助成金申請に係る支給対象障害者【添付枚数 全 1 枚中 1 枚目】

○ 職場定着支援計画書兼助成金受給資格認定申請書により申請する支給対象障害者について記入してください。表内の□は、該当するものにレ点を入れてください。

識別番号	フリガナ 氏 名		障害の種類		障害の程度	雇用保険被保険者番号
	海浜 花子		精神(精神障害者保健福祉手帳の有効期限: 発達 □ 難病等 □ 高次脳機能	年 月 日)	B2	*******
	業務内容		職場支援員を	配置又は委嘱する事	曲	事由の起算日
	事務所の清掃		☑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		応援助者助成金の支援の終了	年 月 日 令和4 4 1
	就労継続支援A型事業の 利用者への該当の有無	□該当 ☑不該	在宅勤務区分	労働者区分(注) ☑-般 □短時間	在籍出向 □該当	可(出向元企業名) ☑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		障害の種類		障害の程度	雇用保険被保険者番号
	幕張三郎	□ 身体 □ x □ 知的 □ 3	精神(精神障害者保健福祉手帳の有効期限: 発達 □ 難病等 □ 高次脳機能	令和5 年 8月 31日)	2級	****
	業務内容		職場支援員を	抽	事由の起算日	
	事務所の清掃		☑雇入れ □勤務時間延長 □配置転換			年 月 日
			□業務内容変更 □職場復帰 在宅勤務区分 □	□企業在籍型職場通 労働者区分(注)	■応援助者助成金の支援の ■ ● ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	令和4 4 1 1 (出阿元企業名)
	就労継続支援A型事業の 利用者への該当の有無	□該当 ☑不該		☑一般 □短時間	□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		陪宝の番粨		陪宝の租舶	屋田侶除姑侶 険者番号
	□ 身 職場支援員を配置または委嘱する事由に応じた起算日を記入してください。 □ 知 「雇入れ」の場合、雇入れ日					
	学校内 「		「勤務時間延長」の場合、所定労働時間の変更日 「配置転換」の場合、地位・勤務形態・職務内容等の変更日			₫算日
			「業務内容変更」の場合、業務内容の変更日 「職場復帰」の場合、1か月以上の休職からの復職日			月日
	就労継続支援A型事業の		「企業在籍型職場適応援助者助成金の支給対象障害者に係る支援の終了」の場合、支援終了の翌日			
L	利用者への該当の有無 L 対象 対象 財間 年	-	□ □ 談当 □ □ ↑ 談当 E	□□般 □短時间	()

(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(精神障害者の場合は15時間)以上30時間未満の者