

8-2 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

【職場支援員助成金】

①支給要件確認申立書（様式第 540 号）記入方法

申請にあたっては、認定申請書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕 申請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

職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者と同じです。（83ページ参照）

このファイルでは、5～7ページ目に掲載しています

②障害者助成金受給資格認定申請書（19）（様式第 519 号）記入方法

提出にあたっては、支給要件確認申立書と同様に、「機構用」、「支部用」、「事業主用」の3部をご用意ください。

様式第519号

障害者助成金受給資格認定申請書（19）

事業所 コード		受理年月日(障害者助成部)		受理年月日	
次のとおり助成金の受給資格の認定を受けたいので申請します。 2024 年 10 月 1 日 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿					
この申請書で申請する助成金 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)		申請しようとする助成金に☑ 今後書類を送付する際の送付先を選択してください。			
所在地 (〒0000-0000) 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3		助成金受給資格認定通知書の送付先・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) 総務部人事課 担当者氏名 海浜太郎 電話番号 043-000-0000			
(フリガナ) 事業主名 株式会社JEED (フリガナ) 代表者の役職及び氏名 代表取締役社長 幕張 花子		事業主の法人番号 0000-000000-00 0-0000-0000-0000			
事業所所在地 (〒0000-0000) 東京都000区000001-1-1 (フリガナ) 事業所名 株式会社JEED 東京営業所		中小企業該当の有無 ☐ 有 ☐ 無 常用雇用労働者の総数 100 人 資本金・出資の総額 10,000 万円 主たる事業及び産業中分類番号 「用語解説」ページ③を参照ください。 0 0 障害者雇用調整金支給調整対象事業主 該当の有無 ☐ 有 ☐ 無			
提出代行者 事務代理者 代理人 住所 〒 () 事務所名		職名・氏名 電話番号			
1 支給対象障害者 該当する方に☑		☐ ①②③⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり。 ☒ ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第82号のとおり。 賞金締切日 月末 賞金支払日 当月25日 (諸手当の支払日) (翌月25日)			
2 支援等計画書		☐ ①②③⑧の助成金 助添付様式第80号のとおり。 ☒ ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第81号のとおり。			
3 職場支援員の配置又は委嘱の概要		☒ ④⑤⑥⑦の助成金 助添付様式第81号記載のとおり。			
4 資質向上措置対象者の概要		☐ ⑧の助成金 助添付様式第80号記載のとおり。 賞金締切日 賞金支払日 (諸手当の支払日) ()			
処理欄 (※2)	審査結果	認定・不認定	認定日	年 月 日	認定番号

(※) 記入不要です。(機構本部記入欄)

(R6.4.1)

受給資格認定申請書等の
記入方法・記入上の注意

③事業・支援計画書（13 職場支援員の詳細）（助添付様式第 81 号）記入方法

提出にあたっては、支給要件確認申立書と同様に、「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81号

事業・支援計画書(13 職場支援員の詳細)

