

# 障害者介助等助成金（職場支援員の配置又は委嘱助成金） 支給申請書 第 1 期分

申請日 令和5 年 2 月 15 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

( 〒 174-\*\*\*\* )

事業主 所在地 東京都\*\*市\*\*\*\*\*

名称 社会福祉法人美浜の里

氏名 理事長 千葉 花子

( 〒 )

代理人又は  
事務代理人・  
提出代行者

所在地

電話番号

名称

氏名

標記について、次のとおり申請します。

事業所 コード	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

① 助成金受給資格認定通知書の認定番号	第 1216-504-● 号	
② 事業所の名称	社会福祉法人美浜の里 千葉事務所	
③ 事業所の所在地・電話番号	( 〒 261 - **** ) 電話番号 *** - *** - **** 千葉県千葉市**区*****	
④ 申請に関する連絡先及び助成金支給決定通知書の送付先	所属	総務部 電話番号 *** - *** - ****
	氏名	花見川 太郎 送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所
⑤ 雇用保険適用事業所番号	* * * * - * * * * * * * * - *	
⑥ 助成金振込金融機関等	金融機関名	●●銀行 コード番号 0000
	支店名	××支店 コード番号 0011
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	口座番号	0 ● ● ● ● ● ● ●
	(フリガナ)	フクハマノサト
	口座名義	社会福祉法人美浜の里
⑦ 支給申請に係る措置に要する費用に対する国、地方公共団体、独立行政法人又は地方独立行政法人の補助金等の有無	<input type="checkbox"/> 有 (名称: ) . <input checked="" type="checkbox"/> 無	
⑧ 第2面の「申請にあたっての留意点1」への該当の有無	<input type="checkbox"/> 有 . <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※該当の場合、不支給となる場合があります。	
⑨ 支給申請額	400,000 円	※様式第4号-2の合計額

※機構処理欄には記入しないでください。

機構 処理 欄	受理年月日（障害者助成部）	受理年月日（都道府県支部）	支給(不支給)決定年月日	年 月 日
			審査結果	支給 ・ 不支給
			支給決定額	円
			支給決定番号	第 号

## 様式第4号（第2面）

### 提出上の注意

この支給申請書は、支給申請期間に必要な書類を添えて、事業所の所在地を管轄する都道府県支部に提出してください。

### 記入上の注意

この支給申請書は、次の点に注意して記入してください。

- 1 「機構処理欄」には記入しないでください。
- 2 申請者が代理人の場合は、本助成金の支給に係る「事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記入し、「代理人又は事務代理人・提出代行者」欄に代理人の所在地、電話番号、名称及び氏名を記入してください。  
また、申請者が社会保険労務士法施行規則（昭和43年厚生省・労働省令第1号）第16条第2項に規定する提出代行者または同施行規則第16条の3に規定する事務代理人の場合は、「事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記入し、「代理人又は事務代理人・提出代行者」欄に事務代理人・提出代行者の所在地、電話番号、名称及び氏名を記入してください。
- 3 ①欄は、助成金受給資格認定通知書（以下、「認定通知書」といいます。）に記載された認定番号を記入してください。
- 4 「事業所コード」欄には、認定通知書の左上に記載の事業所番号を記入してください（ご不明な場合は支部にお問合せください）。

