

障害者助成金受給資格認定申請書(1)チェックリスト

障害者作業施設設置等助成金(第1種作業施設設置等助成金)

(太枠内に記入して下さい。)

申請事業主名	〇〇〇株式会社	申請日	令和●年7月1日
申請に係る事業所名	〇〇〇株式会社 千葉支店	都道府県コード	
		支部受理番号	

(例)  
・視覚障害者の雇入れに伴い、点字ブロック(附帯施設)と拡大読書器、画面読み上げソフト、点字ディスプレイ(作業設備)を申請する場合  
・第1種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金で申請の場合は、様式第6号-2のチェックリストを使用(チェック項目は同様)

- (注)
1. □については、記載事項を確認の上、チェックを入れてください。
  2. 事業所チェック欄には、添付した書類の番号等を○で囲んでください。
  3. 提出書類は番号等の順に整理してください。
  4. 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。

この助成金の認定申請日までの間に以下の2項目いずれにも該当しない。

①この認定申請と同一の事業主が支給を受けた助成金(障害者作業施設設置等助成金、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金)において、支給対象障害者が自己都合離職等以外の離職をした(但し、該当する助成金の支給決定日から2年、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金については5年を経過した場合は除く)。

②この認定申請と同一の事業主が支給を受けた助成金(障害者作業施設設置等助成金、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金)において、支給対象障害者が離職(自己都合離職を含む)した後代替雇用をしていない(但し、代替雇用のない中高年齢等障害者作業施設設置等助成金における離職を含む)の支給決定日から2年、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金については5年を経過した場合は除く)。

事業所 チェック欄	提出書類	提出の要否			注 意 事 項	支部 チェック欄	備 考
		施設	附帯	設備			
1	支給要件確認申立書(様式第540号)	○	○	○		1	
2	障害者助成金受給資格認定申請書(1)(様式第601号)	○	○	○		2	
3	助成金(認定申請・支給請求)明細書(助添付様式第1号)	○	○	○		3	
4	助成金申請に係る支給対象障害者(助添付様式第64号)	○	○	○		4	
5	身体障害者手帳(写)、療育手帳(写)、精神障害者保健福祉手帳(写)等支給対象となる障害者の障害の種類、程度を証明するもの 統合失調症、そううつ病(そう病及びうつ病を含む。)又はてんかんにかかっている者で、精神障害者保健福祉手帳(写)が提出できない場合は、主治医の診断書又は意見書(写)	○	○	○	対象障害者が申請時点で雇用されて6か月を超える期間が経過している場合で、支給対象障害者が中途障害者となった場合、又は障害の重度化が認められる場合は、当該事実が確認できる次のいずれかの書類を添付 ①障害者手帳(写) ②指定医(「身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)」の第15条による都道府県知事の定める医師)の診断書(写)、又は内部障害以外の身体障害者の場合は産業医の診断書(写) ③精神障害者の場合は左の書類  (障害特性と申請内容との関連を明らかにする医師の診断書等は、機構が必要と認める場合は添付)	5	
6	雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)(写)	○	○	○	・特定短時間労働者である場合は、雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)(写)は不要 ・雇入れ予定者であって認定までに提出できない場合は、支給請求時に添付(認定時には、雇用契約書(案)、労働条件通知書(案)等、雇用予定日が確認できる書面を添付)	6	
7	雇用契約書(写)、労働条件通知書(写)等支給対象となる障害者の労働条件が確認できるもの	○	○	○	・期間の定めのない労働者等で雇用契約書等を取り交わしていない場合は、就業規則及び辞令等労働条件が確認できる書類(写)を添付 ・タイムカード(写)、出勤簿(写)等の出勤状況が確認できるもの及び賃金台帳(写)については、直近1か月分	7	
8	タイムカード(写)、出勤簿(写)等の出勤状況が確認できるもの	○	○	○	・労働条件通知書(写)及び賃金台帳(写)において社会保険の加入状況が確認できない場合は、社会保険の加入が確認できる書類又は加入義務がないことの説明書を添付すること。	8	
9	賃金台帳(写)	○	○	○	・支給対象障害者が認定申請日時点で雇用されて6か月を超える期間が経過している場合 ①人事異動等の場合は、人事異動等の辞令(写)等、人事異動等の事実が客観的に確認できる書類を添付 ②中途障害者に係る職場復帰の場合は、休職辞令(写)等、休職期間及び職場復帰日が客観的に確認できる書類(写)を添付	9	
10	雇用障害者の助成金認定・支給及び補充状況調書(助添付様式第2号)	○	○	○		10	
11	事業計画書(1)(助添付様式第65号)	○	○	○	下記12に該当しない申請の場合に添付	11	
12	事業計画書(1-2)(助添付様式第5号)	○	○	○	次のいずれかの場合に添付 ①申請額が1,000万円以上の場合 ②新規設立事業所であって支給対象障害者数が10人以上をもって認定申請する場合	12	
13	事業計画書(1-2)の添付書類 就業規則(写)	○	○	○		13	

