

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 (dots)

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 5 年 5 月 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(部署等): 総務部
氏名: 美浜 花子
電話番号: 06-****-****

請求事業主
所在地: 〒(261-) 千葉県千葉市 区 - -
フリガナ: カシキガシヤマカハリシウジ
事業主名: 株式会社募張商事
代表取締役: 募張 太郎

請求に係る事業所
事業所所在地: 〒(530-) 大阪府大阪市 区 町4- -
フリガナ: カシキガシヤマカハリシウジ オオサカシキョウシ
事業所名: 株式会社募張商事 大阪事業所
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

金融機関名, 支店名, 口座種別, 口座番号, 口座名義
金融機関名: (フリガナ)
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 1213 - 504 - 号
② 認定日 令和4年5月1日
③ 認定に係る支給期間 年 月 日 ~ 年 月 日
④ 前回支給決定額(支給決定番号) 円

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。)
(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1人以上の雇用状況について記載してください。)
Table with 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

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: 高障 一郎, 雇用 花子
④ 支給請求対象期間: 令和4年5月1日 ~ 令和5年4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: 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, 無

5 補助金等との調整
① 支給対象費用を对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): 391,400

※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

助成金支給請求額算定票
(障害者相談窓口担当者の配置助成金)

1 認定申請時の既設の相談窓口業務を担当する者について

(1) 認定申請時の既設の相談窓口業務を担当する者が支給請求日現在も引き続き相談窓口業務を担当している。

はい・いいえ

(認定申請時に提出した事業計画書(助添付様式第77号)の1の(7)「既設の相談窓口業務を担当する者の数」で申請した相談窓口業務を担当する者が現在も相談窓口業務を担当していることについての確認です。)

(2) (1)がいいえの場合、認定申請時の既設の相談窓口業務を担当する者が既設の相談窓口業務を担当しなくなった年月日とその後の相談窓口の体制について記入してください。

既設の相談窓口業務を担当する者が 相談窓口業務を担当しなくなった年月日	年 月 日
上記日付以降の相談窓口体制について	

2 障害者相談窓口担当者の増配置に要した経費(記入欄が不足する場合は、用紙を追加してください。)

障害者相談窓口担当者氏名		高障 一郎		専従 兼任		国等の機関からの補助金 有 無				
支給請求対象年月(期間)				出勤状況欄			A 左記期間に支払われる 給与月額(通勤手当等 を含む総支給額)	B 国等の機関から の補助金等の額	C (専従の場合) (A-B)×1/3 (兼任の場合) (A-B)×1/10	D Cの額又は (専従の場合)80,000円 (兼任の場合)10,000円
元号	年	月/日 ~ 月/日	(1)所定労働 日数	(2)出勤日数	(3)出勤日に該 当しない日数					
1	令和	4	5/1 ~ 5/31	19	19		248,352 円	0 円	端数切捨 24,835 円	10,000 円
2	令和	4	6/1 ~ 6/30	22	21	1	248,352	0	24,835	10,000
3	令和	4	7/1 ~ 7/31	20	20		248,352	0	24,835	10,000
4	令和	4	8/1 ~ 8/31	22	21	1	248,352	0	24,835	10,000
5	令和	4	9/1 ~ 9/30	20	19	1	248,352	0	24,835	10,000
6	令和	4	10/1 ~ 10/31	20	20		248,352	0	24,835	10,000
7	令和	4	11/1 ~ 11/30	20	10	10	252,467	0		0
8	令和	4	12/1 ~ 12/31	20	20		252,467	0	25,246	10,000
9	令和	5	1/1 ~ 1/31	19	18				25,246	10,000
10	令和	5	2/1 ~ 2/28	19	19				25,246	10,000
11	令和	5	3/1 ~ 3/31	22	20	2	252,467	0	25,246	10,000
12	令和	5	4/1 ~ 4/30	20	20		252,467	0	25,246	10,000
合計									ア	110,000 円