### 申請にあたっての留意点

- 1 事業主が次のいずれかの要件に該当する場合は、本助成金は支給されません。
  - イ 障害者雇用納付金関係助成金（以下「助成金」という。）の不正受給により当該助成金の不支給措置が執られている。
  - ロ 労働関係法令違反により送検処分を受けている又は認定申請日の前日から過去1年間に当該処分を受けた。
  - ハ 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の社会保険料等を支払っていない。
  - ニ 本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性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
  - ホ 次のいずれかに該当する暴力団関係事業所の事業主
    - (イ) 事業主又は事業主が法人である場合の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（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う。以下同じ。）に該当する者のある事業所
    - (ロ) 暴力団員をその業務に従事させ、又は従事させるおそれのある事業所
    - (ハ) 暴力団員がその事業活動を支配する事業所
    - (ニ) 暴力団員が経営に実質的に関与している事業所
    - (ホ) 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（暴力団対策法第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）の威力又は暴力団員を利用するなどしている事業所
    - (ヘ) 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事業所
    - (ト) 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事業所
    - (チ) (イ)から(ト)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事業所
  - ヘ 事業主等又は事業主等の役員等（事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は、役員又は支店若しくは営業所等の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。）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おそれのある団体に属している。
  - ト 次の(イ)から(ハ)までに掲げる事項について、あらかじめ同意しない。
    - (イ) 機構が助成金の支給に係る審査に必要な事項について確認を行う際に協力すること
    - (ロ) 不正受給を行った場合、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。）が当該事業主名等を公表すること
    - (ハ) 不正受給等により受給した助成金を返還等すること
- 2 支給申請時点において、支給の対象となる障害者について、事業主都合による解雇をしていた場合には助成金の支給を行いません。
- 3 機構が、助成金の支給に関して必要があると認めるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。  
なお、調査又は報告の際に求められた書類等を提示又は提出できない場合や調査又は報告を正当な理由なく拒否する場合は、助成金の支給を行いません。
- 4 偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合は、支給した助成金の全部又は一部を返還していただきます。返還に関しては、受給した日の翌日から返還を終了する日までの期間に対し、年3%の利息を付します。
- 5 偽りその他不正の行為により助成金の支給を受け、又は受けようとした事業主については、一定期間、障害者雇用納付金制度に基づく助成金の申請ができなくなります。
- 6 代理人が申請する場合にあつては、委任届（様式第14号）を添付してください。
- 7 助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧ください。不明な点は本支給申請前に都道府県支部にお問い合わせください。

4-1 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	カヒシ ハナコ	雇用保険被保険者番号	****-*****-*	
		氏名	海浜 花子			
		障害の種類	<input type="checkbox"/> 身体 <input checked="" type="checkbox"/> 精神 (精神障害者保健福祉手帳の有効期限 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病等患者 <input type="checkbox"/> 高次脳機能			
		支給対象期内の支援方法の変更の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし		支給対象期内の賃金未払い	<input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし
		週所定労働時間	40 時間 / 週		短時間労働該当	<input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし
		継続して雇用(※)する見込みの有無 ※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年以上であることをいう。	(あり) ・ なし			
		支給対象期内の支給対象障害者の在職状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在職 ・ <input type="checkbox"/> 離職 (離職日 年 月 日) 理由			
		支給対象期内の1か月を超える長期休職の有無	<input type="checkbox"/> あり (期間: 月 日 ~ 月 日) ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし 理由			
		支援策の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用している支援員による支援 ・ <input type="checkbox"/> 委嘱 (業務委託)			
		職場支援員	氏名	稲毛 太郎		
		所属法人等	社会福祉法人美浜の里			
	支給対象期	第 1 期( 令和4 年 7 月 1 日 ~ 令和4 年 12 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。 令和5 年 2 月 13 日 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

支給対象障害者	番号	フリガナ	マクハリ サブロウ	雇用保険被保険者番号	****-*****-*	
		氏名	幕張 三郎			
		障害の種類	<input type="checkbox"/> 身体 <input checked="" type="checkbox"/> 精神 (精神障害者保健福祉手帳の有効期限 令和5年 8月 31日) <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病等患者 <input type="checkbox"/> 高次脳機能			
		支給対象期内の支援方法の変更の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし		支給対象期内の賃金未払い	<input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし
		週所定労働時間	40 時間 / 週		短時間労働該当	<input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし
		継続して雇用(※)する見込みの有無 ※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年以上であることをいう。	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			
		支給対象期内の支給対象障害者の在職状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在職 ・ <input type="checkbox"/> 離職 (離職日 年 月 日) 理由			
		支給対象期内の1か月を超える長期休職の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり (期間: 8月 19日 ~ 10月 5日) ・ <input type="checkbox"/> なし 理由 体調不良のため			
		支援策の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用している支援員による支援 ・ <input type="checkbox"/> 委嘱 (業務委託)			
		職場支援員	氏名	稲毛 太郎		
			所属法人等	社会福祉法人美浜の里		
		支給対象期	第 1 期 (令和4年 7月 1日 ~ 令和4年 12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。 令和5年 2月 13日 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				

