（様式第１号）

障害者介助等助成金（職場支援員の配置又は委嘱助成金）
職場定着支援計画書兼助成金受給資格認定申請書

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。

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日（都道府県支部）

申請年月日　令和4年５月20日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿

【事　業　所　情　報　欄】

（事業所コード）●●●●●●　●●●　●

①申請事業主	所在地	（〒　174－＊＊＊＊　） 東京都＊＊市＊＊＊＊＊＊＊		
	（フリガナ） 申請事業主名	シャカイフクシホウジン　ミハマノサト 社会福祉法人美浜の里		
	（フリガナ） 代表者の役職及び氏名	リジチョウ　チバ　ハナコ 理事長　千葉　花子		
②申請に係る事業所	所在地	（〒　261－＊＊＊＊　） 千葉県千葉市＊＊区＊＊＊＊＊＊＊＊		
	（フリガナ） 事業所名	シャカイフクシホウジン　ミハマノサト　チバジムショ 社会福祉法人美浜の里　千葉事務所		
③連絡先及び助成金受給資格認定通知書の送付先	所属先名称（部署等）	総務部	担当者氏名	花見川　太郎
	電話番号	（＊＊＊）＊＊＊＊－＊＊＊＊	送付先	☑事業主 ☐事業所
④企業規模	企業全体で常時雇用する労働者の数	56 人	資本金の額もしくは出資の総額	万円
	☑中小企業 ☐大企業	主たる産業分類	社会保険・社会福祉・介護事業	
		産業分類番号	85	

⑤雇用保険適用事業所番号	＊	＊	＊	＊	－	＊	＊	＊	＊	＊	＊	－	＊	

⑥障害者総合支援法に基づく、就労継続支援事業（A型）を行う事業所の該当の有無	☐有　☑無	⑦	賃金締切日	当月月末
			賃金支払日（諸手当の支払日）	当月25日 （　翌月25日　）

（代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者欄）

⑧代理人氏名	
⑨社会保険労務士名	
⑩住所	（〒　　）
⑪電話番号	（　　）　　－

機構処理欄 ※記入不要です。	審査結果：　認定　・　不認定	認定年月日：　　年　月　日
	認定番号：	