

9-1 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【職場介助者助成金、手話通訳・要約筆記等担当者助成金】

①障害者助成金支給請求書（2）（様式第622号）記入方法

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

〔提出部数〕 3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕 各助成金のページをご覧ください。

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。

・離職理由番号は雇用保険被保険者資格喪失確認通知書に記載された「喪失原因」の番号にチェックを入れてください。

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。

14. 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。

16. 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。 2024 年 12			
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			
☐ 障害者介助等助成金（職場介助者の配置又は委嘱） ☐ 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） ☐ 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） ☐ 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） ☐ 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） ☐ 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中高年齢等措置） ☐ 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） ☐ 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の継続措置） ☐ 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の中高年齢等措置） ☐ 重度障害者等通訳対策助成金（指導員の配置） ☐ 重度障害者等通訳対策助成金（通訳指導者の委嘱） ☐ 重度障害者等通訳対策助成金（通訳用バスの運転従事者の委嘱）			
請求事業主	所在地	(〒)	
	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	(フリガナ)	
	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 月			
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)			
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
	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 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) ☐ 健康性 ☐ 手話通訳等担当者 (☐ 手話 ☐ 要約筆記 ☐ 職業生活相談支援専門員 ☐ 配置 ☐ 委嘱) ☐ 職業能力開発支援専門員 ☐ 配置 ☐ 委嘱)	
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の			
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		

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	☐ 事業主 ☐ 事業所
所属先名称(部署等)	
氏 名	
電話番号	

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。

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。	

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。

金融機関名	コード番号
支店名	コード番号
口座種別	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他
口座番号	

(フリガナ)	
口座名義	

7. 中小企業該当の有無

・中高年齢等措置に係る助成金を支給請求する場合に記入してください。
・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。

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	

電話番号	
職名・氏名	

8. 障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無

・中高年齢等措置に係る助成金を支給請求する場合に記入してください。
・「用語解説」ページ②「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、事業協同組合の等の構成員である場合は、その親会社または事業協同組合等が該当する場合は「該当」にチェックをしてください。

号	認定日	年 月 日
日	前回支給決定額(支給決定番号)	円

1. 本欄の記載は不要です。)

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
	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

相談医師 ☐ 指導員 ☐ その他)	② 障害者雇用調整金(職場介助者の配置及び家賃)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
☐ 通勤用バス運転従事者 ☐ 通勤援助者		

13. 職場介助者の配置又は委嘱の支給対象障害者の区分

・令和6年3月31日以前の制度で認定された助成金を支給請求する場合に記入してください。
・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。

⑤ 支給請求回数	⑥ 障害福祉サービス等実施の有無
回目	☐ 有 有の場合、介助者の障害福祉サービス専従の有無 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無

15. 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、配置された職場介助者または手話通訳・要約筆記等担当者の従事状況に変更がある場合にチェックしてください。

有無 ☐ 有 ☐ 無	※支給要件確認申請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。
--	---

⑦ 補助金等の額(円)	⑧ 支給請求額(円)
年 月 日	決定番号
円	

③職場介助者等出勤状況及び助成金支給請求額算定票（助添付様式第 75 号）記入方法
（職場介助者の配置、手話通訳・要約筆記等担当者の配置）

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75号

(R6. 4. 1)

票定額請求金支給状況及び助成金支出者等出勤状況

[illegible]

※1 本助成金の支給対象費用と同範囲の費用を受けた場合はその金額を、本助成金の支給対象費用よりも大抵額の費用を受けた場合は本助成金と同範囲の費用となるよう按分等し、本助成金の支給対象費用と同範囲の費用を受けた場合は「0」を記入してください。

※2 助成金は、各中高年層等措置に係る助成金、各中高年層等措置に係る助成金… 2/3

各継続措置に係る助成金、各年度高年齢等措置に係る助成金以外
 …… 3/4

※ 3 文相院度額は各専続指置に係る助成金、各中商平 equal 等指置に係る助成金（中小企業及び上記以外 … 15 万円）

2014

算定明細欄 (※上記算定情報欄の内訳を記入してください。)

