

障害者助成金受給資格認定申請書(2)

事業所コード

受理年月日(障害者助成部) 受理年月日(都道府県支部)

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。 令和 4 年 5 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

この申請書で申請する助成金

- ① [x] 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)

本社又は主たる事務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 [ ] 事業主 [x] 事業所
所属先名称(部署等) 総務課
担当者氏名 美浜 花子
電話番号 043-0000-0000
助成金振込金融機関等
金融機関名 [x] 銀行 [ ] 信用金庫 [ ] 信用協同組合 [ ] 農協 [ ] 漁協 [ ] 漁業協同組合 [ ] 漁業協同組合連合会 [ ] 信用組合 [ ] 信用金庫連合会 [ ] 信用協同組合連合会 [ ] 農協連合会 [ ] 漁協連合会 [ ] 漁業協同組合連合会
コード番号 0001
支店名 [x] 支店 [ ] 支店
コード番号 001
口座種別 [x] 普通 [ ] 当座 [ ] その他
口座番号 0123456
(フリガナ) 美浜商事株式会社
口座名義 美浜商事株式会社

申請事業主
所在地 (〒174-\*\*\*\*) 東京都000区000町2-0-0
(フリガナ) 事業主名 ミハシヨウジカブシカイシャ 美浜商事株式会社
(フリガナ) 代表者の役職及び氏名 ダイエイトリシマリヤク ミハマ タロウ 代表取締役 美浜 太郎
申請に係る事業所
事業所所在地 (〒261-\*\*\*\*) 千葉県千葉市000区000町3-0-0
(フリガナ) 事業所名 ミハシヨウジカブシカイシャ チバシキョウシヨ 美浜商事株式会社 千葉事業所
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 [x] 別添(助添付様式第71号)「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。

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」の申請の場合は、別添事業計画書に記載してください。)

① 配置または委嘱する介助者等の種類 [x] 職場介助者( [ ] 配置 [x] 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

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 d 所属先
e 配置開始年月日 f 労働者区分(注) [ ] 一般 [ ] 短時間 g 雇用保険被保険者番号 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 [x] 事務的業務に該当 [ ] 事務的業務以外の業務に該当
(注) 「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時間以上30時間未満の者

③ 委嘱相手の氏名等
a フリガナ氏名 ※ b 委嘱相手が所属する機関等名称・機関等所在地又は委嘱者の居住地住所 c 委嘱による措置の開始年月日 d 委嘱契約日
チハ ハコ 千葉 花子 千葉県千葉市000区000町8-0-0 R4.5.30 R4.4.25

※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)等の添付書類の提出時期を後日とすることができません。この場合は、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の提出を行わなければなりません。

処理欄 ※ 審査結果 認定 ・ 不認定 認定日 年 月 日 認定番号 - -

※ 記入不要です。(機構本部記入欄)

助成金申請に係る支給対象障害者【添付枚数 全1枚中1枚目】

○ 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)②、③及び⑩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 <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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	在宅勤務区分	労働者区分(注1)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
キョウ 機構 太郎	50.4.1	R4.4.1	身体(視覚)障害	2級	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	****-*****-	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当 ( )
	仕事の内容等	仕事内容を具体的に記入してください。			配置・委嘱が必要な理由	職場介助者による支援が必要な理由を具体的に記入してください。			

フリガナ氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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	在宅勤務区分	労働者区分(注1)	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	<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"/> 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 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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	在宅勤務区分	労働者区分(注1)	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	<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"/> 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

## 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(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)

### 1 申請に係る事業主・事業所(事業主団体)の概要

フリガナ	ミハマショウジカブシキガイシャ		フリガナ	ミハマショウジカブシキガイシャ チバシキョウシヨ		
事業主名 事業主団体名	美浜商事株式会社		事業所名	美浜商事株式会社 千葉事業所		
フリガナ	ミハマ タロウ		事業所設立 年 月 日	平成● 年 ● 月 ● 日		
代表者の 役職及び氏名	代表取締役 美浜 太郎		常用労働者数	全常用労働者数	うち障害者数	
沿 革  ( 設立年月日 合併 名称変更等 )	平成●年●月●日 設立		企業全体	30 人	7 人	
			申請対象事業所	15 人	6 人	
事業の種類又は 主な取扱品	企業 全体	商品販売の職業 3 2 (産業中分類番号)	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
	申請 事業所	商品販売の職業 3 2 (産業中分類番号)		代表取 締役	美浜 太郎	
資本金額(基本金)	1,000万円		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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無			

### 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	15 人	2 人		3 人	1 人	9 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

### (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)

千葉 花子

#### 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)

平成●●年 3月 ●●高校 卒業  
平成●●年 4月 ▲▲建設株式会社 入社  
平成●●年 3月 ▲▲建設株式会社 退職

### (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

・支給対象障害者が従事している作業内容(雇用予定者には従事予定の作業内容)  
・支給対象障害者の作業場所及び環境  
・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、職場介助者の配置又は委嘱により、どのような支援を図るのかについて、下記の記載要領にご留意の上、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、どのような効果が見込め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】

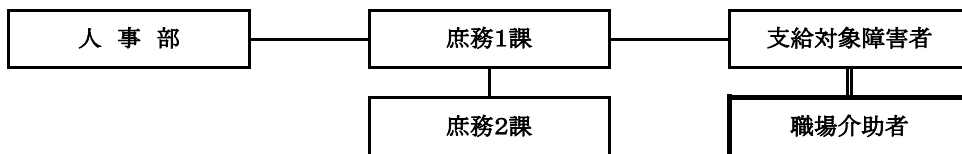
配置・委嘱者の1日間の介助等の業務日課を次の表の中に表してください。  
 支給対象障害者について始業時間の以前又は以後から終業時間の以前又は以後の勤務又は通勤の日課を記載して、その時間に対応した申請に係る介助者等の業務について説明してください(職場介助者の配置又は委嘱に係る助成金については、支給対象障害者の始業から終業までの勤務の流れを時間経過で記載し、その勤務に対応する職場介助の業務について、職場介助者の業務日課欄に記載します。)

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
始業	9:00 勤務開始	PC利用の環境整備(電源を入れる、接続機器等の取付け)
	9:15 受信メール確認 受信メールへの返信	支給対象障害者の受信メールの内容を読み上げる 支給対象障害者が声に出した文章をメール入力欄に入力する (30分)
	10:00 取引先への文書作成・発送	誤字・脱字の確認、レイアウトの修正(45分) 郵便物の整理・選別
休憩	12:00~13:00 休憩・昼食	12:00~13:00 休憩・昼食及び食事の介助 (60分) 13:00~14:00 休憩
	14:30~ 関係機関との打ち合わせ (公共交通機関を利用)	打ち合わせ場所までの移動の付添い 打ち合わせ中、支給対象障害者の指示があった個所についてメモをとる 事業所へ帰る移動の付添い (90分)
	16:00~ 打ち合わせ内容の記録	支給対象障害者が声に出した事項を記録簿に入力する(30分)  支給対象障害者の机上の整理(15分) (支給対象障害者が指示したファイルに綴じる)
終業	17:00 勤務終了	
		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。)
		<b>4.5</b> 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。



記載不要