1 支援計画期間		年	月	日	～	年	月	日	まで
		2024	12	1	～	2026	11	30	
2 職場支援員の配置又は委嘱の具体的な措置の内容		具体的な措置内容を記載してください。							
フリガナ		チバ ジロウ			5 配置・委嘱方法 (該当する配置・委嘱方法に チェックを入れてください)		☒ 雇用契約(配置) ☐ 業務委託契約(委嘱) ☐ 委嘱契約(委嘱)		
3 職場支援員氏名		千葉 次郎							
4 職場支援員の生年月日		年	月	日					
		1990	11	2					
6	雇用契約 の場合 (配置)	職場支援員の雇用 保険被保険者番号	0000-000000-0			職場支援員の 週所定労働時間数	30 時間/週		
		支給対象障害者に対して支援を実施する期間について、継続して雇用される見込みの有無					☒ 有り ☐ 無し		
		本助成金(中高年齢措置含む)、企業在籍型職場適応 援助者助成金(中高年齢措置含む)、障害者雇用安定 助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配 置の措置)、障害者職場適応援助コース(企業在籍型 職場適応援助者による支援))の支給対象として現在 支援している障害者					氏名		
							雇用保険被保険者番号		
	業務委託 の場合 (委嘱) 契約	業務委託先法人 ・ 委嘱者の所属する法人 (個人の場合その住所等)	住所 名称 (代表者)氏名			電話番号			
		契約期間 (委嘱の場合は最初の支援 の日を記入してください)	年 月 日 ～ 年 月 日			契約額	円		
7 職場支援員の該当資格等 (該当するものに☑を付し、必要事項 を記入してください。)		ii) 次の資格等を所持(該当する資格に○を付してください。) ☒ 精神保健福祉士、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、公認心理師、臨床心理士、産業 カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセラー、(独)高齢障害求職者雇用支援機 構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修(訪問型・1 号)修了者、同(企業在籍型・2号)修了者 iii) 特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績 ☐ 事業所名: 連絡先: 年 か月 期 間: ～ 年 月 iv) 障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績 ☐ 事業所名: 連絡先: 年 月 日 期 間: ～ 年 月 日 v) 障害者職業生活相談員 (資格取得年月日 年 月 日) ☐ 事業所名: 連絡先: 年 月 日 期 間: ～ 年 月 日							
ii) 指定医療機関内の産業医以外の医師 支援を受けている、または支援を受けていた場合、受けているまたは受 けていた助成金名にも☑		☐ 支援を受けている ☐ 支援を受けていない			☐ 該当する ☐ 該当しない				
8 職場支援員が現に右記の助成 金の支給対象障害者として支援を 受けているか		☐ 障害者介助等助成金(本助成金を含む) ☐ 職場適応援助者助成金 ☐ 障害者雇用安定助成 金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置の措置)) ☐ 障害者雇用安定助成金(障害者職場 適応援助コース) ☐ 健康相談医師の委嘱助成金 ☐ 職業コンサルタントの配置又は委嘱助成金 ☐ 在宅勤務コーディネーターの配置又は委嘱助成金							
9 職場支援者としての実務経験 がある場合、当該期間中に右記の 助成金の支給対象障害者として支 援を受けていたか		☐ 障害者介助等助成金(本助成金を含む) ☐ 職場適応援助者助成金 ☐ 障害者雇用安定助成 金(障害者職場適応援助コース) ☐ 訪問型職場適応援助促進助成金 ☐ 企業在籍型職場適応援 助促進助成金 ☐ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 ☐ 職場支援従事者配置助成金 ☐ 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置に係る措置に限る)) ☐ 障 害者職場定着支援奨励金 ☐ 業務遂行援助者の配置助成金 ☐ 重度中途障害者等職場適応助成 金 ☐ 健康相談医師の委嘱助成金 ☐ 職業コンサルタントの配置又は委嘱助成金 ☐ 在宅勤務 コーディネーターの配置又は委嘱助成金							
10 国等の委託事業費から職場支援員の人件費が支払われているか		☐ 支援を受けていた ☐ 支援を受けていない ☐ 該当する方に☑							
11 国等の機関からの補助金等(助成金を含む)から職場支援員の人件費全部が支払われているか		☐ いる ☐ いない							

④職場支援員の配置又は委嘱に係る支給対象障害者（助添付様式第 82 号）記入方法

提出にあたっては、支給要件確認申立書と同様に、「機構用」、「事業主用」の3部をご用意ください。

助添付様式第82号

職場支援員の配置又は委嘱に係る支給対象障害者【添付枚数

表内の□は、該当するものにレ点を入れてください。

支給対象障害者の賃金が最低賃金以上の場合「はい」に□、最低賃金以下の場合「いいえ」に□し、最低賃金の適用除外を受けていることがわかる書類を添付してください。

識別番号	フリガナ氏名 ハナミガワ 花見川 三郎	生年月日 1989年5月1日	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 ☐ 高次脳機能障害	障害の程度 B	雇用保険被保険者番号 00000-0000000-0	最低賃金以上 ☐ はい ☐ いいえ
業務内容			職場支援員を配置又は委嘱する事由			
支給対象障害者の具体的な業務内容を記載してください。 障害の内容等に応じた具体的な支援内容 支給対象障害者ごとにどのような障害特性にあわせて、どのような支援を実施するのか具体的に記載してください。			☒ 雇入れ ☐ 勤務時間延長 ☐ 配置転換 ☐ 業務内容変更 ☐ 職場復帰 ☐ 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 ☐ 中高年齢等措置(35歳以上)			事由の起算日 年 月 日 2024 9 1
			在宅勤務区分 ☐ 該当 ☐ 不該当 ☐ 一般 ☐ 短時間 ☐ 特定短時間			在籍出向(出向元企業名) ☐ 該当 ☐ 不該当