【留意事項】

※ 「(3)出勤日に該当しない日数」とは、年次有給休暇・特別休暇・出張等により不在にする日数のことです。

なお、合理的配慮に係る相談業務に専従する場合は、1日の所定労働時間の半分以上の時間について不在にした日は出勤日とみなしません。

※ 事業主が国等の機関から補助金等の支給を受ける場合の助成金の支給額は、支給対象費用の額から当該補助金額を控除した後の額に1/3(兼任の場合1/10)を乗じて得た額の合計額又は算定額の合計額のいずれか低い額で、

※ 助成金の支給に係る障害者相談窓口担当者に、事業計画の期間内において、以下に掲げるいずれかの業務を兼務させ、助成金を受給する場合は支給の対象となりません。

- ① 職場介助者の配置又は委嘱(継続措置を含む)助成金に係る職場介助者の業務
- ② 平成27年4月9日以前の職業コンサルタントの業務
- ③ 平成27年4月9日以前の在宅勤務コーディネーターの業務
- ④ 重度障害者等通勤対策助成金の指導員の業務
- ⑤ 職場支援員の配置又は委嘱助成金に係る職場支援員の業務
- ⑥ 企業在籍型職場適応援助者の業務

(2) 障害者相談窓口担当者氏名				雇用 花子			専従 兼任		国等の機関からの補助金 有・無								
支給請求対象年月 (期間)				出勤状況欄			A 左記期間に支払われる 給与月額(通勤手当等 を含む総支給額)	B 国等の機関から の補助金等の額	C (専従の場合) (A-B)×1/3 (兼任の場合) (A-B)×1/10	D Cの額又は (専従の場合)80,000円 (兼任の場合)10,000円							
				(1)所定労働 日数	(2)出勤日数	(3)出勤日に該 当しない日数											
元号	年	月/日	～月/日														
1	令和	4	5/1	～	5/31	19	19		248,352	円	0	円	24,835	円	10,000	円	
2	令和	4	6/1	～	6/30	22	21	1	248,352		0		24,835		10,000		
3	令和	4	7/1	～	7/31	20	20		248,352		0		24,835		10,000		
4	令和	4	8/1	～	8/31	22	21	1	248,352		0		24,835		10,000		
5	令和	4	9/1	～	9/30	20	19	1	248,352		0		24,835		10,000		
6	令和	4	10/1	～	10/31	20	20		248,352		0		24,835		10,000		
7	令和	4	11/1	～	11/30	20	19	1	252,467		0		25,246		100,000		
8	令和	4	12/1	～	12/31	20	20		252,467		0		25,246		10,000		
9	令和	5	1/1	～	1/31	19	18	1	252,467		0		25,246		10,000		
10	令和	5	2/1	～	2/28	19	19		252,467		0		25,246		10,000		
11	令和	5	3/1	～	3/31	22	20	2	252,467		0		25,246		10,000		
12	令和	5	4/1	～	4/30	20	20		252,467		0		25,246		10,000		
													合計	イ		120,000	円

【留意事項】

【留意事項】

※「(3)出勤日に該当しない日数」とは、年次有給休暇・特別休暇・出張等により不在にする日数のことです。

なお、合理的配慮に係る相談業務に専従する場合は、1日の所定労働時間の半分以上の時間について不在にした日は出勤日とみなしません。

※ 事業主が国等の機関から補助金等の支給を受ける場合の助成金の支給額は、支給対象費用の額から当該補助金額を控除した後の額に1/3(兼任の場合1/10)を乗じて得た額の合計額又は算定額の合計額のいずれか低い額で-

※ 助成金の支給に係る障害者相談窓口担当者に、事業計画の期間内において、以下に掲げるいずれかの業務を兼務させ、助成金を受給する場合は支給の対象となりません。

- ① 職場介助者の配置又は委嘱(継続措置を含む)助成金に係る職場介助者の業務
- ② 平成27年4月9日以前の職業コンサルタントの業務
- ③ 平成27年4月9日以前の在宅勤務コーディネーターの業務
- ④ 重度障害者等通勤対策助成金の指導員の業務
- ⑤ 職場支援員の配置又は委嘱助成金に係る職場支援員の業務
- ⑥ 企業内籍型職場適応援助者の業務