請求年月	※3 支払区分	①時間外増 賃金の基礎となる 賃金の額 (円)	② ①の算出基礎 額となる労働 時間数(時間) (支払区分2又は4 の場合に記入)	③①の算出基礎 となる労働 時間(時間) (支払区 分 が1の場合に記入)	④時間単価 (円) ※4	1 か月当たりの所定労働時間記入欄
年	月					1日当たり所定労働時間(小数点第2位まで記入) 時間
						勤増賃金の基礎となる賃金の算定に係る「1か月の所定労働時間」は、 (該当する欄にレ点) ☐ 就業規則や賃金規程等に記載している。 時間) (記載されている時間数) ☐ 就業規則や賃金規程等に記載していない。 前回支給請求対象期間内の合計所定労働日数
						算定明細欄の補足説明記入欄 (算定明細欄の記入に当たって、補足説明がある場合は記入)
						算定明細欄の補足説明記載欄 (月額給与の場合) ③の1か月の平均所定労働時間 (時間) を算出した計算式 などを記入してください。
						月額給与は「1」、日額給与は「2」、時間単価は「3」、その他は「4」を記入 支払区分が「1」の場合：①/③、支払区分が「2」又は「4」の場合：①/④ 支払区分が「3」の場合：④のみに時間単価を記入

支給請求等の記入方法・記入上の注意

助添付様式第76号

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

[illegible]

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。

介助者 氏名

手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱の場合は、記入する必要はありません。

⑤ 介助状況報告書（助添付様式第 20 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20号

介 助 ・ 支 援 状 況 報 告 書

認定番号											
月			月			月			月		
日	曜日	介助等時間 (時間・分)	日	曜日	介助等時間 (時間・分)	日	曜日	介助等時間 (時間・分)	日	曜日	介助等時間 (時間・分)
1			1			1			1		
2			2			2			2		
3			3			3			3		
4			4			4			4		
5			5			5			5		
6			6			6			6		
7			7			7			7		
8			8			8			8		
9			9			9			9		
10			10			10			10		
11			11			11			11		
12			12			12			12		
13			13			13			13		
14			14			14			14		
15			15			15			15		
16			16			16			16		
17			17			17			17		
18			18			18			18		
19			19			19			19		
20			20			20			20		
21			21			21			21		
22			22			22			22		
23			23			23			23		
24			24			24			24		
25			25			25			25		
26			26			26			26		
27			27			27			27		
28			28			28			28		
29			29			29			29		
30			30			30			30		
31			31			31			31		
合 計			合 計			合 計			合 計		
端数処理後 の時間数			端数処理後 の時間数			端数処理後 の時間数			端数処理後 の時間数		

様式第622号から転記してください。

介助等時間
時間表記で記入してください。
(例) 1時間23分の場合、1 : 23

また、介助等の実績がない日については、空欄としてください。

合計の時間数に1時間未満の端数が生じた場合、30分以上は1時間に切り上げ、30分未満は切り捨てます。

助成金の支給対象となる職場介助者等による業務介助の実施日及び実施時間について、上記に相違ないことを支給対象障害者及び職場介助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介助・支援状況について、上記のとおりであることを報告します。

年 月 日

事業所名 代表者の役職名・氏名

支給請求書等の記入
方法・記入上の注意

9-2 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【職場支援員】

① 障害者助成金支給請求書（20）（様式第 625 号）記入方法

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

〔提出部数〕 3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕 各助成金のページをご覧ください。

(R6.4.1)

