

11-2 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【健康相談医の委嘱助成金、職業生活相談支援専門員の配置又は委嘱助成金、職業能力開発向上支援専門員の配置又は委嘱助成金】

支給請求にあたっては、支給請求書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕 請求事業所の所在地を管轄する支部

〔提出期限〕 各助成金のページをご覧ください。

〔印刷して提出する場合の部数〕 **3部**（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

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。
※ご不明の場合は支部にお問い合わせください。

2. 支給請求する助成金

この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。

3. 請求事業主

所在地、事業主名（フリガナ）、代表者の役職名、および代表者氏名（フリガナ）を記入してください。

4. 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について、所在地および事業所名（フリガナ）を記入してください。

提出代行者、事務代理者、代理人が手続を代行する場合に記入してください。

9. 認定番号・認定日

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。

10. 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。
※ご不明の場合は支部にお問い合わせください。

11. 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況

・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。
・特定短時間労働者で雇用保険被保険者の適用を受けない方は、離職理由番号のチェックは不要ですが、離職理由がわかる書類（退職届等）を提出してください。

12. 介助者等の種類

本支給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。

13. 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。

15. 補助金との調整

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の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)

事業所コード

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。 2026年

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増置)
 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増置)
 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増置)
 ⑥ 障害者介助等助成金(健康相談医の委嘱)
 ⑦ 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)
 ⑧ 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)
 ⑨ 重度障害者等運動対策助成金(指導員の配置)
 ⑩ 重度障害者等運動対策助成金(運動援助者の委嘱)
 ⑪ 重度障害者等運動対策助成金(運動用バスの運転従事者の委嘱)

| | |
|-------------|-------------|
| 請求事業主 | 所在地 (〒) |
| | (フリガナ) |
| | 事業主名 (フリガナ) |
| 請求に係る事業所 | 代表者の役職及び氏名 |
| | 事業所所在地 (〒) |
| 事業所名 (フリガナ) | |

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

提出代行者 事務代理者 代理人

提出代行者 事務代理者 代理人

住所 〒()

事務所名

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 - -

② 認定に係る支給期間 年 月 日 ~ 年

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。されている番号を記載してください。)

| フリガナ氏名 | 雇用の有無 | 離職した場合の離職日 | 備考 |
|--------|---|------------|----|
| | <input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職 | 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職 | 年 月 日 | |
| | <input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職 | 年 月 日 | |

3 事業実施報告記載欄

① 介助者等の種類
 職場介助者(配置 委嘱)
 手話通訳等担当者(配置 委嘱) ()
 職業生活相談支援専門員(配置)
 職業能力開発向上支援専門員(配置)

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640号)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
 有 無
 ② ①で有的場合、補助金等の支給機関及び補助事業名(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 | | |

(R7.4.1)

| | | | | | |
|--|--------|------------------------------------|------------|---|--|
| 12月18日 | | 受理年月日(障害者助成金) | | 受理年月日 | |
| 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 (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 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 | | 口座番号 | | コード番号 | |
| (フリガナ) | | 口座名義 | | | |
| 中小企業該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 | | | | | |
| 電話番号 | | 職名・氏名 | | | |
| 号 | ② 認定日 | 年 | 月 | 日 | |
| 月 | 日 | ④ 前回支給決定額(支給決定番号) | 円 | | |
| 「離職理由番号」欄は、雇用保険被保険者資格喪失承認番号の離職理由欄に記載 | | | | | |
| 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 | |
| 1 | | <input type="checkbox"/> 雇用中 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 2 | | <input type="checkbox"/> 離職 | | <input type="checkbox"/> 2 | |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 1 | | <input type="checkbox"/> 雇用中 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 2 | | <input type="checkbox"/> 離職 | | <input type="checkbox"/> 2 | |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 1 | | <input type="checkbox"/> 雇用中 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 1 | |
| 2 | | <input type="checkbox"/> 離職 | | <input type="checkbox"/> 2 | |
| 3 | | | | <input type="checkbox"/> 3 | |
| 健康相談医 <input type="checkbox"/> 指導員 | | ② 障害者助成金(障害者助成金の配付及び業務)の支給対象障害者の区分 | | ③ 事務的業務 <input type="checkbox"/> 事務的業務以外の業務 | |
| 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他 (委嘱) <input type="checkbox"/> 通勤用バス運転従事者 (委嘱) <input type="checkbox"/> 通勤援助者 | | | | | |
| 対象期間 | | ④ 支給請求回数 | | ⑤ 障害福祉サービス等実施の有無 | |
| | | 回目 | | <input type="checkbox"/> 有 有の場合、介助者の障害福祉サービス専従の有無 <input type="checkbox"/> 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。 | | | | | |
| ⑥ 更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | ③ 補助金等の額(円) | | 支給請求額(円) | |
| | | | | | |
| 年 月 日 | | 決定番号 | | - | |
| 円 | | | | | |

5. 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。

6. 助成金振込希望金融機関
認定申請時または前回の支給請求回で希望した助成金の振込先から変更する場合はチェックし、変更後の口座情報を記入してください。
※変更がない場合は記入不要です。

7. 中小企業該当の有無
・中小企業の範囲については、「用語解説」ページ③「中小企業事業主」の項目をご参照ください。
・支給請求日時点の状況を記入してください。

8. 障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無
・「共通用語の解説」ページ①「障害者雇用調整金」、「調整金支給調整対象事業主」の項目をご参照ください。
・障害者雇用促進法に規定する特例の認定を受けた特例子会社、関係会社、関係子会社および特定組合等の特定事業主である場合は、その親会社または特定組合等が該当する場合は「有」にチェックをしてください。

14. 障害福祉サービス等実施の有無
介助者等の変更等により、配置された職業生活相談支援専門員または職業能力開発向上支援専門員の従事状況に変更がある場合にチェックしてください。