事業所 フェック欄	提出書類	提出の要否			注意事項	支部 フェック欄	備考
		施設	附帯	設備			
14	設置、整備に係る設計図書等 (作業施設、附帯施設の申請の場合)					14	
①	① 施設の増築、改築又は大規模な模様替を行う場合				認定申請の内容に応じて、左の書類のうち、施設の設置整備の内容が分かる図面・写真等を添付	①	
イ	イ 設計図書(次の実施設計図)(写) a 建築意匠図 工事概要、付近見取図、特記仕様書、面積区分表、外部・内部仕上表、配置図、平面図、立面図、断面図、鉅計図、平面図詳細図、展開図、建具表、外構図 b 建築構造図(写) 仕様書、地質柱状図(ボーリングデータ)、各状図、各軸組図、部材リスト c 電気設備図(写) d 給排水設備図(写) e 機械設備図(写) (A4判二つ折り製本図)	○	○		・トイレ、階段昇降機等の新規設備の設置等を行う場合はそのカタログ(定価が記載されているもの)を添付 ・施設の増築、改築又は大規模な模様替の場合は、現状の建物の写真及び図解による当該計画の説明書を添付 ・添付写真は、隣地の建物の位置、敷地の勾配等が分かるように撮影すること。	イ	
□	□ 増築、改築又は大規模な模様替を行う建物(既存建物)の検査済証(写)  (注) 1 大規模な模様替とは「主要構造部(壁、柱、床、はり、屋根又は階段)の一種以上について行う過半の改修」をいう。 2 特記仕様書は、最新の公共建築工事標準仕様書により作成すること。 3 設計図書及び設計内訳書は、建築設計事務所が作成したものであること。				紛失等により添付できない場合は、地方公共団体が発行する検査済証に関する証明書等または一級建築士の報告書等及び建築確認済証(写)等で代えることができること。 ※詳細確認のため申請内容に応じ追加図面等の提出を求められる場合があります。	□	
②	② 改修(床面の平坦化、トイレ、手摺り、スロープ等の新設・増設・改修を行う場合であって①に該当しない工事)を行う場合				左の書類のうちイの平面図については、以下の要件が必要 ・平面図は見積書記載事項との照合が可能で面積が分かる図面であること。 ・トイレの改修の場合は、平面図に天井の高さ、仕上表及び衛生器具一覧表を記載。また、便器の交換だけでなく建具等も改修する場合は建具表を添付 ・玄関、カーポート等で庇を設ける場合は、断面図を添付(市販の庇を設置する場合はカタログによることができます。)	②	
イ	イ 改修前・改修後の平面図(写)、展開図(写)(スロープの改修等は断面図(写))					イ	
□	□ 電気や配管に及び改修の場合は、電気設備図(写)、給排水設備図(写)					□	
ハ	ハ トイレ、昇降機等の設置等新規設備の設置を行う場合はそのカタログ及び定価がある場合は定価が記載されている価格表(写)					ハ	
ニ	ニ 現状のカラー写真(多方向から撮影され、工事内容と照合できるものであること。)	○	○			ニ	
ホ	ホ 改修を行う建物(既存建物)の検査済証(写)				建築基準法において、建築確認が必要とされる工事に係る申請であって、紛失等により添付できない場合は、地方公共団体が発行する検査済証に関する証明書等または一級建築士の報告書等および建築確認済証(写)等で代えることができること。 建築確認を要しない既存の建物の改修の場合は、上記のほか下記①～③の全てを提出することにより認定申請を行うことが可能です。 ① 建築確認済証(写)等 ② 建物の登記簿謄本(写)又は登記事項証明書(写) ③ 改修工事等に係る誓約書(様式第583号) ※詳細確認のため申請内容に応じ追加図面等の提出を求められる場合があります。	ホ	
③	③ 設計図書の添付書類(①、②共通)					③	
イ	イ 設計内訳書(見積明細書)(写)	○	○		・設計図書と整合した設計内訳書(見積明細書)であること。 ・価格の妥当性を確認するため、設計内訳書(見積明細書)は内訳が分かるよう提示したものであること(衛生設備等においては、定価が記載されているもの(カタログを含む。))を添付。 ※支給対象費用が150万円以上1,000万円以下の場合、3者以上の見積もり比較が必要であり、支給対象費用が1,000万円を超える場合は一般(指名)競争入札を実施する必要があります。なお、3者以上の見積もりの比較が必要な場合は、認定申請時に取得した見積もり全ての提出が必要です。(事前着手申出書の提出をされた場合は関係書類の提出が必要)	イ	
□	□ 建築確認済証(写)	○	○		建築基準法により、対象とする施設等が建築確認申請を要する場合に添付(昇降機等の場合で、建築確認申請を必要とする場合も含む。) ※申請中であって認定までに提出できない場合は、支給請求時に添付(認定時には、建築確認申請書(写)を添付)	□	
ハ	ハ 土地登記簿謄本及び公図(写)	○	○		左記ハ、ニは申請内容が上記14の①に該当し、左記ハ、ニの書類の内容に変更が生じる場合に添付	ハ	
ニ	ニ 既存建物登記簿謄本(写)	○	○			ニ	
ホ	ホ 労働者就労配置図及び設備配置図	○	○		・対象障害者を含む全ての労働者及び既存設備についても記載 ・建物入口から就業場所までの動線及び就業場所から対象施設までの動線(作業施設の場合は不要)が確認できる全体図を添付のこと。	ホ	
へ	へ 賃貸借契約書(写)及び所有者の改修等承諾書(写)	○	○		申請内容が賃借施設等に係る施設の改修等の場合に必要	へ	
ト	ト 支給対象障害者の自動車運転免許証(写)	○	○		駐車場の整備を行う場合に添付(表裏両面の写しを提出)	ト	