識別番号	フリガナ氏名	生年月日	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 ☐ 高次脳機能障害	障害の程度	雇用保険被保険者番号	最低賃金以上 ☐ はい ☐ いいえ
業務内容			職場支援員を配置又は委嘱するものに□ 職場支援員を配置または委嘱する事由が発生した日を記載してください。 ※職場支援員を配置または委嘱する日ではありません。			
障害の内容等に応じた具体的な支援内容			☐ 雇入れ ☐ 勤務時間延長 ☐ 配置転換 ☐ 業務内容変更 ☐ 職場復帰 ☐ 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 ☐ 中高年齢等措置(35歳以上)			事由の起算日 年 月 日
			在宅勤務区分 ☐ 該当 ☐ 不該当 ☐ 一般 ☐ 短時間 ☐ 特定短時間			在籍出向(出向元企業名) ☐ 該当 ☐ 不該当

本部記入欄：支給対象期間 年 月 日 ～ 年 月 日

識別番号	フリガナ氏名	生年月日	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 ☐ 高次脳機能障害	障害の程度	雇用保険被保険者番号	最低賃金以上 ☐ はい ☐ いいえ
業務内容			職場支援員を配置又は委嘱する事由			
障害の内容等に応じた具体的な支援内容			☐ 雇入れ ☐ 勤務時間延長 ☐ 配置転換 ☐ 業務内容変更 ☐ 職場復帰 ☐ 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 ☐ 中高年齢等措置(35歳以上)			事由の起算日 年 月 日
			在宅勤務区分 ☐ 該当 ☐ 不該当 ☐ 一般 ☐ 短時間 ☐ 特定短時間			在籍出向(出向元企業名) ☐ 該当 ☐ 不該当

本部記入欄：支給対象期間 年 月 日 ～ 年 月 日

(注) 「一般」・・・1週間の所定労働時間が30時間以上の者

「短時間」・・・1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者

「特定短時間」・・・

重度身体障害者、

重度知的障害者又は精神障害者であって1週間の所定労働時間が10時間以上20時間

未満の者

未達の者

未達の者

未達の者

未達の者

未達の者

未達の者

8-1 受給資格認定申請書等の記入方法・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支給要件確認申立書（様式第540号）記入方法

申請にあたっては、認定申請書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕申請事業所の所在地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〕各助成金のページをご覧ください。

様式第540号

支給要件確認申立書（助成金）

事業主記載事項	
○ 事業活動等に係る状況（はいまたはいいえのどちらかを○で囲んでください。申請する助成金の名称を記載してください。裏面の「記載にあたっての留意点」の内容を了解した上でご回答ください。）	
1 障害者雇用納付金関係助成金等の不正受給等により不支給措置が執られている。	（はい・いいえ）
2 労働関係法令違反により送検処分を受けている。 認定申請を行おうとする日の前日から起算して過去1年以内に当該処分を受けた。	（はい・いいえ）
3 関係法令で社会保険等（厚生年金保険、健康保険、雇用保険等）の加入が義務付けられている事業主等であって、加入していない又は加入していても当該支給対象障害者等の社会保険料等を支払っていない。	（はい・いいえ）
4 助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律（昭和23年法律第122号）第2条第4項に規定する接待飲食等営業、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業を行っている事業主である。	（はい・いいえ）
5 次の（1）～（8）までに掲げるいずれかに該当する暴力団関係事業所の事業主である。 （1）事業主、又は事業主が法人である場合、当該法人の役員又は事業所の業務を統括する者その他これに準ずる者（以下「役員等」という。）のうちに暴力団員に該当する者がいる。 （2）暴力団員をその業務に従事させ、又は従事させるおそれがある。 （3）暴力団員がその事業活動を支配している。 （4）暴力団員が経営に実質的に関与している。 （5）役員等が自己若しくは第三者の不正の利益を図り又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団の威力又は暴力団員を利用するなどしている。 （6）役員等が暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。 （7）役員等又は経営に実質的に関与している者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している。 （8）（1）から（4）までに該当する事業所であると知りながら、これを不当に利用するなどしている。	（はい・いいえ）
6 役員等が、破壊活動防止法（昭和27年法律第240号）第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れがある団体等に属している。	（はい・いいえ）
7 役員等の氏名、役職及び生年月日が記載されている別紙「役員等一覧」又は同内容の記載がある書類を添付している。	（はい・いいえ）
8 次の（1）から（3）までに掲げる事項全てについて、あらかじめ同意する。 （1）独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構（以下「機構」という。）が助成金の支給に係る審査等に必要な事項について確認・実地調査を行う際に協力すること。 （2）不正受給を行った場合、機構が当該事業主名等を公表する場合があること。 （3）不正受給等により受給した助成金又はその他の請求金（①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から①の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額）を返還又は納付等すること。	（はい・いいえ）

