

3 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意

①障害者職場実習・職場見学等受入計画認定申請書（様式第1号）の記入方法

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〕申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部（以下「支部」といいます。）

〔提出方法〕①管轄する支部に持参または郵送 様式・助添付様式3部、添付書類2部を提出してください。

②e-Gov電子申請サービスを利用して送信 申請書類の提出方法は、機構ホームページでご確認ください

〔提出期限〕支援事業の提出期限については、詳しくは機構ホームページ（<https://www.jeed.go.jp/>）

様式第1号

障害者職場実習・職場見学等受入計画認定

1. 事業所コード

過去に当機構の助成金等を活用した事業所は、付番されている事業所コードを記入してください。

※ご不明の場合は支部にお問い合わせください。

3. 申請事業主

- ・代表者名欄は、代表者の役職名および氏名を記入してください。
- ・フリガナを記入してください。

4. 申請に係る事業所

- ・実習等を実施する事業所について記入してください。
- ・フリガナを記入してください。

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。

※手続きの代行は、社会保険労務士のみ可能です。（行政書士、司法書士等は手続できません。）

6. 職場実習に係る要件等の記載欄

- ・1から4まである要件から、該当する1つにチェックを入れてください。公共職業安定所において職場実習計画が策定されている場合は4になります。
- ・1もしくは2の要件の場合は、当該年度における実施回数を記入してください。また、当該年度に実施した実習の合計回数を記入してください。
- ・申請日から起算して過去3年間の雇用状況を記入してください。

事業所コード									
次のとおり障害者職場実習実施・職場見学等受入計画の認定を受けたいので申									
年									
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	(〒)							
	(フリガナ) 事業主名								
申請に係る事業所	事業所所在地	(〒)							
	(フリガナ) 事業所名								
提出代行者 事務代理人	<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事務代理人 <input type="checkbox"/> 代理人								
	住所	(〒)							
事務所名									
1 職場実習実施計画（様式第2号のとおり）									
申請事業主の要件（申請日から起算して過去3年間の雇用状況を記載の上、該当									
<input type="checkbox"/> 1 これまで過去3年間、障害者を雇用したことがない事業所の事業主である。									
<input type="checkbox"/> 2 これまで身体障害者又は知的障害者以外の障害者を雇用したことがない									
<input type="checkbox"/> 3 これまで過去3年間において障害者を雇用している事業所の事業主であ									
<input type="checkbox"/> 4 初めて一般就労を目指す障害者等の職場実習を受け入れる事業所の事									
申請事業主（カッコ内は申請事業所における雇用状況）における過去3年間									
		申請日				1年前の			
		(年 月 日)	(年 月			年 月			
常用労働者総数			() 人			()			
うち身体障害者数			() 人			()			
うち知的障害者数			() 人			()			
うち精神障害者数			() 人			()			
うち発達障害者数			() 人			()			
うち難病等患者数			() 人			()			
うち高次脳機能障害者数			() 人			()			
2 職場見学等受入計画									
申請事業主の要件（いずれかに該当する必要があります。）									
<input type="checkbox"/> 1 障害者の雇用の促進等に関する法律第44条の特例子会社である。									
<input type="checkbox"/> 2 障害者の雇用の促進等に関する法律第77条のものに認定事業主であ									
<input type="checkbox"/> 3 申請事業所が重度障害者多数雇用事業所である。									
<input type="checkbox"/> 4 障害者雇用率が過去3年間5%以上であり、この申請日の前日から起									
<input type="checkbox"/> 5 職場見学等を希望する事業主が特定の障害分野における障害者の雇									
用者の経験を3年以上有しており、雇用障害者のうち当該障害分野の									
算して過去3年間、自己都合又は懲戒解雇など本人の責めに帰すべき									
3 職場実習の実施又は職場見学等の受入れに係る費用等について、国、地方									
(この補助金等を受ける場合は、職場実習及び職場見学等受入に係る謝金等は									
※処理欄	審査結果	認定	・	不認定	認				
	認定番号	第							

い。【電子申請のご案内：<https://www.jeed.go.jp/disability/subsidy/e-shinsei/index.html>】
subsidy/s_syokubajisyu_jigyosub04_syokubajisyu.html) をご覧いただくか、支部にお問い合わせください。

(R6.4.1)

