|  |
| --- |
| **障害者雇用相談援助助成金** |
| **障害者助成金受給資格認定申請書（２０） チェックリスト**  **（太枠内に記入してください。）** |

１．添付する書類の「事業所チェック欄」の番号に○を記入してください。

様式第6号－３９

R06.04版

都道府県コード

機構支部受理番号

申請日 年 月 日

申請事業主名

申請に係る事業所名

２．事業所チェック欄の番号順に並べてまとめて、提出してください。

３．以下の提出書類のほか、審査にあたって、他の関係書類を提出していただく場合がありますので、あらかじめご了承ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所チェック欄 | 提出書類 | 提出部数 | 注意事項 | | 機構支部チェック欄 | 備考 |
| １ | 支給要件確認申立書（様式第５４０号） | 3部 |  | | １ |  |
| 2 | 障害者助成金受給資格認定申請書（２０) （様式第５２０号） | 3部 |  | | ２ |  |
| 3 | 障害者雇用相談援助事業計画書（様式第５８１号） | 3部 |  | | ３ |  |
| ４ | 今回申請する措置について国等の機関から補助金等（本助成金の支給対象費用と同じ範囲の費用かつ同じ期間を対象とするものに限る。）を受ける場合は、当該補助金等の支給対象経費を明記した規程等および補助金等の対象項目別補助額を記載した補助金等申請書（写）または決定通知書（写） | ２部 | 決定していない場合は、支給請求時に添付 | | ４ |  |
|  | | 機構支部担当者 | |  | | |