(3) 障害者相談窓口担当者氏名							専従・兼任		国等の機関からの補助金 有・無								
支給請求対象年月 (期間)				出勤状況欄			A 左記期間に支払われる 給与月額(通勤手当等 を含む総支給額)	B 国等の機関から の補助金等の額	C (専従の場合) (A-B)×1/3 (兼任の場合) (A-B)×1/10	D Cの額又は (専従の場合)80,000円 (兼任の場合)10,000円							
				(1)所定労働 日数	(2)出勤日数	(3)出勤日に該 当しない日数											
元号	年	月/日	～月/日														
1		/	～	/													
2		/	～	/													
3		/	～	/													
4		/	～	/													
5		/	～	/													
6		/	～	/													
7		/	～	/													
8		/	～	/													
9		/	～	/													
10		/	～	/													
11		/	～	/													
12		/	～	/													
													合計	ウ			円

【留意事項】

※「(3)出勤日に該当しない日数」とは、年次有給休暇・特別休暇・出張等により不在にする日数のことです。

なお、合理的配慮に係る相談業務に専従する場合は、1日の所定労働時間の半分以上の時間について不在にした日は出勤日とみなしません。

※ 事業主が国等の機関から補助金等の支給を受ける場合の助成金の支給額は、支給対象費用の額から当該補助金額を控除した後の額に1/3(兼任の場合1/10)を乗じて得た額の合計額又は算定額の合計額のいずれか低い額で-

※ 助成金の支給に係る障害者相談窓口担当者に、事業計画の期間内において、以下に掲げるいずれかの業務を兼務させ、助成金を受給する場合は支給の対象となりません。

- ① 職場介助者の配置又は委嘱(継続措置を含む)助成金に係る職場介助者の業務
- ② 平成27年4月9日以前の職業コンサルタントの業務
- ③ 平成27年4月9日以前の在宅勤務コーディネーターの業務
- ④ 重度障害者等通勤対策助成金の指導員の業務
- ⑤ 職場支援員の配置又は委嘱助成金に係る職場支援員の業務
- ⑥ 企業内籍型職場適応援助者の業務

合計ア～ウの総合計 A	230,000	円
----------------	---------	---

3 障害者相談窓口担当者の研修受講に要した経費
(記入欄が不足する場合は、用紙を追加してください。)

(1) 研修受講費

障害者相談窓口担当者氏名	研修名	研修講師	日程	A 時間数	B 研修費用	C 国等の機関からの補助金の額	D 請求額((B-C)×2/3) (最大20万円)
1 高障 次郎	●●●●●●●●	雇用 一部	6月1日	2 時間	60,000 円	0 円	40,000 円
2							
3							
4							
5							
合計 エ							40,000 円
請求額 B							エ又は20万円の少ない額 40,000 円

(2) 研修受講中の賃金 2の障害者相談窓口担当者には支給しない。

障害者相談窓口担当者氏名			研修名	日程	研修受講時間数	A 各月の合計 (最大10時間)	B 各月の合計 A×700円	C 国等の機関からの補助金の額	D 請求額(B-C)
元号	年	月							
令和	4	6	●●●●●●●●	6月1日	2 時間	2 時間	1,400 円	0 円	1,400 円
合計 C									1,400 円

4 合理的配慮に関する相談業務等の委嘱に要した経費

(1) 相談業務等を委嘱した障害者専門員又は専門機関の名称

--

(2) 委嘱に要した経費

支給請求対象年月(期間)			A 委嘱に係る経費(月額)	B 国等の機関からの補助金等の額	C (A-B)×2/3	D 請求額(Cの額又は10万円)
元号	年	月				
令和	4	5	30,000 円	0 円	20,000 円	20,000 円
令和	4	6	30,000 円	0 円	20,000 円	20,000 円
令和	4	7	30,000 円	0 円	20,000 円	20,000 円
令和	4	8	30,000 円	0 円	20,000 円	20,000 円
令和	4	9	30,000 円	0 円	20,000 円	20,000 円
令和	4	10	30,000 円	0 円	20,000 円	20,000 円
合計 D						120,000 円

5 支給請求額の合計

A	230,000 円	+	B	40,000 円	+	C	1,400 円	+	D	120,000 円	=	E	391,400 円
---	-----------	---	---	----------	---	---	---------	---	---	-----------	---	---	-----------