事業所 チェック欄	提出書類	提出の要否			注意事項	支部 チェック欄	備考
		施設	附帯	設備			
15	設備、整備に係る関係図面等（作業設備の申請の場合）					15	
①	① 設備カタログ又は設備設計図（写）			○	定価のある設備については、定価が記載されているもの。	①	
②	② 改造前の既存設備写真			○	既存設備に改造を行う場合に添付	②	
③	③ 設備見積明細書（写）			○	設備の設置、整備に係る設備見積明細書 ※1 設備のみの申請の場合は、設備を配置する施設の付近見取図、配置図、平面図、構造図（重量設備の設置整備時）を添付 ※2 定価のある設備については、当該定価が記載されているもの ※3 支給対象費用が150万円以上1,000万円以下の場合、3者以上の見積もり比較が必要であり、支給対象費用が1,000万円を超える場合は一般（指名）競争入札を実施する必要があります。なお、3者以上の見積もりの比較が必要な場合は、認定申請時に取得した見積もり全ての提出が必要です。（事前着手申出書の提出をされた場合は関係書類の提出が必要）	③	
④	④ 労働者就労配置図及び設備配置図			○	対象障害者を含む全ての労働者及び既存設備についても記載（施設の申請も行う場合において施設の図面に添付した場合は不要）	④	
⑤	⑤ 運転に資格を要するものについては資格証明書（写）			○	自動車運転免許証（写）、フォークリフト技能講習修了証（写）等（表裏両面の写しを提出）	⑤	
16	支給対象施設・設備の資産計上 <input checked="" type="checkbox"/> 「支給対象施設または設備の取得価額が50万円以上の場合、申請事業主自らの資産に計上する」ことについて承諾しました。	○	○	○	ごあんないに記載された支給条件※を確認し、承諾する場合は、左欄の口にチェックを入れること。 ※「支給の条件」の「②資産計上に関すること」 「助成金の支給を受けた事業主は、支給対象施設または設備の取得価額が50万円以上の場合、申請事業主自らの資産に計上しなければなりません。」	16	
17	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及び対象項目別補助額を記載した補助金等申請書（写）又は決定通知書（写）	○	○	○	決定していない場合は、支給請求時に添付	17	
18	事前着手申出書（様式第560号） <input checked="" type="checkbox"/> 事前着手申出書 留意事項の内容を承諾しました。 事前着手申出書の提出の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有にチェックの場合 認定申請書の支部受付日より前に認定申請に係る作業施設等の設置または整備における施工業者等への <input checked="" type="checkbox"/> 申入れをしません。 <input checked="" type="checkbox"/> 発注をしません。 <input checked="" type="checkbox"/> 契約をしません。 <input checked="" type="checkbox"/> 支払いをしません。 <input checked="" type="checkbox"/> 着工をしません。 ※無にチェックの場合 受給資格認定より前に、認定申請に係る作業施設等の設置または整備における施工業者等への <input type="checkbox"/> 申入れをしません。 <input type="checkbox"/> 発注をしません。 <input type="checkbox"/> 契約をしません。 <input type="checkbox"/> 支払いをしません。 <input type="checkbox"/> 着工をしません。	○	○	○	「事前着手申出書 留意事項」を必ず熟読し、承諾すること。その内容を承諾する確認として左欄の口にチェックを入れること。	18	
申請事業主担当者	総務課 × × × ×			支部担当者			