様式第 625 号

障害者助成金支給請求書（20）

事業所コード		2025 年 6 月 30 日		受理年月日（障害者助成金）		受理年月日（都道府県支部）	
次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。				「事業所コード」欄には、認定通知書に記載の事業所番号を記載してください。			
独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿				請求しようとする助成金に☑			
この請求書で支給請求する助成金				今後書類を送付する際の送付先を選択してください。			
☐ ① 障害者介助等助成金（職場復帰支援） ☐ ② 障害者介助等助成金（中途障害者等技能習得支援） ☐ ③ 障害者介助等助成金（中高年齢等障害者技能習得支援） ☒ ④ 障害者介助等助成金（職場支援員の配置） ☐ ⑤ 障害者介助等助成金（職場支援員の委嘱） ☐ ⑥ 障害者介助等助成金（職場支援員の配置の中高年齢等措置） ☐ ⑦ 障害者介助等助成金（職場支援員の委嘱の中高年齢等措置） ☐ ⑧ 障害者介助等助成金（介助者等資質向上措置に係る助成金）				助成金支給決定通知書の送付先・連絡先			
請求事業主		所在地	〒0000-0000 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3		送付先・連絡先の所属		☐ 事業主 ☐ 事業所
		事業主名	株式会社JEED		所員先名称（部署等）		総務部人事課
		代表者の役職及び氏名	代表取締役社長 幕張 花子		担当者氏名		海浜 太郎
請求に係る事業所		事業所所在地	〒0000-0000 東京都〇〇区〇〇〇〇1-1-1		電話番号		043-000-0000
		事業所名	株式会社JEED 東京営業所		助成金振込希望金融機関名		
		事業所コード	〇〇〇〇-〇〇〇〇		金融機関名		〇〇銀行
「用語解説」ページ③を参照ください。				支店名		〇〇支店	コード番号
中小企業該当の有無 ☐ 有 ☐ 無				口座種別		☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他	コード番号
産業中分類番号 〇 〇				口座種別		〇〇	コード番号
常用労働者の総数 100 人 資本金・出資の総額 10,000 万円				口座番号		〇〇〇〇〇〇〇〇	該当するものに☑
主たる事業				口座名義		〇〇〇〇	
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 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 1216 - 506 - 〇〇 号				② 認定日 2024 年 〇 月 〇 日			
③ 認定に係る支給期間 2024 年 12 月 1 日 ~ 2025 年 2 月 29 日				④ 前回支給決定額（支給決定番号） 初回の支給請求では記載不要			
2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況（職場支援員の配置又は委嘱助成金については、助添付様式第73号の添付により、本欄の記載は不要です。）				フリガナ氏名		雇用の有無	離職した場合の離職日
						☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日
3 支給請求に係る介助者等の雇用状況				フリガナ氏名		雇用の有無	離職した場合の離職日
				チバ ジロウ		☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日
				千葉 次郎		☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日
4 支給要件確認申立書の確認項目の変更				認定申請時に、どちらかに☑ 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		※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 ☐ 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）		③ 補助金等の額（円）	
				「有」に☑した場合は記載してください。		支給請求額（円）	
						〇〇〇, 〇〇〇円	
※処理欄		審査結果		支給・不支給		決定番号	
		決定額		決定日		決定番号	

②職場支援員の配置又は委嘱 内訳（助添付様式第83号）記入方法

提出にあたっては、障害者助成金支給請求書（20）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83号

職場支援員の配置又は委嘱 内訳

支給対象障害者	番号	フリガナ	ハナミガワ サブロー		支給対象障害者ごとに作成してください。	
	氏名	花見川 三郎		雇用保険被保険者番号		
	障害の種類	☐ 身体 ☐ 精神（精神障害者保健福祉手帳の有効期限 年 月 日） ☒ 知的 ☐ 発達 ☐ 難病等にかかってい		該当する方に☑		
	支給対象期間内の支援方法の変更の有無	☐ あり ☐ なし		支給対象期間内の賃金未払い ☐ あり ☐ なし		
	週所定労働時間	30 時間 / 週		短時間労働該当 ☐ あり ☐ なし		
	継続して雇用（※）する見込み ※65歳以上に達するまで継続し、当該雇用期間が継続することをいう。	☐ あり ☐ なし		どちらかに丸をつけてください。		
	支給対象期間内の 支給対象障害者の 在職状況	☐ 在職 ☐ 離職（離職日 年 月 日）		理由 支給対象障害者が離職した場合、離職理由を記載してください。		
	支給対象期間内の 1か月を超える 長期休職の有無	☐ あり（期間： 月 日～ 月 日） ☐ なし		理由 支給対象障害者が1か月を超える長期休職をした場合、休職理由を記載してください。		
	支援策の種類	☐ 雇用している支援員による支援 ☐ 委嘱（業務委託）				
	職場支援員	氏名	千葉 次郎			
	所属法人等	株式会社JEED				
	認定を受けた支給期間	2024 年 12 月 1 日～ 2026 年 11 月 30 日				
	今回の支給請求期間	第 1 回（2024 年 12 月 1 日～ 2025 年 5 月 31 日）				
	本人確認欄	別紙のとおり、支援員による支援を受けたこと及び支給対象障害者に係る賃金台帳等の添付書類について間違いがないことを支給対象障害者本人に確認しましたか。 年 月 日 ☐ はい ☐ いいえ				

