

7 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

①障害者助成金支給請求書（2）（様式第622号）の記入方法

請求にあたっては、支給請求書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕 **申請事業所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**
認定通知書の左上に記載されている事業所コードを記入してください。
（ご不明点は都道府県支部にお問い合わせください。）
2. **支給請求する助成金にチェックの記入**
請求書で支給請求する助成金にチェックをしてください。
5. **請求事業主**
所在地、事業主名（フリガナ）、および代表者名（フリガナ）を記入してください。
代表者名に代表者の役職名および氏名を記入してください。
6. **支給請求に係る事業所**
支給対象障害者が所属し、支給対象となる措置を実施した事業所所在地、事業所名（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。）
7. **認定番号・認定日等**
認定通知書に記載された認定番号等を記入してください。
8. **認定に係る支給期間**
認定された全支給期間を記入してください（ご不明の際は都道府県支部にお問い合わせください。）。
9. **支給対象障害者の氏名等**
・氏名を記入の上、雇用の有無にチェックをしてください。
・離職している場合は、雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（写）を提出してください。
10. **介助者等の種類**
本請求における介助者の種類にチェックを入れてください。
12. **支給請求対象期間**
今回支給請求する分の支給請求対象期間を記入してください。
14. **補助金等との調整**
・国、地方公共団体、独立行政法人または地方独立行政法人から補助金等を受ける場合には、左から順にチェックをしてください。
申請する助成金と同じ支給費用を対象とする補助金を受給している場合には、②、③の支給機関名、補助事業名および補助金額を記入してください。

様式第622号
障害者助成金支給請求書（2）

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。

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 重度障害者等通動対策助成金（指導員の配置）
⑥ 重度障害者等通動対策助成金（通動援助者の委嘱）
⑦ 重度障害者等通動対策助成金（通動用バス運転従事者の委嘱）

事業所コード			
請求事業主	所在地 (フリガナ)	〒()	
	事業主名 (フリガナ)		
	代表者の役職及び氏名		
請求に係る事業所	事業所所在地 (フリガナ)	〒()	
	事業所名		
社会保険労務士記載欄	事務所名および担当社会保険労務士名	電話番号	()
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）			
① 認定番号	第	-	-
③ 認定に係る支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
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は、(障害者相談窓口担当者の配置助成金については、支給対象障害者のうち			
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
	<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	1
	<input type="checkbox"/> 離職		2
			3
	<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	1
	<input type="checkbox"/> 離職		2
			3
	<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	1
	<input type="checkbox"/> 離職		2
			3
事業実施報告記載欄	① 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"/> 手話通訳等担当者 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 障害者相談窓口担当者 <input type="checkbox"/> 通動用バス運転従事者	
③ 助成対象措置を実施した介助者等氏名	④ 支給請求対象期間		
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			
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	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)	
※処理欄	審査結果	支給・不支給	支給決定日
	決定額		

どうか、支部にお問い合わせください。

月 日		受理年月日 (障害者助成部)		受理年月日 (都道府県支部)	
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		<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所			
所属先名称 (部署等)					
氏名					
電話番号					
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)		<input type="checkbox"/> 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		コード番号	
口座種別		口座番号		コード番号	
(フリガナ)		口座名義			
窓口担当者助成金の場合は③④は記載不要です。					
号		認定日		年 月 日	
月 日		④ 前回支給決定額 (支給決定番号)		円	
の添付により、本欄の記載は不要です。)					
者のうち1人以上の雇用状況について記載してください。)					
雇用理由番号	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	
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	1	
2		<input type="checkbox"/> 離職		2	
3				3	
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	1	
2		<input type="checkbox"/> 離職		2	
3				3	
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日	1	
2		<input type="checkbox"/> 離職		2	
3				3	
記載 <input type="checkbox"/> その他)		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 <input type="checkbox"/> 事務的業務以外の業務に該当 <input type="checkbox"/>	
期間		⑤ 支給請求回数		⑥ 障害福祉サービス等実施の有無	
回目		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合、介助者の障害福祉サービス母体の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
内容の変更の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。	
支給機関名		③ 補助金等の額(円)		支給請求額(円)	
年 月 日		決定番号		- -	
円					

3. 通知書の送付先・連絡先
通知書の送付先・連絡先にチェックをしてください。

4. 助成金振込希望金融機関
助成金の振込先を変更する場合にはチェックして、変更内容を記入してください。(変更のない場合は記入不要です)

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。

1 3. 障害福祉サービス等実施の有無
職場介助者の変更等により職場介助者の障害福祉サービス等への従事状況に変更がある場合にチェックしてください。