支給要件確認申立書 ( 第1種作業施設設置等 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。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
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。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
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。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
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。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
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。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
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。	(はい) <input checked="" type="radio"/> いいえ
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。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
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。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

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)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。

申請日を記入

令和●年 7月 1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	東京都○○区×××3-2-1
	事業主名	○○○株式会社
	法人番号	1234567891234
	代表者の役職及び氏名	代表取締役 ×× ○○
申請に係る事業所	所在地	千葉県○○市△△区□□1-2-3
	事業所名	○○○株式会社 千葉支店
連絡先	所属先名称(部署等)及び氏名	総務課 ×× ××
	電話番号	043-***-****
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	千葉県△△市○○区□□3-2-1
	名称	社会保険労務士法人○○事務所
	電話番号	043-000-0000
	登録番号	1221xxxx
	氏名	社会保険労務士 ○○ □□

(裏面に続く)

本助成金に関し、審査に必要な事項についての確認又は実地調査を独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が行う場合には協力します。

また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為により申請事業主等が、本来受けることのできない助成金を受けた又は受けようとした場合であって、代理人等が故意に不正受給に関与していた場合(偽りその他不正の行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合を含む。)は、

1. 申請事業主等が負担すべき一切の債務について、申請事業主等と連帯し、請求があった場合、直ちに請求金(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指す。以下について同じ。)を弁済すべき義務を負うこと
2. 代理人等に係る事務所(又は法人等)の名称、所在地、氏名及び不正の内容等が公表されること
3. 不認定、認定の取消し、不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して5年間(取り消した日から起算して5年を経過した場合であっても、不正受給に係る請求金が全額納付されていない場合は、時効が完成している場合を除き、納付日まで)は、障害者雇用納付金制度に基づく助成金に係る代理人が行う申請又は社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請が受理されないことについて承諾します。

代理人が申請する場合のみ必ず記入

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	千葉県△△市○○区□□3-2-1	電話番号	043-000-0000
	名称	社会保険労務士法人○○事務所	登録番号	1221xxxx
	氏名	社会保険労務士 ○○ □□		

