

4 認定申請書等の記入方法・記入上の注意

申請にあたっては、認定申請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〕 事業計画を開始する日から起算して 1 か月前まで

1 障害者助成金受給資格認定申請書（20）（様式第 520 号）の記入方法

1 事業所コード

過去に当機構の助成金を活用した事業所のある対象事業者である場合は、その際に付番された事業所コードを記入してください。

不明な場合は、利用事業主の主たる事業所の所在地を管轄する都道府県支部にお問い合わせください。

2 申請事業者

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 申請に係る事業所

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 本社または主たる事業所の雇用保険適用事業所番号

本社または主たる事業所の雇用保険適用事業所番号を記入してください。

5 助成金受給資格認定通知書の送付先

希望する送付先にチェックをしてください。

6 特例子会社の該当・非該当

該当する箇所にチェックを記入してください。

7 主たる事業の産業分類および産業中分類番号

総務省の定める日本標準産業分類より記入してください。

8 連絡先

担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

9 提出代行者 事務代理者 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。

10 障害者雇用相談援助事業者の概要

都道府県労働局へ届け出た内容のとおり記載してください。

③ウについて、一の対象事業者における 1 人の事業実施者あたり、年間（各年の 4 月 1 日から翌年の 3 月 31 日まで）30 件が上限となります。

11 利用事業主及び支援計画の概要

利用事業主に確認のうえ、記載してください。

2 障害者雇用相談援助事業計画書（様式第 581 号）の記入方法

様式第581号

障害者雇用相談援助事業計画書

利用事業主名				代表者役職・氏名	
事業計画期間	年 月 日から 年 月 日まで				
イ 経営陣の理解促進	原則として、<u>1年</u>が限度となります。 利用事業主の了承を得たうえで、申請事業者が支援する内容について具体的に記載してください。 利用事業主において、イから八までのうち既にノウハウを有する項目がある場合は、<u>省略することも可能ですが、イから八までの全部の項目を省略することはできません。</u>				
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	都道府県労働局に認定を受けた共同実施者がある場合、記載してください。				
リ 特例子会社から親事業主又は関係会社に採用される又は在籍出向させる人数等（特例子会社で該当する場合にのみ記入）	人 支援計画期間終了後の予定人数 人				
共同実施者					
実地調査等の利用事業主等の同意	☐ 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援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又は実地調査を行う際に協力します。				
障害者雇用相談援助事業計画書作成者（事業者）			障害者雇用相談援助事業計画書確認者（利用事業主）		
実地調査等の協力について、利用事業主等の同意が必要です。					
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		

(R6.4.1)

3 支給要件確認申立書（様式第540号）の記入方法（表面）

様式第540号

支給要件確認申立書（助成金）	
事業主記載事項	
○ 事業活動等に係る状況（はい又はいいえのどちらかを○で囲んで（裏面の「記載にあたっての留意点」の内容を了解した上でご回答）「障害者雇用相談援助」と記載してください。	
1 障害者雇用納付金関係助成金の不正受給等により不支給措置が執られている。	（はい・いいえ）
2 労働関係法令違反により送検処分を受けている。 認定申請を行おうとする日の前日から起算して過去1年以内に当該処分を受けた。	（はい・いいえ）
3 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等の社会保険料等を支払っていない。	（はい・いいえ）
4 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を行っている事業主である。	（はい・いいえ）
5 次の（1）～（8）までに掲げるいずれかに該当する暴力団関係事業所の事業主である。 （1）事業主、又は事業主が法人である場合、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。）のうちに暴力団員に該当する者がいる。 （2）暴力団員をその業務に従事させ、又は従事させるおそれがある。 （3）暴力団員がその事業活動を支配している。 （4）暴力団員が経営に実質的に関与している。 （5）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、暴力団の威力又は暴力団員を利用するなどしている。 （6）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。 （7）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。 （8）（1）から（4）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。	（はい・いいえ）
6 役員等が、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恐れがある団体等に属している。	（はい・いいえ）
7 役員等の氏名、役職及び生年月日が記載されている別紙「役員等一覧」又は同内容の記載がある書類を添付している。	（はい・いいえ）
8 次の（1）から（3）までに掲げる事項全てについて、あらかじめ同意する。 （1）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。）が助成金の支給に係る審査等に必要事項についての確認を機構が行う場合には協力します。	（はい・いいえ）
認定申請書に記載した申請日と同じ日を記載してください。	

1から8までの記載事項については、いずれも相違なく、変更が生じた場合は速やかに申し出ます。また、1から8までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を機構が行う場合には協力します。

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
申請事業主 所在地 事業主名 法人番号 代表者の役職及び氏名			
申請に係る事業所 所在地 事業所名			
連絡先 所属先名称（部署等）及び氏名 電話番号			
代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者の表示） 所在地 電話番号 名称 登録番号 氏名			

（裏面に続く）

4 利用事業主に係る要件確認申立書の記入方法（表面）

利用事業主に係る要件確認申立書（障害者雇用相談援助助成金）

確認事項	
○ 事業活動等に係る状況 （裏面の「確認にあたっての留意点」の内容を了解した上でご回答ください。） 1 障害者雇用納付金関係助成金の不正受給等により不支給措置が執られている。 2 労働関係法令違反により送検処分を受けている。 認定申請を行おうとする日の前日から起算して過去1年以内に当該処分を受けた。 3 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等の社会保険料等を支払っていない。 4 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を行っている事業主である。 5 次の(1)～(8)までに掲げるいずれかに該当する暴力団関係者である。 申請事業者は、利用事業主が申立書の内容に該当しないことを確認したうえで、必要事項を記載して提出してください。 (1) 事業主、又は事業主が法人である場合、当該法人の役員に該当する者がいる。 (2) 暴力団員をその業務に従事させ、又は従事させるおそれがある。 (3) 暴力団員がその事業活動を支配している。 (4) 暴力団員が経営に実質的に関与している。 (5) 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、暴力団の威力又は暴力団員を利用するなどしている。 (6) 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。 (7) 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。 認定申請書に記載した申請日と同じ日を記載してください。 (8) 暴力団関係者として活動を行った又は行う恐れがある団体等に属している。	

私が「障害者雇用相談援助事業」を実施する事業主（利用事業主名）について、上記1～6に掲げるいずれの事項にも該当しないことを確認しました。

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
申請事業主 所在地 事業主名 法人番号 代表者の役職及び氏名			
申請に係る事業所 所在地 事業所名			
連絡先 所属先名称（部署等）及び氏名 代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者の表示） 所在地 名称 氏名			
		電話番号	
		電話番号	
		登録番号	

（裏面に続く）