請求日以前の日付を記載してください。

記

この様式は次の点に注意して記入してください。

- 1 支給対象障害者について記入してください。
- 2 「本人確認欄」は、すべての欄を記入した後に、記入内容に相違がないか、支給対象障害者に確認のうえチェックしてください。
- 3 用紙が不足する場合は、助添付様式第83号（継続）に記入し、本紙に添付してください。

記載されている確認事項について相違がないか、支給対象障害者に確認のうえ☑

③職場支援員による支援状況及び支給請求額 詳細（助添付様式第84号）記入方法

提出にあたっては、障害者助成金支給請求書（20）と同様に、「機構用」、「支部用」、「事業主用」の3部をご

助添付様式第84号（第1面）

職場支援員による支援状況

支給対象障害者ごとに作成してください。

「支給対象障害者」欄には助添付様式第83号の番号を記入し、対応した支援策の種類（雇用（配置）・業務委託・委嘱）に応じた欄に必要事項を記入してください。

「対象月数」欄の「月数」には、「支援提供期間」の開始日から次の月の応当日の前日までをひと月とし、以後同様に各月の応当日からその次の月の応当日の前日までをひと月として区切った各月について、支給対象障害者の出勤割合（所定労働日数に占める出勤日数の割合）が6割に満たない月および支給対象障害者が育児休業・介護休業・労災にかかる休業により1日も出勤していない月を除いた月数を記入してください。

業務委託の場合は、「業務委託法人名」欄と「業務委託契約額」欄を記載してください。
業務委託契約額は、契約書に記載された契約額です。

「対象月数」欄の「月数」には、「支給対象期」の開始日から次の月の応当日の前日までをひと月とし、以後同様に各月の応当日からその次の月の応当日の前日までをひと月として区切った各月から、支援をまったく受けなかった月および支給対象障害者が育児休業・介護休業・労災にかかる休業により1日も出勤していない月を除いた月数を記入してください。

支援実施日数は訪問による面談を行った日とし、支給対象障害者とそれ以外の従業員等、複数名に対する支援や相談等を同時に実施した場合（例：支給対象障害者との複数の従業員等を同時に面談する等）は含まないものですので、記載しないでください。また、情報通信機器による面談が認められている場合は、情報通信機器による面談を行った日も対象となります。

支給対象障害者	職場支援員氏名	千葉 次郎	
	支給対象期間の職場支援員の支援状況	☐ 支給対象期間支援実施 ・ ☐ 離職 （支援を提供する理由）	
	支援状況	支給対象障害者ごとにどのようなのか、具体的に記載してください。	
	対象月数	月数 6 か月 月数（端数分） (日) か月 (日)	
雇用している職場支援員	助成額		
	業務委託法人名（※1）		
	業務委託契約額（※1）	円	
	職場支援員氏名		
業務委託した職場支援員（※1）・委嘱した職場支援員（※2）	支援状況	（支給対象期間中の訪問による面談日数） 日付ごとに支援内容を具体的に記載してください。	
	対象月数	月数 (日) か月 月数（端数分） (日)	
	③ 支援実施日数 × 10,000円（1月あたり4日が上限）	円	
	② 支援可能日数 × 10,000円	（288日－前回までに支給対象となった日数）	
中高年齢等措置	③ 支援実施日数 × 10,000円	円	
	② 支援可能日数 × 10,000円		