1から8までの記載事項については、いずれも相違なく、変更が生じた場合は速やかに申し出ます。また、1から8までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項は、認定申請書に記載の申請日と同じ日付を記載してください。

2024年10月1日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

申請事業主

所在地 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3

事業主名 株式会社JEED

法人番号 〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

代表者の役職及び氏名 代表取締役社長 藤原 花子

申請に係る事業所

所在地 東京都〇〇区〇〇〇〇〇1-1-1

事業所名 株式会社JEED 東京営業所

「申請に係る事業所」欄には、支給対象障害者が実際に勤務する事業所について記載してください。

連絡先

所属先名称（部署等）

総務部人事課 海浜 太郎

電話番号 043-000-0000

代理人又は
社会保険労務士
（提出代行者・事務
代理者の表示）

所在地

電話番号

名称

登録番号

氏名

（裏面に続く）

別紙

役員等一覧

法人名 株式会社JEED

法人番号 〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

事業所名称 株式会社JEED 東京営業所

雇用保険適用事業所番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇

役員等氏名 (漢字)	役員等氏名 (カナ)	役職	生年月日
幕張 花子	マクハリ ハナコ	代表取締役社長	〇年〇月〇日
〇〇 〇〇	〇〇〇 〇〇〇	取締役	〇年〇月〇日
〇〇〇 〇〇	〇〇〇〇 〇〇	監査役	〇年〇月〇日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

注1) 法人番号は、平成27年10月以降国税庁長官から本社等に通知された13桁の番号を記載してください。

注2) 「役員等」とは、事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者をいいます。

注3) 個人事業主の場合、事業主本人について記載ください(役職除く)。

注4) 役員等の就任中に氏名の変更等があった場合は、変更前の氏名(旧姓)も併記してください。

(裏面)

【代理人又は社会保険労務士(以下「代理人等」という。)記載欄 ※事業主等が直接申請する場合は記載不要です】

本助成金に関し、審査に必要な事項についての確認又は実地調査を独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が行う場合には協力します。

また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為により申請事業主等が、本来受けることのできない助成金を受けた又は受けようとした場合であって、代理人等が故意に不正受給に関与していた場合(偽りその他不正の行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合を含む。)は、

1. 申請事業主等が負担すべき一切の債務について、申請事業主等と連帯し、請求があった場合、直ちに請求金(①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から①の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額を指す。以下について同じ。)を弁済すべき義務を負うこと
2. 代理人等に係る事務所(又は法人等)の名称、所在地、氏名及び不正の内容等が公表されること
3. 不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して5年間(取り消した日から起算して5年を経過した場合であっても、不正受給に係る請求金が全額納付されていない場合は、時効が完成している場合を除き、納付日まで)は、障害者雇用納付金制度に基づく助成金に係る代理人が行う申請又は社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請が受理されないことについて承諾します。

