

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 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）				請求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。
請求事業主		所在地 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3		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		
(フリガナ)		カブシキカイシャ ジーエド		所員先名称（部署等）		総務部人事課		
事業主名		株式会社JEED		担当者氏名		海浜 太郎		
(フリガナ)		カブシキカイシャ ジーエド マナブ ナカ		電話番号		043-000-0000		
代表者の役職及び氏名		代表取締役社長 幕張 花子		助成金振込希望金融機関名				
		(〒0000-0000)		金融機関名		〇〇銀行		
		事業所所在地		支店名		〇〇支店		
		(フリガナ)		口座種別		☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他		
		事業所名		口座種別		〇〇		
		株式会社JEED 東京営業所		口座番号		〇〇 〇〇 〇〇 〇〇 該当するものに ☒		
		事業所コード		(フリガナ)		〇〇〇〇		
		中小企業該当の有無 ☐ 有 ☐ 無		産業中分類番号		〇 〇		
		常用労働者の総数 100 人		資本金・出資の総額 10,000 万円		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		
		主たる事業						
提出代行者事務代理人		事務所		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		
						雇用中 ☐ 離職 ☐		
				雇用した場合は離職日		離職理由番号		
				年 月 日		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		
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		
				チバ ジロウ		雇用中 ☐ 離職 ☐		
				千葉 次郎		どちらかに ☒		
				雇用した場合は離職日		離職理由番号		
				年 月 日		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		
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		
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		③ 補助金等の額(円)		
				(支給機関名)		支給請求額(円)		
				(補助事業名)		〇〇〇, 〇〇〇円		
				「有」に ☒ した場合は記載してください。				
※処理欄		審査結果		支給・不支給		支給決定日		
		決定額		年 月 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

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。	
	支給対象期間		
雇用している職場支援員	対象月数	月数 6 か月 月数（端数分） (日) か月 (日)	
	助成額		
	業務委託法人名（※1）		
	業務委託契約額（※1）	円	
業務委託した職場支援員（※1）・委嘱した職場支援員（※2）	職場支援員氏名		
	支援状況	（支給対象期間中の訪問による面談日、日付ごとに支援内容を具体的に）	
	支給対象期間		
	対象月数	月数 (日) か月 月数（端数分） (日)	
中高年齢等措置以外の職場支援員（※2）	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）	
	③ 支援実施日数 × 10,000円	円	
	中高年齢等措置		

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
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。