用意ください。

端数計算を行う場合、小数点以下は切り捨てとなります。

状況及び支給請求額 詳細

支給対象期間中の賃金未払い		☐ あり ・ ☐ なし
賃金又は異動等途中中断 なくなった日 年 月 日)		
どのような障害特性にあわせてどのような支援を実施し てください。		
2024年12月1日 ~ 2025年5月31日		
金額	40,000 円 × 6 か月 = 240,000 円	
	円 × (日) = 円	
		a. 240,000 円
契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 か月)	
①-1 今回請求分のうち支払済み額(※1)		円
①-2 支給対象期間支払額(※2)		円
と支援内容)		
本的に記載してください。		
月1回以上の訪問面談の実施の有無(☐ あり ・ ☐ なし) 障害者以外の従業員等の支援や相談等を実施した場合は除いてください。)		
年 月 日 ~ 年 月 日		
② 上限月額 × 対象月数	40,000円 × か月 = 円	
	40,000円 × (日) = 円	
助成額 (①②③のいずれか低い額。業務 委託は①-1、委嘱は①-2)		b. 円
支援実施日数	日) × 10,000円 = 円	
助成額 (①②③のいずれか低い額。業務 委託は①-1、委嘱は①-2)		b. 円

該当する方に☑

支援を終了した場合、終了した日付および理由を記載
してください。

「金額」欄には、請求事業主が中小企業事業主であるか
否か、および支給対象障害者が短時間労働者であるか否
かにより、下記の表から該当する額を選んで記載してい
ください。

月数、日数(分数)については、「対象月数」欄の数字
を記載してください。

事業主区分 (中高年齢等 措置)	中小企業以外の事業主 (中小企業 または 調整 金支給調整対象事業 主以外)	中小企業事業主 (中小企業または 調整金支給調整 対象事業主)
労働者区分		
一般労働者	3万円/月	4万円/月
短時間労働者	1万5,000円/月	2万円/月
特定短時間 労働者	7,500円/月	1万円/月

「金額」欄の上段と下段の合計を記載してください。

「①-1 今回請求分のうち支払済み額」欄には、業務
委託の場合で、今回請求分について支払った額を記載
してください。

「①-2 支給対象期間支払額」欄には、委嘱の場合で、
支給対象期間に支払った額を記載してください。
支払いを分割で一部、契約当初に前払いする等してい
る場合は、当該前払い分を記載することができます。
なお、助成金の支給対象となる業務委託契約・委嘱契
約は有償の契約に限ります。

該当する方に☑

情報通信機器による面談が認められている場合を除き、
月1回以上の事業所を訪問しての面談を実施していな
い場合、助成金の対象となりません。

「助成額」欄における①の額は、業務委託なら①-1の
額、委嘱なら①-2の額です。

②の額は、②欄の上段と下段の合計額です。

9-3 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【職場復帰支援】

①障害者助成金支給請求書（20）（様式第 625 号）記入方法

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

〔提出部数〕3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕P68 をご覧ください。

職場支援員と同じです。（109 ページ参照）

②障害者支給対象障害者の出勤状況（助添付様式第 73 号）記入方法

提出にあたっては、障害者助成金支給請求書（20）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。

職場支援員と同じです。（113 ページ参照）

③職場復帰支援の内訳（助添付様式第 85 号）記入方法

提出にあたっては、障害者助成金支給請求書（20）と同様に、「機構用」、「支部用」、「事業主用」の3部をご

助添付様式第85号（第1面）

職場復帰支援

医師の意見書の「上記疾病・外傷の療養のために休職等が必要な期間」欄に記載された期間を記載してください。

新規に中途障害となった場合は「新規」に丸をつけ、原因と発生日（事故等は発生日、疾患の場合は最初の診断日）を記入してください。
既往の障害の進行を原因とする場合は「進行」に丸をつけてください。

通勤時間の短縮等のための勤務地変更を行う場合は、通勤時間の短縮であることを明確に記載してください。
支給対象障害者が単身で居住している場合に、親族等と同居できるようにするために勤務地を変更する場合は、支給対象障害者が現在独居であるかどうか、勤務地変更後に親族等と同居する予定であるかどうかおよび同居する予定の親族の住所（市町村名まで）がわかるように記載してください。

