出代行者・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」に〇を付けた場合は、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」に〇を付けた場合も、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、不正受給となることがあります。

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ことをいいます。

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、該当箇所に〇を付けて下さい。

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に〇を付けてください。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〇を付けてください。

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、該当箇所に〇を付けてください。

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ことをいいます。
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。

（R7.4.1）
別紙

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

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

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

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、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。

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。

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。

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。

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。

様式第602号

障害者助成金受給

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。
2025 年 5

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
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
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）

申請事業主	所在地	（〒　　）
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）事業主名	
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）代表者の役職及び氏名	
申請に係る事業所	事業所所在地	（〒　　）
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）事業所名	
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	〒（　　）
	事務所名	

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 ）

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	□ 一般	□ 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「特定短時間」：週の所定労働時間が10時間以上20時間未満

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)

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日

月　20　日

)

の継続措置)
中高年齢等措置)

)

本社又は主たる事務所の雇用保険適用事業所番号	事業主の法人番号

助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先	
送付先・連絡先の所属	□ 事業主　□ 事業所
所属先名称(部署等)	
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	□ 普通　□ 当座　□ その他	
口座番号		
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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 (□配置 □委嘱)(□手話 □要約筆記 □その他)

□ 通勤用バスの運転従事者

□ 職業能力開発向上支援専門員(□配置 □委嘱)

年月日	d 所 属 先
月　日	

(注1)	g 雇用保険被保険者番号
□ 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、当該委嘱を行ったなりません。

年　月　日	認定番号	－	－

(R7.4.1)

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。

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⑫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)
					□ 該当 □ 不該当	□ 該当 □ 不該当	□ 一般 □ 短時間 □ 特定短時間		□ 該当　□ 不該当 （　　）
□ 35歳以上	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。

			障害の種類	障害の程度	雇用後中途障害者区分	在宅			元企業名)
					□ 該当 □ 不該当	□ □			□ 不該当 ）
□ 35歳以上	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)
					□ 該当 □ 不該当	□ 該当 □ 不該当	□ 一般 □ 短時間 □ 特定短時間		□ 該当　□ 不該当 （　　）
□ 35歳以上	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□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・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の中高年齢等措置)
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□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	
事業主名 事業主団体名		多 は、 バー	
フリガナ			
代表者の役職及び氏名		企業概要	主たる事業の種類又は主な取扱品　（産業中分類番号）
沿革 （設立年月日 合併 名称変更等）			中小企業該当の有無　□ 有　□ 無
			常時雇用する労働者数　人
			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			
事業所概要	主たる事業の種類又は主な取扱品	申請事業所における障害福祉サービス等実施の有無	□ 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

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。

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。

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				
		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

（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

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。

(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

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

〇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）
〇作業場所
〇作業環境
〇障害により就労上、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。)

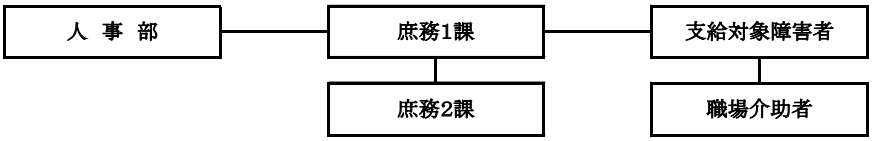
なお、職業生活相談支援専門員及び職業能力開発向上支援専門員は所定労働時間の概ね7割以上、同専門員として業務に従事している者であるかわかるよう業務日課を表の中に表してください。

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
始業 休憩 終業	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。	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。
		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。） 時間

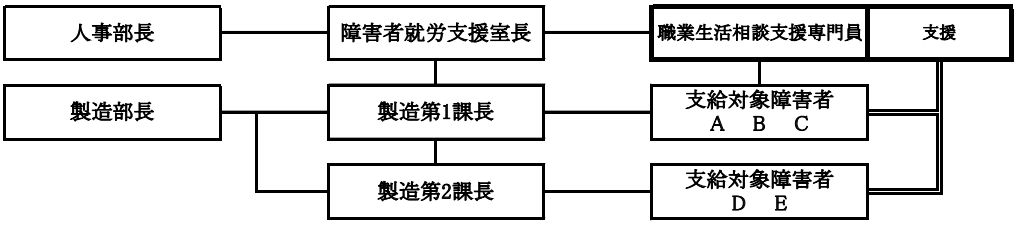
③ 申請に係る事業所の配置者の所属部署と支給対象障害者の所属先との関係図（配置助成金のみ）

（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。