記載にあたっての留意点

- 一 この様式第540号は、障害者雇用納付金関係助成金(以下「助成金」という。)の認定申請の際又は記載内容に変更があった等により機構から提出を求められた際に、ご提出ください。  
同時に複数の助成金の申請をする場合は、認定申請書ごとにこの様式の提出が必要です。
- 二 この様式の1～6で「はい」に○を付けた場合は、助成金の支給を受けることができません。また7及び8で「いいえ」に○を付けた場合も、助成金の支給を受けることはできません。この様式の提出後に1～6で「はい」に該当することとなった場合についても、助成金の支給を受けることができませんのでこの様式の内容に変更が生じた場合は、変更が生じた日から1か月以内に機構へ申し出てください。なお、申し出なかった場合には、不正受給となる場合があります。
- 三 表題の「支給要件確認申立書(助成金)」内には、認定申請に係る助成金の名称をご記入ください。
- 四 1及び8における「不正受給」とは、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の受給資格の認定及び支給を受け、又は受けようとするをいいます。
- 五 1は、助成金の不正受給等により不支給措置が執られているかどうかについて、該当箇所に○を付けて下さい。
- 六 2は、認定申請の場合は認定申請する日の前日から起算して過去1年以内に労働基準法(昭和22年法律第49号)等の労働関係法令の違反により、送検処分を受けているかどうかについて該当箇所に○を付けてください。また、重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金又は重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金の支給請求の際、提出される場合は、「認定申請する日の前日」を「支援計画書作成年月日の前日」に読み替えるものとします。
- 七 3は、法令に基づき社会保険等に加入していない場合を除き、助成金の認定申請における支給対象障害者及び介助者等について、社会保険等が未加入又は未払であるかどうかについて該当箇所に○を付けてください。
- 八 4は、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第2条第4項に規定する接待飲食等営業(同条第1項第1号に該当するものに限り。)、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(接待飲食等営業又は同条第6項に規定する店舗型風俗特殊営業を営む者から委託を受けて当該営業の営業所において客に接する業務の一部を行うこと(当該業務の一部に従事する者が委託を受けた者及び当該営業を営む者の指揮命令を受ける場合を含む。))を内容とする営業に限る。)を行っている事業主であって、助成金の支給を受けようとするものをいいます。
- 九 5における「暴力団員」とは、「暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律」(平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。)第2条第6号に規定する暴力団員をいい、「暴力団」とは、暴力団対策法第2条第2号に規定する暴力団をいいます。
- 十 6は、役員等が破壊活動防止法第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のある団体等に属しているかどうかについて、該当箇所に○を付けてください。
- 十一 7で、別紙「役員等一覧」を添付しない場合は、同内容が記載された別の書類を提出してください。

不正受給及び不正受給に対する措置について

- 1 「不正受給」とは、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の受給資格の認定又は支給を受け、若しくは受けようとするをいいます。
- 2 不正受給を行った事業主等に対しては、不正受給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)について返還及び納付並びに助成金の5年間の不支給措置を講じるほか、機構のホームページに事業主名等を公表します。
- 3 支給対象事業主以外で偽りその他不正の行為に関与した事業主に対しては、2の返還金又はその他の請求金について、不正受給を行った申請事業主等と連帯し、請求があった場合に弁済していただくほか、併せて助成金の5年間の不支給措置及び機構のホームページに事業主名等を公表します。
- 4 不正受給を行った事業主等の役員(偽りその他不正の行為に関与した者に限り。))が、他の事業主等の役員である場合は、この他の事業主等に対しては、助成金の5年間の不支給措置を講じます。
- 5 代理人等が偽りの届出、報告、証明等を行い、助成金の受給資格の認定及び支給を受け、又は受けようとした場合は、2の返還金又はその他の請求金について、不正受給を行った申請事業主等と連帯し、請求があった場合に弁済していただくほか、併せて助成金の5年間の不支給措置及び機構のホームページに代理人等名等を公表します。

また、不正受給により生じた助成金又はその他の請求金の返還又は納付の履行が終了していない事業主等は、時効が成立している場合を除き、助成金の支給を受けることができません。

役員等一覧

法人名           〇〇〇株式会社          

法人番号           1234567891234          

事業所名称           〇〇〇株式会社 千葉支店          

雇用保険適用事業所番号           ××××-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
×× 〇〇	*****	代表取締役	****年 〇月 △日
△△ 〇〇	*****	取締役	****年 **月 *日
□□ ××	*****	取締役	****年 *月 **日
〇〇 △△	*****	取締役	****年 **月 **日
〇× △×	*****	取締役	****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(1)

事業所コード ○ ○ × × \* \* \* \* \* \*

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。

令和●年 7月 1日

受取年月日(障害者助成部) 受取年月日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

この申請書で申請する助成金

①  第1種作業施設設置等助成金

②  第2種作業施設設置等助成金

③  第1種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金

④  第2種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金

⑤  障害者福祉施設設置等助成金

⑥  重度障害者等通勤対策助成金(住宅の新築等)

⑦  重度障害者等通勤対策助成金(住宅の賃借)

⑧  重度障害者等通勤対策助成金(駐車場の賃借)

⑨  重度障害者等通勤対策助成金(通勤用自動車の購入)

⑩  重度障害者等通勤対策助成金(通勤用バスの購入)

⑪  重度障害者等通勤対策助成金(住宅手当の支払)