代理人又は 社会保険労務士 (提出代行・事務 代理者の表示)	所在地	電話 番号
氏名	登録 番号	

記載にあたっての留意点

- 一 この様式第540号は、障害者雇用納付金関係助成金(以下「助成金」という。)の認定申請の際、ご提出ください。
同時に複数の助成金の申請をする場合は、認定申請書ごとにこの様式の提出が必要です。
- 二 この様式の1～6で「はい」に○を付けた場合は、助成金の支給を受けることができません。また7及び8で「いいえ」に○を付けた場合も、助成金の支給を受けることはできません。この様式の提出後に1～6で「はい」に該当することとなった場合についても、助成金の支給を受けることができませんのでこの様式の内容に変更が生じた場合は、変更が生じた日から1か月以内に機構へ申し出てください。なお、申し出なかった場合には、不正受給となる場合があります。
- 三 表題の「支給要件確認立書(助成金)」内には、認定申請に係る助成金の名称をご記入ください。
- 四 1及び6における「不正受給」とは、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の受給資格の認定又は支給を受け、又は受けようとするをいいます。
- 五 1は、助成金等の不正受給により不支給措置が執られているかどうかについて、該当箇所に○を付けて下さい。
- 六 2は、認定申請の場合は認定申請する日から起算して過去1年以内に労働基準法(昭和22年法律第49号)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、職業安定法(昭和22年法律第141号)等の労働関係法令の違反により、送検処分を受けているかどうかについて該当箇所に○を付けてください。また、重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金又は重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金の支給請求の際、提出される場合は、「認定申請する日の前日」を「支援計画書作成年月日の前日」に読み替えるものとします。
- 七 3は、法令に基づき社会保険等に加入していない場合を除き、助成金の認定申請における支給対象障害者及び介助者等について、社会保険等が未加入又は未払であるかどうかについて該当箇所に○を付けてください。
- 八 4は、助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律第2条第4項に規定する接待飲食等営業(同条第1項第1号に該当するものに限る。)、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業(接待飲食等営業又は同条第6項に規定する店舗型風俗特殊営業を営む者から委託を受けて当該営業の営業所において客に接する業務の一部を行うこと(当該業務の一部に従事する者が委託を受けた者及び当該営業を営む者の指揮命令を受ける場合を含む。))を内容とする営業に限る。)を行っている事業主であって、助成金の支給を受けようとするものをいいます。
- 九 5における「暴力団員」とは、「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」(平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。)第2条第6号に規定する暴力団員をいい、「暴力団」とは、暴力団対策法第2条第2号に規定する暴力団をいいます。
- 十 6は、役員等が破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れのある団体等に属しているかどうかについて、該当箇所に○を付けてください。
- 十一 7で、別紙「役員等一覧」を添付しない場合は、同内容が記載された別の書類を提出してください。

不正受給及び不正受給に対する措置について

- 1 「不正受給」とは、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の受給資格の認定及び支給を受け、又は受けようとするをいいます。
- 2 不正受給を行った事業主等に対しては、不正受給等により受給した助成金又はその他の請求金(①不正受給により返還を求められた額
のほか、不正受給の日の翌日から返還金の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金及び不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額について返還及び納付及び助成金の5年間の不支給措置を講じるほか、機構のホームページに事業主名等を公表します。
- 3 支給対象事業主以外で偽りその他不正の行為に関与した事業主に対しては、2の返還金又はその他の請求金について、不正受給を行った申請事業主等と連帯し、請求があった場合に弁済していただくほか、併せて助成金の5年間の不支給措置及び機構のホームページに事業主名等を公表します。
- 4 不正受給を行った事業主等の役員(偽りその他不正の行為に関与した者に限る。)が、他の事業主等の役員である場合は、この他の事業主等に対しては、助成金の5年間の不支給措置を講じます。
- 5 代理人等が偽りの届出、報告、証明等を行い、助成金の受給資格の認定及び支給を受け、又は受けようとした場合は、2の返還金又はその他の請求金について、不正受給を行った申請事業主等と連帯し、請求があった場合に弁済していただくほか、併せて助成金の5年間の不支給措置及び機構のホームページに代理人等名等を公表します。

また、不正受給により生じた助成金又はその他の請求金の返還又は納付の履行が終了していない事業主等は、助成金の支給を受けることができません。