

障害者介助等助成金 (職場復帰支援助成金) 支給申請書 第1期分

申請日 令和5年3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

(〒 261-****)

事業主 所在地 千葉県千葉市**区*****

名称 雇用ビジネス株式会社

氏名 代表取締役 千葉 花子

(〒)

所在地

電話番号

名称

氏名

代理人又は
事務代理人・
提出代行者

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及び支給対象期	第 1215-504-● 号	第 1 期	令和4年8月1日~令和5年1月31日		
② 事業所の名称	雇用ビジネス株式会社 横浜事業所				
③ 事業所の所在地・電話番号	(〒 220 - ****)	電話番号	*** - *** - ****		
	神奈川県横浜市**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	幕張 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	0 0 0 0
	支店名	××支店		コード番号	0 0 1
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他()			
	口座番号	0 ●●●●●●●●			
	(フリガナ)	コウビジネス(カ)			
	口座名義	雇用ビジネス株式会社			
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		※該当有の場合、不支給となる場合があります。		

※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

5-1 職場復帰支援 内訳

①

フリガナ 支給対象障害者氏名	ヨハマ イロウ 横浜 一郎	生年月日	平成4年*月*日	年齢	30歳	雇用保険 被保険者番号	****-*****-	
職場復帰の日	令和4年 8月 1日	雇用期間の定め	あり・なし [契約期間 ~]					
療養を要した期間	年 3か月	休職等の期間	令和4年 5月 1日	~	令和4年 7月 31日			
中途障害の原因と発生日	新規・進行 (新規の場合発生日)					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 (~)	
<input checked="" type="checkbox"/> 時間的配慮 <input type="checkbox"/> 職務開発等	<input checked="" type="checkbox"/> 労働時間の調整							
	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等	10:00~17:00		→	変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等	10:00~15:00		
	措置の開始日	令和4年 8月 1日	措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含まます)		あり・なし			
			変更した措置の開始日		年 月 日			
			内容変更に係る医師の許可		あり・なし			
	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。)	長時間勤務によるストレスの蓄積を回避するため、医師および本人と相談の上、短時間勤務とした。						
<input type="checkbox"/> 休暇の付与								
通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり・実施なし (内容) [年間計 日まで]							
措置の開始日	年 月 日	措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含まます)		あり・なし				
		変更した措置の開始日		年 月 日				
		内容変更に係る医師の許可		あり・なし				
<input type="checkbox"/> 職務内容の変更、職種転換								
従前の職務内容 (変更が有る場合のみ) 従前の所属・部署	(職業分類番号)		→	変更後の職務内容 変更後の所属・部署	(職業分類番号)			
理由								
措置の開始日	年 月 日	措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含まます)		あり・なし				
		変更した措置の開始日		年 月 日				
見直しを支援した 支援者	氏名	所属組織名						
	資格	連絡先						
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)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に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。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、その他の一切の費用について本人負担がなかったことを支給対象							
	令和5年 3月 13日	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		様式第5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。				

②

対象月数	月数	4か月	金額	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 6万円	60,000円 × 4か月	240,000円
	月数 (端数分)	(日) か月		<input type="checkbox"/> 大企業 4.5万円	円 × (日) = 円	
支給対象期	第1期・第2期		支給申請額	240,000円		

5-2 職場復帰支援(職務開発等関係)に伴い実施する講習 内訳

(1) 申請事業所において実施する講習			
①講習名			
②講習実施日	年 月 日 ~	(計	時間)
③講習場所			
④講師名			
⑤講師の略歴	※所属・実務経験年数を記入してください。		
⑥支給対象 障害者氏名			
⑦講習費用			
ア 講師謝金	円	イ 講師旅費	円
ウ 会場使用料	円	エ 教材費・資料代	円
オ その他	円	ア～オの合計	a 円
(2) 外部機関が実施する講習			
①講習名			
②実施機関名			
③講習実施日	年 月 日 ~	(計	時間)
④講習場所			
⑤講師名			
⑥講師の略歴	※所属・実務経験年数を記入してください。		
⑦支給対象 障害者氏名			
⑧講習費用	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 円	×	<div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 人
	[受講料1人当たり]		[支給対象障害者数]
		=	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 円
			b
(3) 賃金相当額			
①	人	×	②
[(1)⑥と(2)⑦の合計]			時間
		×	800円
			=
			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> 円
			c
(4) 支給申請額			
①	基礎額 (a+b+c)	② 企業規模	③主たる事業
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> d	円	<input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
(表)			
	支給額		④ 支給申請額
	中小企業	大企業	
5万円 ≤ d < 10万円	3万円	2万円	
10万円 ≤ d < 20万円	6万円	4万5千円	
20万円 ≤ d	12万円	9万円	
			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> 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	1215-504-●
------	------------

支給対象障害者の出勤状況申告欄

フリガナ		ヨコハマ イロウ																													
氏名		横浜 一郎																													
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															
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		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	
令和4 8		2	2	2	2																										
令和4 9		2	0	1	0		1		9																						
令和4 10		1	8		0			1	8																						
令和4 11		2	1	1	8				3																						
令和4 12		1	8	1	6				2																						
令和5 1		1	8	1	7		1																								

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あつ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、退職等であつて、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。