4-2 支援状況及び支給申請額 詳細

支給対象障害者	職場支援員氏名	稲毛 太郎		支給対象期中の賃金未払い	<input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし						
	配置の場合	<input checked="" type="checkbox"/> 支給対象期支援実施 ・ <input type="checkbox"/> 離職又は異動等途中中断 (支援を提供しなくなった日 年 月 日 ) { 理由 }									
雇用している職場支援員	支給対象期の職場支援員の支援状況	どのような支援を実施したか具体的に記入してください。 遠隔支援を行った場合は、直近5日分の支援記録を添付してください。									
	支援状況	支給対象期 令和4年7月1日 ~ 令和4年12月31日									
	対象月数	月数	6	か月	金額	40,000円	×	6	か月	=	240,000円
		月数(端数分)	(日)	か月		(日)	円	×	(日)	か月	=
	助成額									a.	240,000円
業務委託した職場支援員	業務委託法人名称	●●●●●株式会社		契約期間	令和4年7月1日 ~ 令和6年6月30日 (2年0か月)						
	委嘱(業務委託)の場合	職場支援員氏名	●●●●●		業務委託契約額	960,000円					
	支援状況	(支給対象期の訪問による面談日と支援内容)									
		面談日 7/5、20 8/6、20 9/6、20 10/6、20 11/6、20 12/5、20 ※どのような支援を実施したか、具体的に記入してください。 (面談記録の提出でも可)									
	対象月数	月数	6	か月	② 上限月額 ×対象月数	40,000円	×	6	か月	=	240,000円
月数(端数分)		(日)	か月	(日)		円	×	(日)	か月	=	円
③ 支援実施日数 (1月あたり4日が上限)	120,000円								助成額 (①②③のいずれか低い額)	b.	120,000円
委嘱した場合	職場支援員氏名	●●●●●		①支給対象期支払額	96,000円						
	支援状況	(支給対象期の訪問による面談日と支援内容)									
		面談日 7/5、20 8/6、20 9/6、20 10/6、20 11/6、20 12/5、20 ※どのような支援を実施したか、具体的に記入してください。 (面談記録の提出でも可)									
	対象月数	月数	6	か月	② 上限月額 ×対象月数	40,000円	×	6	か月	=	240,000円
		月数(端数分)	(日)	か月		(日)	円	×	(日)	か月	=
③ 支援実施日数 (1月あたり4日が上限)	120,000円								助成額 (①②③のいずれか低い額)	c.	96,000円

4-2 支援状況及び支給申請額 詳細

支給対象障害者	職場支援員氏名	稲毛 太郎		支給対象期中の賃金未払い	<input type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし		
	支給対象期の職場支援員の支援状況	<input checked="" type="checkbox"/> 支給対象期支援実施 ・ <input type="checkbox"/> 離職又は異動等途中中断 (支援を提供しなくなった日 年 月 日 ) [ 理由 ]					
雇用している職場支援員	支援状況	どのような支援を実施したか具体的に記入してください。 遠隔支援を行った場合は、直近5日分の支援記録を添付してください。					
		支給対象期	令和4年7月1日 ~ 令和4年12月31日				
	対象月数	月数	4	か月	金額	40,000円 × 4 か月 = 160,000円	
		月数(端数分)		か月		(日) = 円	
	助成額	様式第4号-3において、出勤割合が6割未満の月および出勤日数0日の月を除外した月数となります。				a.	160,000円
業務委託した職場支援員	業務委託法人名称	契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月 日)				
	職場支援員氏名	業務委託契約額	円				
		① 今期分のうち支払済み額	円				
	支援状況	(支給対象期の訪問による面談日と支援内容)					
		月1回以上の訪問面談の実施の有無( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ) (注 訪問日において、支給対象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。)					
2		支給対象期	年 月 日 ~ 年 月 日				
	対象月数	月数		か月	② 上限月額 × 対象月数	40,000円 × か月 = 円	
		月数(端数分)	(日)	か月		40,000円 × (日) = 円	
	③ 支援実施日数 × 10,000円 (1月あたり4日が上限)		円	助成額 (①②③のいずれか低い額)		b.	円
	委嘱した職場支援員	職場支援員氏名	① 支給対象期支払額				円
支援状況		(支給対象期の訪問による面談日と支援内容)					
		月1回以上の訪問面談の実施の有無( <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし ) (注 訪問日において、支給対象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。)					
		支給対象期	年 月 日 ~ 年 月 日				
対象月数		月数		か月	② 上限月額 × 対象月数	40,000円 × か月 = 円	
	月数(端数分)	(日)	か月		40,000円 × (日) = 円		
③ 支援実施日数 × 10,000円 (1月あたり4日が上限)		円	助成額 (①②③のいずれか低い額)		c.	円	

