

8 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〕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（http://www.jeed.or.jp/）をご覧くださいか、支部

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。
（ご不明の際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
請求書で請求する助成金をチェックしてください。

5. 請求事業主
所在地、事業主名（フリガナ）及び代表者名（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及び氏名を記入してください。

6. 請求に係る事業所
介助者等を配置または委嘱する事業所所在地、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。
（ご不明の際は都道府県支部にお問い合わせください。）

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をチェックを入れてください。

11. 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。

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。 令和 年 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（重度中途障害者等職場適応）
② 障害者介助等助成金（職場介助者の配置又は委嘱）
③ 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）
④ 障害者介助等助成金（健康相談医師の委嘱）
⑤ 障害者介助等助成金（手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱）
⑥ 障害者介助等助成金（職業コンサルタントの配置又は委嘱）
⑦ 障害者介助等助成金（在宅勤務コーディネーターの配置又は委嘱）
⑧ 障害者介助等助成金（障害者相談窓口担当者）
⑨ 第2号職場適応援助者助成金（指導員の配置）
⑩ 重度障害者等運動策助成金（通動援助者の委嘱）
⑪ 重度障害者等運動策助成金（通動用バス運転従事者の委嘱）

請求事業主
所在地 (フリガナ)
事業主名 (フリガナ)
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
① 認定番号 第 ー ー
② 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
（重度中途障害者等職場適応助成金、職場介助者の配置助成金、職業コンサルタントの第2号職場適応援助者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。）

フリガナ	雇用の有無	雇われた場合の雇日	雇日
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

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） 健康相談医師
 手話通訳等担当者（ 手話 要約筆記 その他）
 職業コンサルタント（ 配置 委嘱）
 在宅勤務コーディネーター（ 配置 委嘱） 障害者
 第2号職場適応援助者 | 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(変更の場合「変更」と記載) ④ 支給請求対象期間

※処理欄
審査結果 支給・不支給 支給決定日
決定額

にお問い合わせください。

受理年月日(障害者助成部) 受理年月日

月 日

助成金支給決定通知書の送付先・連絡先(変更)
 受給資格認定申請時の記載内容を次の記載に変更する。
送付先・連絡先の所属 事業主 事業所
所属先名称(部署等)
氏 名
電話番号

3. 通知書の送付先・連絡先
通知書の送付先・連絡先に変更のある場合にはチェックをして、変更内容を記載してください。
（変更のない場合は記入不要です）

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、変更内容を記載してください。
（変更のない場合は記入不要です）

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 口座名義
コード番号

相窓口担当者助成金の場合には③④は記載不要です。
号 ② 認定日 年 月 日
日 ④ 前回支給決定額(支給決定番号) 円

配置助成金及び在宅勤務コーディネーターの配置助成金及びの記載は不要です。
フリガナ 雇用の有無 雇われた場合の雇日 雇日

相窓口担当者
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

⑤ 支給請求回数 支給請求額(円)
回目

年 月 日 決定番号 ー ー
円

3. 通知書の送付先・連絡先
通知書の送付先・連絡先に変更のある場合にはチェックをして、変更内容を記載してください。
（変更のない場合は記入不要です）

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、変更内容を記載してください。
（変更のない場合は記入不要です）

12. 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。

委嘱に係る費用の支払実績票及び助成金支給請求額算定票(助添付様式第76号)記入方法

提出にあたっては、障害者助成金支給請求書(2)と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

助添付様式第76号

委嘱に係る費用の支払実績票及び助成金支給請求額算定票

助成金の種類	<input type="checkbox"/> 職場介助者の委嘱助成金	<input type="checkbox"/> 職場介助者の委嘱の継続措置に係る助成金	<input type="checkbox"/> 職業コンサルタントの委嘱助成金	<input type="checkbox"/> 在宅勤務コーディネーターの委嘱助成金	
	<input type="checkbox"/> 手話通訳・要約筆記等の委嘱助成金	<input type="checkbox"/> 通勤用バス運転従事者の委嘱助成金	<input type="checkbox"/> 通勤援助者の委嘱助成金	<input type="checkbox"/> 健康相談医師の委嘱助成金	
	[<input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他]				
事業所コード	事業所名	様式第622号から転記してください。	認定番号	支給回数	作成者 役職・氏名

【委嘱に係る費用の支払実績及び支給請求額算定情報】

※ 職場介助者の委嘱の継続措置に係る助成金の場合 …… 2/3 職場介助者の委嘱の継続措置に係る助成金以外の場合 …… 3/4

委嘱回数	委嘱日	A 1回あたりの委嘱費用(円) (支給対象費用)		委嘱回数	委嘱日	B 支給対象費用×助成率 (A×助成率(%)又は限度額(円))		委嘱回数	委嘱日	A 1回あたりの委嘱費用(円) (支給対象費用)		委嘱回数	委嘱日	B 支給対象費用×助成率 (A×助成率(%)又は限度額(円))	
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
	月 日				月 日				月 日				月 日		
C Aの合計額(円)		D Bの合計額(円)		E 補助金等の額(円)		F 支給請求額(円)									

手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱助成金の場合、委嘱の種別をチェックしてください。また、複数の委嘱の種別にまたがって実施した場合は、種別ごとに1枚、本紙を作成してください。

円未満は切り捨てます。

どちらかにチェックしてください。「確認させていない」にチェックされた場合は、助成金を支給することができません。

本助成金の支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委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

本助成金の支給に係る委嘱日等は上記のとおり相違ないことを確認いたしました。
 介助者 氏名 _____ 対象障害者氏名 _____