

9-3 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【職場復帰支援】

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〕 P68 をご覧ください。

職場支援員と同じです。（109 ページ参照）

このファイルでは、4 ページ目に掲載しています

②障害者支給対象障害者の出勤状況（助添付様式第 73 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。

職場支援員と同じです。（113 ページ参照）

このファイルでは、5 ページ目に掲載しています

③職場復帰支援の内訳（助添付様式第 85 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

助添付様式第85号（第1面）

職場復帰支援

医師の意見書の「上記疾病・外傷の療養のために休職等が必要な期間」欄に記載された期間を記載してください。

新規に中途障害となった場合は「新規」に丸をつけ、原因と発生日（事故等は発生日、疾患の場合は最初の診断日）を記入してください。
既往の障害の進行を原因とする場合は「進行」に丸をつけてください。

通勤時間の短縮等のための勤務地変更を行う場合は、通勤時間の短縮であることを明確に記載してください。
支給対象障害者が単身で居住している場合に、親族等と同居できるようにするために勤務地を変更する場合は、支給対象障害者が現在独居であるかどうか、勤務地変更後に親族等と同居する予定であるかどうかおよび同居する予定の親族の住所（市町村名まで）がわかるように記載してください。

援助を行った外部専門家について記載してください。

「支給対象期間」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が6割に満たない月および出勤日数が0日の月を除いた月数を記載してください。

①		フリガナ ミハマ リカバ 支給対象障害者氏名 美浜 若葉		生年月日 1994年
職場復帰の日		2024年11月1日		雇用期間の
療養を要した期間		年 月 日		休職等の
中途障害の原因と発生日		新規 (新規の場合発生日)		
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年以上雇用する見込みの有無				
時間的配慮	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		週5日、1日8時間勤務	
	措置の開始日		2024年11月1日	
	理由 (途中変更有りの場合はその理由も記入してください。)		医師の意見書にもとづき、支給対象障害者の勤務	
	措置の開始日		年 月 日	
職務開発等	従前の職務内容		機械整備・修理 (職業分類番号 60)	
	(変更が有る場合のみ) 従前の所属・部署			
	理由		地域障害者職業センターの援助のもと、より負担の	
	措置の開始日		2024年11月1日	
見直しを支援した 支援者		氏名		
		資格		
本人確認欄		上記の職場復帰のための措置の内容(変更を含む)に間違いがないことを支給対象障害者本人に確認 その他の一切の費用について本人負担がなかった 年 月 日 □は		

対象月数	日数	か月	金額
	月数 (端数分)	(日)	
支給対象期間	第1回目	第2回目	

用意ください。

の内訳

9月1日	年齢 30歳	雇用保険 被保険者番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇
の定め	あり・なし 〔契約期間 年 月 日 ~ 年 月 日〕	
の期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
・進行	申請した障害による本措置に係る 他の助成金の受給実績の有無	あり・なし ありの場合期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)
	あり・なし	
の調整		
変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等	週4日、1日6時間勤務	
の途中変更の有無 (は終了も含みます)	あり・なし	
た措置の開始日	年 月 日	
に係る医師の許可	あり・なし	
時間を短縮するため	行った措置に☑	
と		
	年間計 日まで	
の途中変更の有無 (は終了も含みます)	あり・なし	
た措置の開始日	年 月 日	
に係る医師の許可	あり・なし	
職、職種転換		
変更後の職務内容	一般事務 (職業分類番号 25)	
変更後の所属・部署		
少ない一般事務職に職種転換するため。		
の途中変更の有無 (は終了も含みます)	あり・なし	
た措置の開始日	年 月 日	
所属組織名		
連絡先		
)が現に実施され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 しましたか。あわせて、本助成金の支給申請に要する診断書に係る費用、 ことを支給対象障害者本人に確認しましたか。		
いい	□いいえ	
〇中小企業 6万円	円 × 月 日	円
〇大企業 4.5万円	円 × (日) =	円
支給請求額	円	

どちらかに丸をつけてください。

雇用期間に定めがある場合、契約期間も記載してください。

出勤簿により確認できる、実際の連続した休職等の期間を記載してください。

どちらかに丸をつけてください。

「あり」の場合、受給していた期間も記載してください。

どちらかに丸をつけてください。

措置内容を途中で変更または終了した場合に記載してください。

休職等の前および措置実施後の職務の内容を記載してください。
産業分類番号には、職業安定法第15条の規定に基づき職業安定主管局長が作成する職業分類表(70ページ参照)の中分類を記入してください。この中分類が異なる職種への転換が、本助成金上の職業転換と認められます。

措置内容を途中で変更または終了した場合に記載してください。

本人確認欄は、すべての欄を記入した後に、記載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。

最後にひと月に満たない端数がある場合は、当該ひと月に満たない期間については「月数(端数分)」欄の分子に当該端数となった日数を、分母にひと月に満たない期間の開始日からその次の月の応当日の前日までの日数を記載してください。

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 ☒			
請求事業主		所在地		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	
(フリガナ)		〒0000-0000		千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3		☐ 事業主 ☐ 事業所	
事業主名		株式会社JEED		所員先名称（部署等）		総務部人事課	
(フリガナ)		ダイトウシヨウギョウギョウ マナブ ナコ		担当者氏名		海浜 太郎	
代表者の役職及び氏名		代表取締役社長 幕張 花子		電話番号		043-000-0000	
請求に係る事業所		事業所所在地		助成金振込希望金融機関名			
(フリガナ)		〒0000-0000		金融機関名		〇〇銀行	
事業所名		東京都〇〇区〇〇〇〇1-1-1		支店名		〇〇支店	
株式会社JEED 東京営業所		〇〇〇〇-〇〇〇〇		口座種別		☐ 普通 ☐ 当座 ☐ その他	
「用語解説」ページ③を参照ください。		口座種別		口座番号		〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
中小企業該当の有無 ☐ 有 ☐ 無		産業中分類番号		〇〇		口座名義	
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		提出代行		提出代行	
事務代理者		事務所		住所		電話番号	
事務代理者		事務所		住所		電話番号	
事務代理者		事務所		住所		電話番号	
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	
				千葉 次郎		☐ 雇用中 ☐ 離職	
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	
				千葉 次郎		☐ 雇用中 ☐ 離職	
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）	
				「有」に ☒ した場合は記載してください。		支給請求額（円）	
						〇〇〇, 〇〇〇円	
※処理欄		審査結果		支給・不支給		決定番号	
		決定額		決定日		決定番号	

