

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 1枚】

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○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)
キコ 知 機構 太郎	1975/4/1	2025/4/1	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"/> 特定短時間	****-*****-*	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当 ()
<input type="checkbox"/> 35歳以上	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。			

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。

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				

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

事業・支援計画書 (2)

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□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	ミハマショウジカブシキガイシャ	経営者	役職	氏名	備考
事業主名	美浜商事株式会社	〔 多数の場合は、主要メンバーのみで可〕	代表取締役	美浜 太郎	
事業主団体名					
フリガナ	ダ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	企業概要	主たる事業の種類又は主な取扱品	商品販売の職業	
沿革	〔 設立年月日 合併 名称変更等〕 201●年●月●日 設立			(産業中分類番号) 3 2	
				中小企業該当の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
				常時雇用する労働者数 30 人	
		資本金・出資の総額 1,000 万円			
フリガナ	ミハマショウジ カブシキガイシャ チバジギョウシヨ	事業所 設立年月日	202●年●月●日		
事業所名	美浜商事株式会社 千葉事業所				
事業所概要	主たる事業の種類又は主な取扱品 商品販売の職業 (産業中分類番号) 3 2	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から⑧の合計数)	② 身体障害者数		③ 知的障害者数	④ 精神障害者数	⑤ 発達障害者数	⑥ 高次脳機能障害者数	⑦ 難病等にかかっている者の数	⑧ 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

該当するものの口にチェックをしてください。

配置・委嘱する職場介助者等の区分(該当するものの口にレ点を記載)

- 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)

※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。

199●年 3月 ●●高校 卒業
 199●年 4月 △△薬品株式会社 入社
 20●●年 3月 △△薬品株式会社 退社

(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
 ○就労や雇用管理を行う上で障害により就労上、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、職場介助者の委嘱により、どのような支援を図るのかについて記入してください。

「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

職場介助者を委嘱することで、どのような効果が見込める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。)

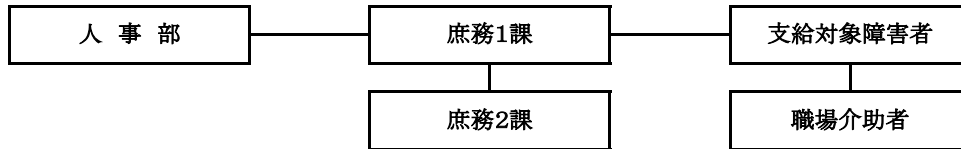
なお、職業生活相談支援専門員及び職業能力開発向上支援専門員は所定労働時間の概ね7割以上、同専門員として業務に従事している者であるかわかるよう業務日課を表の中に表してください。

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		
	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、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。)
		4.5 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)

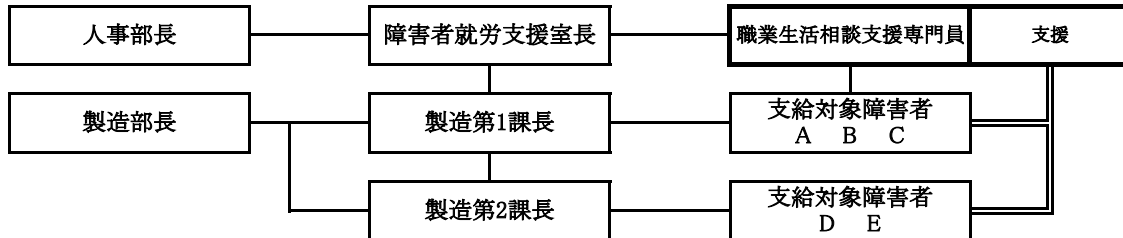
【例1】

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



記載不要です。