# 支給対象障害者の出勤状況

助成金の種類  
(該当する助成金の口欄にレ点を入れてください。)

職場支援員の配置又は委嘱助成金     職場復帰支援助成金

認定番号	1216-504-●
------	------------

## 支給対象障害者の出勤状況申告欄

フリガナ		カヒン ハナコ					マクハリ サブロウ														
氏名		海浜 花子					幕張 三郎														
退職年月日		年 月 日		退職理由		1 2 3		年 月 日		退職理由		1 2 3		年 月 日		退職理由		1 2 3			
申請年月		所定労働日数		出勤日数		有給休暇等日数		欠勤日数		短時間等切替		所定労働日数		出勤日数		有給休暇等日数		欠勤日数		短時間等切替	
年 月																					
令和4	7	2	2	2	2																
令和4	8	2	0	1	9	1						2	0	1	0	1	9				
令和4	9	1	8	1	8							1	8		0	1	8				
令和4	10	2	1	1	9	2						2	1	1	8		3				
令和4	11	1	8	1	7			1				1	8	1	6		2				
令和4	12	1	8	1	8							1	8	1	7	1					

出勤割合6割未満

出勤日数0日

## 記入上の注意

### 1 添付上の注意事項

- (1) 本様式は、職場支援員の配置又は委嘱助成金及び職場復帰支援助成金について支給申請時に添付して提出していただく書類です。
- (2) 本様式は、同助成金の支給申請に係る支給対象期について、支給対象障害者の出勤状況について申告するものです。

### 2 認定番号の欄について

助成金の認定時に付与された認定番号を記入してください。ご不明のときは、管轄する都道府県支部にお問い合わせください。

### 3 支給対象障害者の出勤状況申告欄について

(1) 「退職理由」及び「退職年月日」欄は、支給対象障害者が退職した場合に記入します。退職理由の番号及び退職年月日は、添付される「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」の記載事項に合致します。

(2) 「申請年月」欄の年、月の欄には、支給対象期の年、月を記入します。

(3) 所定労働日数等は整数で記入してください。申請年月に対応する賃金締切単位の初日から締日までの所定労働日数や出勤日数等を記入してください。

- ① 「所定労働日数」欄には、公休日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記入してください。
- ② 「出勤日数」欄には、①の所定労働日に対して出勤した日数を記入してください。

具体的には、原則として、次の日の合計日数となります。

- ・ 受給資格認定を受けた事業所で所定労働時間の半分以上就労した日
- ・ 出張した日（研修日を含む）
- ・ 休日に出勤した日

③ 「有給休暇等日数」欄には、次の日数の合計日数を記入してください。

- ・ 人工透析のために勤務していない日及び精神障害者にとっては主治医が指定する日に通院したことにより出勤していない日
- ・ 労働基準法第39条に基づく年次有給休暇、同法第65条に定める産前産後の休業を請求したことにより出勤していない日
- ・ 業務上の負傷又は業務上の疾病にかかり療養のために出勤していない日
- ・ 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律に定める休業により出勤していない日
- ・ 慶弔による休暇、夏季休暇といった特別休暇等、退職等であって、就業規則又は雇用契約書等に記載する休暇等により出勤していない日

④ 「欠勤日の日数」欄には、公休日を除き、③以外の理由により休んだ日数を記入して下さい。

なお、生産調整等、会社都合の事由により休んだ日は、就業規則の定めに関わらず、欠勤日として取扱います。

⑤ 「短時間切替え」欄には、短時間労働者を一般(フルタイム)労働者へ変更する場合は「A」を、一般労働者を短時間労働者へ変更する場合は「B」を記入してください。