

障害者助成金支給請求書（21）
障害者雇用相談援助助成金

		受理年月日（障害者助成部）		受理年月日	
		認定申請書に記載の事業所番号を記載してください。			
事業所コード		チェックボックスがある項目については、該当するものすべてにチェックしてください。			
		申請しようとする助成金に○			
次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。					
20**年 〇〇月 〇〇日					
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（〒〇〇〇-〇〇〇〇）					
千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3					
請求事業者		(フリガナ) カブシキガイシャ ジーエド 事業主名 株式会社 J E E D 法人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 (フリガナ) タイヨウトリシマリヤクシヤチュウ マカハリ タロウ 代表者の役職及び氏名 代表取締役社長 幕張 太郎			
請求に係る事業所		所在地（〒〇〇〇-〇〇〇〇） 東京都〇〇区〇〇〇〇〇1-1-1 (フリガナ) カブシキガイシャ ジーエド トキョウエイギョウシヨ 事業所名 株式会社 J E E D 東京営業所			
連絡先		名称及び担当部課名 総務部人事課		氏名 海浜 花子	
		電話番号 043-000-0000			
提出代行者 事務代理人 代理人		☐ 提出代行者 ☐ 事務代理人 ☐ 代理人 住所 (〒 -) 事務所名		職名・氏名 電話番号	
1 支給請求に係る利用事業主					
認定番号		1701-000-000000		利用事業主名 株式会社△△△△	
		代表者名		代表取締役 検見川 次郎	
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 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	
支給請求額 〇万 円（60万円又は80万円（利用事業主が中小企業事業主又は除外率設定業種事業主である場合））					
3 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、雇用又は出向させた者を記入）					
フリガナ氏名		生年月日		雇入れ年月日	
障害の種類・程度		労働者の区分		雇用保険被保険者番号	
①チバ サブロウ 千葉 三郎		〇年〇月〇日		〇年〇月〇日	
②					
③					
④					
2および3は、該当する支給請求について記載してください。					
支給請求額 〇〇円（支給対象障害者1人× 〇〇円（1人当たり7万5千円又は10万円（利用事業主が中小企業事業主又は除外率設定業種事業主である場合）））					
4 支給要件確認申立書の確認項目の変更					
認定申請時に提出した支給要件確認申立書（様式第540号）により確認した項目内 ☐ 有 ☐ 無 ※支給要件確認申立書の内容は裏面を確認してください。万が一、認定申請時と変更がある場合、認定取り消しとなる場合があります。					
5 補助金等との調整		① 支給対象費用を対象とする国等の機関からの補助金等の受給の有無 ☐ 有 ☐ 無		② ①で有の場合、補助金等の支給機関名及び補助事業名（支給機関名）（補助事業名） ☐ 有 ☐ 無 ③ 補助金等の額 ☐ 有 ☐ 無 「有」にチェックした場合は記載してください。	
※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	

障害者雇用相談援助事業実施状況報告書

計画期間	〇〇〇〇 年〇〇月〇〇日から 〇〇〇〇年〇〇月〇〇日まで	認定番号	1701-〇〇〇-〇〇〇〇	
変更後の計画期間(※1)	年 月 日から 年 月 日まで	本事業に係る事業実施者	様式 五郎	
事業計画に基づき、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		変更承認された期間があれば記載してください。		
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		イからチまでについて、認定された事業計画書に基づき、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(支援内容)を記載してください。 ※支給対象となる障害者雇用相談援助事業は、申請事業者が、利用事業主の了承を得た上で作成した障害者雇用相談援助事業計画書に基づき、原則として項目イから項目チまでの全ての支援を、公共職業安定所への求人の申込み前に行い、当該障害者雇用相談援助事業により、公共職業安定所への求人の申込みにつながったものとなります。		
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(※2)		リ、ヌ、ルについては、「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てください。		
リ 採用した障害者数		2 人(※3)	ヌ 採用後6か月を経過した障害者数	1 人(※3)
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				0 人(※3、※4)
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	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3	住 所	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇1-2-3	
事業者名	株式会社JEED	事業主名	株式会社△△△△	
代表者役職・氏名	代表取締役社長 幕張 太郎	代表者役職・氏名	代表取締役社長 検見川 次郎	
作成担当者役職・氏名	〇〇〇 〇〇	作成担当者役職・氏名	〇〇 〇〇	
連絡先電話番号	043-000-0000	連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	

留意事項
※1 計画期間については、認定を受けた計画期間を記載し、機構の承認を受けて計画期間を変更した場合は、変更後の計画期間も併せて記載すること。
※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 リ、ヌ及びブルについては、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すること。
※4 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。