

障害者助成金支給請求書(2)

Table with 2 columns: 受理年月日(障害者助成部), 受理年月日(都道府県支部)

事業所コード (Blue circles)

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。

令和 4 年 12 月 25 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 (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)

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 (総務課), 氏名 (美浜 花子), 電話番号 (043-\*\*\*-\*\*\*\*)

請求事業主 (所在地: 東京都港区町2-1-1, 事業主名: 美浜商事株式会社), 請求に係る事業所 (所在地: 千葉県千葉市中央区町3-1-1, 事業所名: 美浜商事株式会社 千葉事業所)

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), 金融機関名, 支店名, 口座種別, 口座番号, 口座名義

変更する場合は記入してください。

1 この支給請求書で請求する受給資格の認定番号等 (障害者相談窓口担当者助成金の場合は③④は記載不要です。)

① 認定番号 第1206-504-号, ② 認定日 令和4年5月20日, ③ 認定に係る支給期間 令和4年6月1日 ~ 令和4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

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況 (職場介助者の配置助成金については、各々の助成金の添付様式の添付により、本欄の記載は不要です。)

Table with 8 columns: 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

3 事業実施報告記載欄: ① 介助者等の種類 (職場介助者, 手話通訳等担当者, 障害者相談窓口担当者, 通勤用バス運転従事者), 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 (事務的業務に該当, 事務的業務以外の業務に該当)

③ 助成対象措置を実施した介助者等氏名 (千葉 花子), ④ 支給請求対象期間 (令和4年6月1日 ~ 令和4年11月30日), ⑤ 支給請求回数 (1 回目), ⑥ 障害福祉サービス等実施の有無 (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 (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, ③ 補助金等の額(円), 支給請求額(円)

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), ② ①で有の場合、補助金等の支給機関名及び補助事業名, ③ 補助金等の額(円), 支給請求額(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)