援助を行った外部専門家について記載してください。

「支給対象期間」の開始日から次の月の応当日の前日までをひと月とし、以後同様に各月の応当日からその次の月の応当日の前日までをひと月として区切った各月について、支給対象障害者の出勤割合が6割に満たない月および出勤日数が0日の月を除いた月数を記載してください。

①

フリガナ 支給対象障害者氏名	ミハマ リカバ 美浜 若葉	生年月日	1994年
職場復帰の日	2024年11月1日	雇用期間の	
療養を要した期間	年 月 日	休職等の	
中途障害の原因と発生日	新規 (新規の場合発生日)		
65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上雇用する見込みの有無			
時間的配慮	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等	週5日、1日8時間勤務	☒ 労働時間の
	措置の開始日	2024年11月1日	措置内容 (変更) 変更し 内容変更
	理 由 (途中変更有りの場合はその理由も記入してください。)	医師の意見書にもとづき、支給対象障害者の勤務	
	☐ 休暇の付与		
職務開発等	通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり ・ 実施なし (内容)	
	措置の開始日	年 月 日	措置内容 (変更) 変更し 内容変更
	行った措置に ☒		
	従前の職務内容	機械整備・修理 (職業分類番号 60)	
見直しを支援した支援者	(変更が有る場合のみ) 従前の所属・部署		
	理 由	地域障害者職業センターの援助のもと、より負担の	
	措置の開始日	2024年11月1日	措置内容 (変更) 変更し 内容変更
	氏名		
資格			
	本人確認欄 上記の職場復帰のための措置の内容(変更を含む)に間違いがないことを支給対象障害者本人に確認 その他の一切の費用について本人負担がなかった 年 月 日 ☐ は		

②

対象月数	日数	か月	金額
	月数 (端数分)	(日)	
支給対象期間	第1回目	第2回目	

用意ください。

の内訳

9月1日	年齢 30歳	雇用保険 被保険者番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇
の定め	あり・なし 〔契約期間 年 月 日 ~ 年 月 日〕	
期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
・進行	申請した障害による本措置に係る 他の助成金の受給実績の有無	あり・なし ありの場合期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
	あり・なし	
の調整		
変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等	週4日、1日6時間勤務	
途中変更の有無 (は終了も含みます)	あり・なし	
措置の開始日	年 月 日	
に係る医師の許可	あり・なし	
時間を短縮するため 行った措置に☑		
年間計	日まで	
途中変更の有無 (は終了も含みます)	あり・なし	
措置の開始日	年 月 日	
に係る医師の許可	あり・なし	
職種転換		
変更後の職務内容 (職業分類番号 25)	一般事務	
変更後の所属・部署		
少ない一般事務職に職種転換するため。		
途中変更の有無 (は終了も含みます)	あり・なし	
措置の開始日	年 月 日	
所属組織名		
連絡先		
)が現に実施されたこと及び支給対象障害者に係る賃金台帳等の添付書類 しましたか。あわせて、本助成金の支給申請に要する診断書に係る費用、 ことを支給対象障害者本人に確認しましたか。 い ☐いいえ		
☐中小企業 6万円 ☐大企業 4.5万円	円 × 月 × 日 = 円 円 × 日 = 円	円
支給請求額	円	

どちらかに丸をつけてください。

雇用期間に定めがある場合、契約期間も記載してください。

出勤簿により確認できる、実際の連続した休職等の期間を記載してください。

どちらかに丸をつけてください。

「あり」の場合、受給していた期間も記載してください。

どちらかに丸をつけてください。

措置内容を途中で変更または終了した場合に記載してください。

休職等の前および措置実施後の職務の内容を記載してください。
産業分類番号には、職業安定法第15条の規定に基づき職業安定主管局長が作成する職業分類表（70ページ参照）の中分類を記入してください。この中分類が異なる職種への転換が、本助成金上の職業転換と認められます。

措置内容を途中で変更または終了した場合に記載してください。

本人確認欄は、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、支給対象障害者に確認のうえチェックしてください。

最後にひと月に満たない端数がある場合は、当該ひと月に満たない期間については「月数（端数分）」欄の分子に当該端数となった日数を、分母にひと月に満たない期間の開始日からその次の月の応当日の前日までの日数を記載してください。