申請書

請します。
月 日

受理年月日(障害者助成部)		受理年月日	
法人番号			
本社又は主たる事務所の雇用保険適用事業所番号			
認定通知書の送付先・連絡先			
送付先・連絡先の所属	<input type="checkbox"/> 事業主	<input type="checkbox"/> 事業所	
所属先名称(部署等)			
担当者氏名			
電話番号			
申請の種類			
<input type="checkbox"/> 職場実習計画		<input type="checkbox"/> 職場見学等受入計画	
電話番号			
職名・氏名			
同一年度の実習実施回数	回目 (1から4までの累計の合算)		
するものをチェックしてください。)			
(同一年度実習実績回数: 回)			
事業所の事業主である。(同一年度実習実績回数: 回)			
って、これまで雇用経験のない障害種別の			
業主である。(公共職業安定所が職場実習計画を策定する事業主)			
の雇用状況			
状況	2年前の状況		3年前の状況
日)	(年 月 日)	(年 月 日)	(年 月 日)
)人	()人	()人	()人
)人	()人	()人	()人
)人	()人	()人	()人
)人	()人	()人	()人
)人	()人	()人	()人
)人	()人	()人	()人
)人	()人	()人	()人
る。			
算して過去3年間、自己都合又は懲戒解雇など本人の責めに帰			
用に係る知見を必要としている場合には、当該障害分野の障害者			
障害者が占める割合が30%以上、かつ、この申請日の前日から起			
理由以外の理由により離職した障害者がいない事業主である。			
公共団体その他公共機関からの補助金等の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
(支給できません。)			
定年月日	年 月 日		
受理番号			

2. 法人番号および雇用保険適用事業所番号
法人番号および雇用保険適用事業所番号を記入してください。

5. 障害者職場実習・職場見学等受入計画認定通知書の送付先・連絡先
希望する送付先にチェックをし、担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

7. 職場見学に係る要件等の記載欄
1から5までである要件のうち、該当するものにチェックを入れてください。

8. 国、地方公共団体その他公共機関からの補助金等の有無
職場実習の実施または職場見学等の受入れに係る費用等について、補助金等の有無を記入してください。

②障害者職場実習計画書（様式第2号）の記入方法（申請事業主の要件1から3の場合）

様式第2号

障害者職場実習計画書

※実習対象者1名につき1枚作成してください（ 枚中 枚目）

1 事業所名

--

2 事業主名

--

3 実習を指導する者

(1) 実習担当者（実習事業所の従業員の中から選任）		<p>1. 実習担当者の記載欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・雇用保険の適用を受けている従業員の中から、実習対象者が従事する業務に精通し、実習対象者の作業指導に適任と思われる者を選任してください。 ・実習対象者が従事する業務に関する経歴等を記入してください。
(フリガナ)		
実習担当者氏名		
経歴		
(2) 実習指導員（実習指導員を委嘱した場合に記入）		<p>2. 実習指導員の記載欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・従業員以外の者を、実習指導員として対価を支払い委嘱した場合、記入してください。 ・実習指導員の要件を具備しているか、確認できるよう詳細に記入してください。
(フリガナ)		
実習指導員氏名		
経歴		

4 職場実習対象者

(フリガナ)		障害の種類・程度	
氏名			
生年月日	年 月 日 (歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
支援機関名		<p>3. 職場実習対象者の記載欄</p> <p>対象者について要件の確認、依頼元である支援機関等の情報も含めて記入してください。</p>	
支援機関所在地			
電話番号		登録公共職業安定所名	公共職業安定所
以下の項目について <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する			
① 過去3年間において、次のaからdまでのいずれかに該当する者である。			
a 実習事業所において職場実習を行ったことがある			
b 実習事業所において雇用関係、出向、派遣、請負、アルバイト、事前研修等により就労したことがある			
c 実習事業所において職場適応訓練を受けたことがある。			
d 実習事業所の事業主（法人にあっては代表者）又は取締役の配偶者若しくは3親等内の親族又は姻族			
② 学校教育法に規定する学校（幼稚園及び小学校を除く。）の生徒及び学生のうち卒業年次でない。			

5 実習期間

年 月 日 () ~ 年 月 日 () () 日間

6 実習時間

時 分 ~ 時 分 (実働時間： 時間 分、休憩： 分)

7 実習の目的

--

8 実習の日程・内容

日程	
	<p>4. 実習の詳細記載欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「5 実習期間」は、1週間から1か月の範囲内で記載してください。併せて、職場実習の日数を3日から10日の範囲内で、何日間か記入してください。 ・「6 実習時間」は、拘束時間を記載してください。併せて、実労働時間と休憩時間の内訳を記入してください。 ・「7 実習の目的」と「8 実習の日程・内容」は、依頼元である支援機関等と確認の上、詳細に記入してください。 <p style="text-align: center;">5. 必要な項目のチェック 必ずチェックしてください。</p>

本障害者職場実習実施計画について、上記のとおり相違ないことを職場実習対象者、実習担当者及び実習指導員に確認させていること。	<input type="checkbox"/> 確認させた <input type="checkbox"/> 確認させていない
---	--

本障害者職場実習実施計画について、上記の5から8までについて相違ないことを本実習の依頼元である支援機関に確認させていること。	<input type="checkbox"/> 確認させた <input type="checkbox"/> 確認させていない
--	--

年 月 日	事業所名 _____ 代表者名 _____
-------	--------------------------