

障害者職場実習等受入謝金等支給請求書

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日

事業所コード * * * * * * * * * * * * * * * *

次のとおり請求します。
 **** 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

請求事業主	所在地	(〒 ***-****) 千葉県千葉市 * * * * * * * *	支給決定通知書の送付先・連絡先(変更)	
	(フリガナ)事業主名	カブシキガイシャコヨウ 株式会社koyou	送付先・連絡先の所属	<input checked="" type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所
	(フリガナ)代表者の役職及び氏名	ダイエイウトリシマリヤク コヨウ タロウ 代表取締役 雇用 太郎	所属先名称(部署等)	総務部〇〇課
			担当者氏名	幕張 若葉
請求に係る事業所	事業所所在地	(〒 ***-****) 千葉県千葉市 * * * * * * * *	金融機関名	〇〇銀行
	(フリガナ)事業所名	カブシキガイシャコヨウ 株式会社koyou	支店名	〇〇支店
			口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
			口座番号	*****
提出代行者 <input type="checkbox"/> 事務代理人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/>		住所	〒 ()	職名・氏名
		事務所名		電話番号

提出代行者	<input type="checkbox"/> 事務代理人	<input type="checkbox"/> 代理人
住所	〒 ()	職名・氏名
事務所名		電話番号

1 この支給請求書で請求する認定番号等
 (1) 認定番号 第 ****-****-*** 号 (2) 職場実習・職場見学受入期間 ** 年 5月 10日 ~ ** 年 5月 20日

2 職場実習実施結果
 (1) 職場実習の実施状況 職場実習実施結果報告書、実習指導員(委嘱)活動実績報告書のとおり

① 職場実習受入謝金							
実習対象者名	職場実習計画日数	3H以上実習を行った日(ア)	謝金の額(ア×5,000円)	同一年度に受給した謝金等の額(ウ)	同一年度に受給できる額(50万円-ウ。もにす認定事業主は100万円-ウ。)(エ)	※3H以上職場実習を行った日が職場実習計画日数の5割未満である場合は支給しません。	
海浜 次郎	6 日	6 日	30,000 円	0 円	500,000 円		
	日	日	円				
	日	日	円				
合計(イ)			30,000 円	イとエの小さい額(A)	30,000 円		
②実習指導員への謝金		委嘱した実習指導員の氏名	職場実習期間における支援時間の合計(ア)	(ア)×2,000円(B)	③保険料(C)		
			時間	円	円		

3 職場見学受入結果
 (1) 職場見学の実施状況 職場見学受入結果及び職場見学対応者実施報告書のとおり

① 職場見学受入謝金					
1H以上見学受入を行った日(ア)	謝金の額(イ)(ア×5,000円)	同一年度に受給した謝金等の額(ウ)	同一年度に受給できる額(60万円-ウ。もにす認定事業主は100万円-ウ。)(エ)	イとエの小さい額(D)	
日	円	円	円	円	
② 委嘱した職場見学等対応者への謝金		受入期間中における対応時間の計(ア)	謝金の額(エ)(ア×2,000円)	支給請求額(A+B+C+D+Eの合計)	
		時間	円	円	

必ず記載してください。

職場実習・職場見学に係る費用等について、国、地方公共団体その他公共機関からの補助金・助成金等の有無(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支給できません。)

(有 無)

※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	第 号	支給決定額	円

