

5 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

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〕利用事業主の主たる事業所の住所地を管轄する機構都道府県支部

〔提出部数〕様式、助添付様式 3 部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」、
添付書類 2 部（「機構用」、「支部用」）です。

〔提出期限〕①**障害者雇用相談援助事業**

障害者雇用相談援助事業を通じて利用事業主が障害者を対象とした求人（支給対象障害者以外の者のみが対象となる求人を除きます。）を公共職業安定所に申し込んだ日の属する月の翌月末まで

※親事業主等に障害者雇用相談援助事業を行った特例子会社である対象事業者は、
障害者雇用相談援助事業計画期間が終了した日の属する月の翌月末まで

②**支給対象障害者の雇入れおよび雇用継続**

利用事業主が支給対象障害者を雇入れ、さらに6か月以上の雇用継続を行った場合（障害者雇用相談援助事業計画期間内に6か月以上の期間が経過するものに限ります。）で、障害者雇用相談援助事業計画期間が終了した日の属する月の翌月末まで

1 障害者助成金支給請求書（21）（様式第 626 号）の記入方法

1 事業所コード

認定通知書の左上に記載されている事業所コードを記入してください。
不明な場合は、申請書類を提出した都道府県支部にお問い合わせください。

2 請求事業者

都道府県労働局から受給資格認定を受けた申請に係る事業所（認定事業者）の事業主を記入してください。
法人番号は、国税庁が指定する株式会社などの法人等が持つ13桁の番号です。

3 請求に係る事業所

都道府県労働局から障害者雇用相談援助事業の受給資格認定を受けた事業所を記入してください。

4 助成金の種類

支給請求を行う助成金を○で囲んでください。

5 助成金振込希望金融機関

助成金の送金を希望する金融機関名、支店名、コード番号、口座種別（該当するものにチェック）、口座番号、口座名義を記入してください。

6 連絡先

担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

7 提出代行者 事務代理人 代理人

代理人または社会保険労務士が手続を代行する場合に記入してください。

8 支給請求に係る利用事業主

利用事業主について記入してください。

9 障害者雇用相談援助事業に係る支給請求

支給請求額は、利用事業主1社あたり60万円（中小企業または除外率設定業種の利用事業主は1社あたり80万円）を記入してください。

10 支給対象障害者の雇入れ及び雇用継続に係る支給請求

「支給対象障害者の雇入れおよび雇用継続」について支給請求する場合のみ記入してください。
支給請求額は、雇入れおよび雇用継続をした支給対象障害者の人数（注釈）に支給単価（7万5千円）（利用事業主が中小企業または除外率設定業種の事業主である場合は、10万円）を乗じた額となります。

（注釈）支給対象障害者は、4人までが上限となります。

様式第626号

障害者助成金支給請求書(21)
障害者雇用相談援助助成金

1 事業所コード		年月日				
2	次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。		年月日			
	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿 本社所在地 (〒) (フリガナ) 請求事業者 事業主名 法人番号 (フリガナ) 代表者の役職及び氏名					
3	請求に係る 所在地 (〒)		4 助成金の種類 (該当するものを○で囲んでください。) ・障害者雇用相談援助事業助成金 ・対象障害者の雇入れ・雇用継続に係る助成金			
	(フリガナ) 事業所名					
5	助成金振込希望金融機関		5			
	金融機関名	コード番号				
6	支店名		コード番号			
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他				
7	口座番号		5			
	(フリガナ) 口座名義					
6	連絡先	名称及び担当部署	氏名			
7	提出代行者 事務代理者 代理人	<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事務代理者 <input type="checkbox"/> 代理人				
		住所 (〒)	職名・氏名			
8	事務所名		電話番号			
	1 支給請求に係る利用事業主					
8	認定番号	利用事業主名	代表者名			
	法人番号	利用事業主所在地				
9	2 障害者雇用相談援助事業に係る支給請求					
	①実施状況報告書	様式第582号記載のとおり。	②公共職業安定所に求人票を提出した日 年月日			
10	支給請求額 円 (60万円又は80万円 (利用事業主が除外率設定業種である場合))					
	3 支給対象障害者の雇入れ及び雇用継続に係る支給請求 (※特例子会社が親事業主又は関係会社に支援した場合は、雇入又は雇出向させた者を記入)					
10	①フリガナ氏名	生年月日	雇入年月日	障害の種類・程度	労働者の区分	雇用保険被保険者番号
	②フリガナ氏名	生年月日				雇用保険被保険者番号
	③フリガナ氏名	生年月日				雇用保険被保険者番号
	④フリガナ氏名	生年月日	雇入年月日	障害の種類・程度	労働者の区分	雇用保険被保険者番号
	支給請求額 円 (支給対象障害者 人×(支給単価) 千円 (1人当たり7万5千円又は10万円 (利用事業主が除外率設定業種事業主である場合))					
※処理欄	審査結果	支給 ・ 不支給				
	支給決定日	年月日	支給決定番号	-	-	支給決定額 円

助成金の請求日を記載してください。

支給請求を行う助成金に○を記載してください。

雇入れおよび雇用継続に係る支給請求をする場合のみ、記載してください。

2 障害者雇用相談援助事業実施状況報告書（様式第 582 号）の記入方法

様式第582号

障害者雇用相談援助事業実施状況報告書

計画期間	年 月 日から 年 月 日まで	認定番号	
障害者雇用相談援助事業を実施し、又は実施を受け、以下の取り組みを行いました。			
イ 経営陣の理解促進		<p style="text-align: center;">申請事業者が実施した障害者雇用相談援助事業の実施状況について記載してください。</p>	
ロ 障害者雇用推進体制の構築			
ハ 利用事業主内での障害者雇用の理解促進			
ニ 利用事業主内における職務の創出・選定			
ホ 採用・雇用方針の決定			
ヘ 求人への申込みに向けた準備など募集や採用活動の準備			
ト 利用事業主内の支援体制等の環境整備			
チ 採用後の雇用管理や職場定着等			
リ 採用した障害者数		人	又 採用後6か月を経過した障害者数
			人
ル 採用後6か月を経過した障害者のうち、就労継続支援A型事業所に雇用された障害者の人数		人	
報告者(障害者雇用相談援助事業者)		報告者(利用事業主)	
住 所		住 所	
事業者名		事業主名	
代表者役職・氏名		代表者役職・氏名	
作成担当者役職・氏名		作成担当者役職・氏名	
連絡先電話番号		連絡先電話番号	

※留意事項

- 1 リ、ヌ及びルについては、2回目「対象障害者の雇入れ・雇用継続に係る助成金」の支給請求時に記載し、添付すること。
- 2 チについては、1回目の支給請求の際に取組が完了していない場合には、取組中又は取組予定の事項を記載し、2回目の支給請求時に実際に実施した内容を記載すること。なお、2回目の支給請求を行わない場合には、計画終了時点で実施した取組について報告すること。
- 3 ルについては、「ヌ 採用後6か月を経過した障害者数」のうち、就労継続支援A型事業所に採用された障害者（就労継続支援A型事業所の利用者以外の障害者も含む。）の人数を記載すること。該当なしの場合は0人と記載すること。