

障害者助成金支給請求書(2)

事業所コード

受理年月日(障害者助成部) 受理年月日

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。 2025年 12月 21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(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 支給請求する助成金の種類について、該当するものの口にチェックをしてください。
⑦ 障害者介助等助成金(健康相談区の委嘱)
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)

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(部署等) 総務課
氏名 美浜 花子
電話番号 043-****-****

請求事業主
所在地 (〒174-0000) 東京都000区000町2-000
(フリガナ) ミハマシヨウジ カブシキガイシャ
事業主名 美浜商事株式会社
(フリガナ) ダイコウトリシマリヤク 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
請求に係る事業所
事業所所在地 (〒261-0000) 千葉県千葉市000区000町3-000
(フリガナ) ミハマシヨウジカブシキガイシャ チバシキョウシヨ
事業所名 美浜商事株式会社 千葉事業所
障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無 有 無

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)
[] 認定申請時に記載した振込希望金融機関を変更する。

金融機関名 支店名 口座種別 口座番号
変更する場合は記入してください。
中小企業該当の有無 [] 有 [] 無
常用労働者数 人
資本金・出資の総額 万円
産業中分類番号

提出代行者 事務代理者 代理人
住所 〒() 電話番号
事務所名 職名・氏名

1 この支給請求書で請求する受給資格の認定番号等

① 認定番号 第 1206 - 507 - 000 号 ② 認定日 2025年 5月 20日
③ 認定に係る支給期間 2025年 6月 1日 ~ 2035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。(円)

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況 (助添付様式第73号を添付する助成金については、本欄の記載は不要です。「離職理由番号」欄は、雇用保険被保険者資格喪失確認番号の離職理由欄に記載されている番号を記載してください。)

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. Includes entries for 美浜 太郎 and 美浜 花子.

3 事業実施報告記載欄
① 介助者等の種類 [x] 職場介助者([] 配置 [x] 委嘱) [] 健康相談区 [] 指導員
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 令和6年4月1日以降の制度で認定を受けた場合は、記載不要です。

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 2025年6月1日 ~ 2025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 [x] 有 [] 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 [] 有 [x] 無 ※支給要件確認申立書の内容は裏面を確認してください。万が一、認定申請時と変更がある場合、認定取り消しとなる場合があります。

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 [x] 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 (支給機関名) (補助事業名)
③ 補助金等の額(円) 支給請求額(円) 24,062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

委嘱に係る費用の支払実績報告書兼助成金支給請求額算定票

委嘱する介助者等

職場介助者 (継続措置 中高年齢等措置) 手話通訳・要約筆記等担当者 (継続措置 中高年齢等措置) (手話通訳 要約筆記 その他)

健康相談医 職業能力開発向上支援専門員 通勤援助者 通動用バス運転従事者

該当する項目にチェックしてください。

認定番号 **1206-507-●** 支給請求回 **1** 回目

【委嘱に係る費用の支払実績及び支給請求額算定情報】

※1 手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱助成金のみ、受嘱者(委嘱した業務の担い手)の姓を記載してください。
 ※2 各継続措置、各中高年齢等措置に係る助成金の場合 … 2/3 各継続措置、各中高年齢等措置に係る助成金以外の場合 … 3/4

委嘱回数	委嘱日	受嘱者 ※1	A 1回当たりの委嘱費用 (支給対象費用) (円)	B 支給対象費用×助成率 (A×助成率(※2)又は限度額)(円)	委嘱回数	委嘱日	受嘱者 ※1	A 1回当たりの委嘱費用 (支給対象費用) (円)	B 支給対象費用×助成率 (A×助成率(※2)又は限度額)(円)	委嘱回数	委嘱日	受嘱者 ※1	A 1回当たりの委嘱費用 (支給対象費用) (円)	B 支給対象費用×助成率 (A×助成率(※2)又は限度額)(円)	
1	6月1日		8,750	6,562											
2	6月3日		15,550	10,000											
3	6月6日		6,000	4,500											
4	6月9日		4,000	3,000											
C Aの合計額(円)			34,300	D Bの合計額(円)			24,062	E 補助金等の額(円)			0	F 支給請求額(円)			24,062

契約内容に応じて
1回当たりの委嘱費用を
記載してください。

・端数は切捨て記載してください。
・委嘱1回当たりの上限額を超える場合は、上限額を記載してください。

本助成金の受給に係る委嘱日等は上記のとおり相違ないことを支給対象障害者及び受嘱者に確認させていること。 確認させた 確認させていない

本助成金の受給に係る委嘱日及び委嘱費用等は、上記のとおりであることを報告します。

支給に係る委嘱日等について、支給対象障害者および受嘱者へ確認したうえでチェックを入れてください。

介助者等 氏名 千葉 花子 対象障害者 氏名 機構 太郎