

# 7 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

## ① 障害者助成金受給資格認定申請書（2）の記入方法

申請にあたっては、認定申請書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕 申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部（以下「支部」といいます。）

〔提出部数〕 3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕 各助成金の提出期限については、詳しくは機構ホームページ（<https://www.jeed.go.jp/>）をご覧ください

### 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。

### 6. 申請事業主

- 代表者名欄は、代表者の役職名および氏名を記入してください。
- フリガナを記入してください。

### 7. 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。

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。

※手続きの代行は、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。）

### 8. 申請内容（配置又は委嘱の概要）記載欄

障害者相談窓口担当者の配置助成金の場合は、この欄には記入せず、別添事業計画書に記入してください。

### 9. 配置または委嘱する介助者等の種類

該当する介助者等にチェックをしてください。

### 10. 配置する者の氏名等

介助者等を配置する場合に記入またはチェックをしてください。

### 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

障害者助成金受給資格

事業所コード		年		月	
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。					
被立行政法人高齢・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（手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱）					
④ 障害者介助等助成金（障害者相談窓口担当者の配置）					
⑤ 重度障害者等通勤対策助成金（指導員の配置）					
⑥ 重度障害者等通勤対策助成金（通勤援助者の委嘱）					
⑦ 重度障害者等通勤対策助成金（通勤用バス運転従事者の委嘱）					
申請事業主	所在地	(〒 )			
	(フリガナ) 事業主名				
申請に係る事業所	(フリガナ) 代表者の役職及び氏名				
	事業所所在地	(〒 )			
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	
	1 この申請書で申請する支給対象障害者 <input type="checkbox"/> 別添(助添付様式第2号)				
2 申請内容(配置又は委嘱の概要)記載欄 (④障害者相談窓口担当者の配置助成金)					
① 配置または委嘱する介助者等の種類					
<input type="checkbox"/> 職場介助者 ( <input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱 ) <input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 通勤援助者 <input type="checkbox"/> 通勤用バスの運転手					
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		
			年 月 日		年
	e 配置開始年月日	f 労働者区分(注)	g 雇用保険被保険者番号		h 職(種)別(区分)
年 月 日		一般 短時間			
(注) 「一般」：1週間の所定労働時間が30時間以上の者 (短時間)					
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等名又は委嘱者の居住地			
※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は、当該氏名欄を未記入のまま提出し、当該手話通訳等担当者に係る要件適合に関する場合は、当該委嘱を行った日以降、速やかに当該氏名に係る連絡及び未提出添付書類を提出してください。					
処理欄 ※2	審査結果	認定・不認定	認定日	年	

※2 記入不要です。(機構本部記入欄)

か、支部にお問い合わせください。

給資格認定申請書（2）

月 日	受理年月日（障害者助成金）	受理年月日（都道府県支部）
本社又は主たる事業所の雇用保険適用事業所番号		
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等		
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		
添付様式第71号「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。		
「職場介助者の配置又は委嘱助成金」の申請の場合は、別添事業計画書に記載してください。		
手話通訳等担当者（ <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他 ）		
利用バスの運転従事者		
雇用年月日	d	所属先
年 月 日		
h 障害者介助等助成金（職場介助者の配置及び委嘱の対象障害者（重度視覚障害者）の区分）	職場介助者の配置及び委嘱（継続措置を含む。）助成金の支給対象障害者（重度視覚障害者）の業務は <input type="checkbox"/> 事務的業務に該当 <input type="checkbox"/> 事務的業務以外の業務に該当	
【短時間】：1週間の所定労働時間が2.0時間以上3.0時間未満の者		
機関等名称・機関等所在地者の居住住所	a 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
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とき適合に関する証明書（写し）等の添付書類の提出時期を後日とすることができます。ご提出添付書類の提出を行わなければなりません。		
年 月 日	認定番号	- -

3. 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。

4. 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。

5. 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。

1 1. 職場介助者の配置又は委嘱助成金の支給対象障害者（重度視覚障害者）の区分

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。なお、事務的業務以外の業務に従事する重度視覚障害者が支給対象障害者となるのは、職場介助者の委嘱の場合のみとなります。

③ 助成金認定申請に係る支給対象障害者（助添付様式第71号）記入方法

提出にあたっては、障害者助成金受給資格認定申請書（2）と同様に、「機構用」「支管用」「事業主用」の3部をご用意ください。

助添付様式第71号

助成金申請に係る支給対象障害者【添付枚数 全 枚中 枚目】

該当する区分にチェックしてください。

○ 支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。（表内の口は、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）②、③及び④の助成金については、本様式に記載する障害者は1名のみとなります。

