

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○で囲んでください。)(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 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。 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。 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。 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。 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な事項について確認・実地調査を行う際に協力すること。 (2)不正受給を行った場合、機構が不支給措置を講じるほか、当該事業主名等を公表すること。 (3)不正受給等により受給した助成金又はその他の請求金(①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から不正受給により返還を求められた額の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額)を返還又は納付等すること。	申請する助成金の名称を記載してください。 (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) 「はい」または「いいえ」どちらかに○をつけてください。 (はい・いいえ) (はい・いいえ) (はい・いいえ) 障害者雇用相談援助助成金を申請する場合のみ記載してください。

1から8まで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。

また、申請する助成金が障害者雇用相談援助助成金である場合においては、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 **株式会社△△△△**)について、上記1から6まで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。これについても変更が生じた場合は速やかに申し出ます。

認定申請書に記載の申請日と同じ日付を記載してください。

〇〇〇〇年 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

申請事業主	所在地	千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3
	事業主名	株式会社JEED
	法人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	代表者の役職及び氏名	代表取締役社長 幕張 太郎
申請に係る事業所	所在地	東京都〇〇区〇〇〇〇1-1-1
	事業所名	株式会社JEED 東京営業所
連絡先	所属先名称(部署等)及び氏名	総務部人事課 海浜 花子
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 043-000-0000
	名称	電話 番号
	氏名	登録 番号

(裏面に続く)

役員等一覧

法人名

株式会社JEED

法人番号

〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

事業所名称

株式会社JEED 東京営業所

雇用保険適用事業所番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇

役員等氏名 (漢字)	役員等氏名 (カナ)	役職	生年月日
幕張 太郎	マクハリ タロウ	代表取締役社長	〇年 〇月 〇日
〇〇 〇〇	〇〇〇 〇〇〇	取締役	〇年 〇月 〇日
〇〇〇 〇〇	〇〇〇〇 〇〇〇	監査役	〇年 〇月 〇日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日

注1) 法人番号は、平成27年10月以降国税庁長官から本社等に通知された13桁の番号を記載してください。

注2) 「役員等」とは、事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者をいいます。

注3) 個人事業主の場合、事業主本人について記載ください(役職除く)。

注4) 役員等の就任中に氏名の変更等があった場合は、変更前の氏名(旧姓)も併記してください。

障害者助成金受給資格認定申請書（20）
障害者雇用相談援助助成金

事業所 コード	000000	0000	0
------------	--------	------	---

次のとおり助成金の受給資格の認定を受けたいので申請します。
2020年 00 月 00 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（〒 0000- 0000 ）
千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3

（フリガナ）
申請事業者 事 業 者 名 カバシカグイシヤ ジー ト
株 式 会 社 J E E D
法 人 番 号 0000000000000000
（フリガナ）
代表者の
役職及び氏名 ダイエイトリシマリヤクシヤチョウ マカハリ タロウ
代表取締役社長 幕張 太郎

申請に係る 所在地（〒 0000- 0000 ）
事業所 東京都00区000001-1-1
（フリガナ）
事業所名 カバシカグイシヤ ジー ト トウキョウエイゲョウシヨ
株 式 会 社 J E E D 東 京 営 業 所

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日

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。

本社又は主たる事業所の雇用保険適用事業所番号
00000-0000000-0
助成金受給資格認定通知書の送付先
☐ 事業主 ☐ 事業所
特例子会社の該当・非該当
☐ 該当 ☐ 非該当
主たる事業の産業分類及び産業中分類番号
△△△△業 0 0

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 事務代理者 代理人	☐ 提出代行者 ☐ 事務代理者 ☐ 代理人		
	住所	(〒)	電話番号
	事務所名		職名・氏名

1 障害者雇用相談援助事業者の概要（②及び③は、障害者雇用相談援助事業者の認定申請の際に労働局に提出した実施体制の届出書の事業運営責任者又は事業実施者のうち、この申請に係る担当を記載してください。）

①障害者雇用相談援助事業者の認定を受けた労働局名	00 労働局	②申請に係る事業運営責任者名	美浜 若葉
--------------------------	--------	----------------	-------

③申請に係る事業実施者			
労働局で認定を受けた者を記載してください。			
ア 氏名	様式 五郎	イ 申請事業者とは別の障害者雇用相談援助事業者において事業実施者の登録を受けている者の該当	☐ 該当 ☐ 非該当
ウ 同一年度に助成金の対象となる相談援助事業の実施回数 (イが有の場合は、申請事業者とは別の障害者雇用相談援助事業者において助成金の対象となる相談援助事業の実施した回数を含めて記載。)			0 回

2 利用事業主及び支援計画の概要（障害者雇用相談援助事業計画書は添付の様式第581号の）

①利用事業主法人番号	0000000000000000	②利用事業主名	株式会社△△△△
------------	------------------	---------	----------

③除外率設定事業所の有無 ☐ 有 ☐ 無		④企業規模 ☐ 大企業 ☐ 中小企業	
同設定事業所名	株式会社△△△△	主たる事業の産業中分類名・同中分類番号	△△業 0 0
産業中分類名	△△業	資本金の額・出資の総額	00, 000, 000 円
産業中分類番号	00	常時雇用する労働者の数	000 人

⑤申請事業者の親事業主又は関係会社 (障害者雇用相談援助事業者が特例子会社の場 合に記入)	☐ 親事業主 ☐ 関係会社	⑥障害者雇用0人事業主の該当	☐ 該当 ☐ 非該当
---	---	----------------	--

⑦障害者法定雇用率未達成事業主の該当	☐ 該当 ☐ 非該当	⑧就労継続支援A型事業所の有無	☐ 有 ☐ 無
--------------------	--	-----------------	---

3 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)	③ 補助金等の額 「有」にチェックした場合は記載してください。 円
---------------	--	--	---

※処理欄	審査結果	認定 ・ 不認定		
	認定日	年 月 日	認定番号	—

障害者雇用相談援助事業計画書

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。

利用事業主名	株式会社△△△△		代表者役職・氏名	代表取締役社長 検見川 次郎
事業計画期間	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		訪問予定日	〇〇〇〇年〇月〇日
イ 経営陣の理解促進				
支援のため訪問することが確実な日を記載してください。				
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				
ニ 利用事業主内における職務の創出・選定				
イからチまでの事業計画については、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を具体的に記載してください。				
ホ 採用・雇用方針の決定				
※利用事業主において、イからハまでのうち、すでにノウハウを有する項目がある場合は省略することも可能ですが、イからハまでの全部の項目を省略することはできません。				
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				
該当する場合のみ記載してください。				
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)				
1 人 支援計画期間終了後の予定人数 1 人				
共同実施者	☐ 有 (共同実施者:) ☐ 無			
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)	
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		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