

(様式第2号)

障害者介助等助成金（職場復帰支援助成金）
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。

申請年月日 **令和4年6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

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日（都道府県支部）

【事業所情報欄】

(事業所コード)

● ● ● ● ● ● ● ● ● ●

①申請事業主	所在地	(〒 261-****) 千葉県千葉市**区*****	
	(フリガナ) 申請事業主名	ヨウビジネス(株) 雇用ビジネス株式会社	
	(フリガナ) 代表者の役職 及び氏名	ダイョウトリシマリヤク チハハナコ 代表取締役 千葉 花子	
②申請に係る事業所	所在地	(〒 220-****) 神奈川県横浜市**区*****	
	(フリガナ) 事業所名	ヨウビジネス(株)ヨコハマジムシヨ 雇用ビジネス株式会社 横浜事業所	
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 幕張 太郎
	電話番号	(***)****-****	送付先 <input checked="" type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 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
	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業	主たる産業分類	各種商品卸売業
		産業分類番号	50
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	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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： <input checked="" type="checkbox"/> 認定 ・ <input type="checkbox"/> 不認定	認定年月日： 年 月 日
	認定番号：	

【職場定着支援計画】

① 職場復帰の予定日	令和4年8月1日			
② 職場定着支援計画期間	令和4年8月1日	～	令和5年7月31日	
③ 職場定着支援計画期間中に講じる措置の項目 ※講じる措置の該当する項目を「○」で囲んでください。	○ 時間的配慮等 ・ 職務開発等 【※ 上記の職務開発等に伴う講習の実施予定 予定あり (年 月頃) / 予定なし】			
④ 支給対象障害者の詳細	氏名	横浜 一郎		
	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の程度
	年 月 日	年 月 日	精神障害	3級
	平成4 * *	平成25年 * *		
	業務内容	データ入力作業及び郵便物の仕分け		
	在宅勤務該当	在籍出向(出向元企業名)		
	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当 ()		
	雇用保険被保険者番号	****-*****-*		
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当			
⑤ ③の措置の概要	医師の意見書及び支給対象障害者の同意の下、労働時間を調整する。 ※整合化の対応を行った場合 整合化の対応が完了した日 年 月 日			
※労働時間の調整、職種転換又は作業工程の変更を行う場合 ⑥ 休職等の前の内容	休職等の前の所定労働時間、職種又は作業工程 【変更前の労働時間】6時間(午前10時～午後5時) 【変更後の労働時間】4時間(午前10時～午後3時)			
⑦ 上記の職場復帰のための措置内容について同意したことを、支給対象障害者本人に確認しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			