フリガナ氏名	生年月日 □ S □ H	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途障害者区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	労働者区分（注1） <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当
仕事の内容等	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。								

フリガナ氏名	生年月日 □ S □ H	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途障害者区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	労働者区分（注1） <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名) <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 □ S □ H	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途障害者区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	労働者区分（注1） <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名) <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1) 「一般」 … 1週間の所定労働時間が30時間以上の者  
 「短時間」 … 1週間の所定労働時間が20時間(精神障害者の場合は15時間)以上30時間未満の者

#### ④ 事業計画書（2）（助添付様式 72 号）の記入方法

提出にあたっては、障害者助成金受給資格認定申請書（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。

助添付様式第72号

### 事業計画書（2）

申請に係る助成金名(該当する助成金名の口にし点を入れます。)

- 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(手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱)
- ④  重度障害者等通勤対策助成金(指導員の配置)
- ⑤  重度障害者等通勤対策助成金(通勤援助者の委嘱)
- ⑥  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し点を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		フリガナ	
事業主名 事業主団体名		事業所名	
フリガナ		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。	
代表者の 役職及び氏名		企業全体	人
沿革  (設立年月日 合併 名称変更等)		申請対象事業所	人
		経営者  (多数の場合は、主要メンバーのみで可)	役職 氏名 備考
事業の種類又は 主な取扱品	企業 全体	配置する職場介助者の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	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  <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
資本金額(基本金)			

#### 申請事業所における雇用状況

	① 常用労働者 総数 (②+③+④+⑤)	② 身体障害者数		③ 知的障害者数	④ 精神障害者数	⑤ 障害者以外の 労働者数
		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

## 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 (  手話  要約筆記  その他 )

 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(委嘱者の補助として事前に委嘱している場合に記載)

## 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)

配置または委嘱者の略歴を記入してください。  
 なお、資格要件がある配置または委嘱者については、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、介助者の配置又は委嘱による支援の概要、介助者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)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、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 手話通訳等担当者については、6ヶ月を1期間として、実施の頻度がわかるように記入してください。
- ③ 通勤援助者については、通勤援助の実施期間及び期間内の実施内容を記載します。

c 介助者等の配置又は委嘱による効果の概要

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

② 職場介助者、指導員、及び通勤用バスの運転従事者の業務日課の計画

【記載注意】

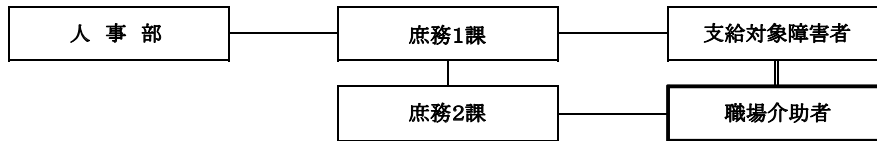
配置・委嘱者の1日間の介助等の業務日課を次の表の中に表してください。  
 支給対象障害者について始業時間の以前又は以後から終業時間の以前又は以後の勤務又は通勤の日課を記載して、その時間に対応した申請に係る介助者等の業務について説明してください(職場介助者の配置又は委嘱に係る助成金については、支給対象障害者の始業から終業までの勤務の流れを時間経過で記載し、その勤務に対応する職場介助の業務について、職場介助者の業務日課欄に記載します。)

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: 100%; width: 100%; position: relative;"> <div style="position: absolute; top: 0; left: 0; right: 0; height: 20px; background-color: #e0e0e0;"></div> <div style="position: absolute; top: 20px; left: 0; right: 0; height: 40px; background-color: #e0e0e0;"></div> <div style="position: absolute; top: 40px; left: 0; right: 0; height: 40px; background-color: #e0e0e0;"></div> <div style="position: absolute; top: 80px; left: 0; right: 0; height: 20px; background-color: #e0e0e0;"></div> </div> <p style="text-align: center;">始業</p> <p style="text-align: center;">休憩</p> <p style="text-align: center;">終業</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px;">                     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載してください。                 </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px;">                     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載してください。                 </div>
		1日の業務想定時間数(職場介助者は所定内労働時間内に限る。)
		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)

## 【例】

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。



上記【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。