過去に当機構の助成金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

該当の助成金名をチェックしてください

主たる事務所の雇用保険適用事業所番号  
××××-○○○○○-△

法人番号 1234567891234

助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先

送付先・連絡先の所属  事業主  事業所

申請事業主

所在地 (〒 111 - 0000 )  
東京都○○区×××3-2

希望する通知書の送付先を  
チェックしてください

所属先名称(部署等) 総務課

氏名 ×× ××

(フリガナ) 事業主名 ○○○カブシキガイシャ

代表者の役職及び氏名 ダイヒョウトリシマリヤク ○○  
代表取締役 ×× ○○

代表者の役職及び氏名

電話番号 043 ( ××× ) ○○○○

助成金振込金融機関等

金融機関名 ××銀行 金融機関コード 0 | 1 | 2 | 3

支店名 △△△支店 支店コード 0 | 0 | 0

口座種別  普通  当座  その他

口座番号 0 1 2 3 4 5 6

(フリガナ) ○○○カブシキガイシャ

口座名義 ○○○株式会社

申請に係る事業所

所在地 (〒 123 - 0000 )  
千葉県○○市△△区

施設・設備を設置・整備する事業所について記入

(フリガナ) 事業所名 ○○○株式会社 千葉支店

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 職名・氏名

事務所名 電話番号

該当の場合、チェックの上必要事項を記入

1 この申請書で申請する支給対象障害者  助添付様式第○号

2 関係者との取引の有無  対象施設等の所有者又は施工若しくは関係者である

事前着手申出書を提出せず、認定日以降に着手(口頭発注を含む)する場合はこちらにチェック

事前着手申出書の提出予定(①③⑤⑥⑨⑩の助成金の場合)  有り  無し

契約締結日・予定日 令和●年 7月 2日  認定後契約締結

申請の内容

A 施設・住宅手当  作業施設・福祉施設  作業施設・福祉施設に附帯する施設  住宅(二世帯用 単身者用)

駐車場(自宅側 事業所側)  住宅手当の支払

該当する項目をチェック

B 設備・バス・自動車  作業設備  福祉施設に付属する設備

通勤用バス  通勤用自動車

設備の名称 拡大読書器、画面読上げソフト、点字ディスプレイ

3 助成金申請額 (①③⑤⑥⑨⑩の助成金の場合に記入)

	a 助成措置に係る必要費用	b 支給対象費用	c 助成率 <input type="checkbox"/> 1/3 <input checked="" type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	d 支給限度額	e 助成金申請額 [b×c]の額又はdの額のいずれか
申請額 (①③⑤の助成金の場合は合計額を記載)	以下必要経費の合計額 2,226,000 円	以下内訳の合計額 1,747,500 円		4,500,000 円	以下内訳で算出した金額の合計額 1,165,000 円
①③⑤の助成金の内訳					
作業施設		解体、撤去対象外経費を除く、 1,430,000 円	<input checked="" type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3		支給対象費用に助成率を掛けた額(端数は1円未満切捨て) 733,333 円
附帯施設		1,100,000 円			
作業設備	796,000 円	647,500 円			431,667 円

1 国等の機関からの補助金等の受給の有無  有  無

2 左記1が有の場合、本助成金と同じ支給費用を対象とするものの有無  有  無

3 左記2もあつた場合、右欄に補助金等の支給機関名を記入  有  無

支給機関名 補助金等の額

1が「有」の場合記載

処理欄 ※ 国等の機関から補助金等の受給している場合は1の欄「有」に、受給していない場合は「無」にチェックしてください。2の欄は1の欄で「有」にチェックした場合、「有」または「無」をチェックしてください。2の欄で「有」の場合は3の欄に「支給機関名」および「補助金等の額」を記入してください。

作業設備 円

助成金 (認定申請・支給請求) 明細書

該当する助成金を○で囲む。

- 第1種作業施設設置等助成金
- 第1種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金
- 障害者福祉施設設置等助成金

認定申請を○で囲んでください

(事業所名)

会社 千葉支店

所属・氏名)

総務課 × × × ×

作業施設・福祉施設の増築、改修等の場合にのみ記載してください

該当の助成金名を

① 作業施設・福祉施設の増築・改築等経費

支給対象面積の算出

(作業施設) 作業施設の面積	作業施設の就労人員 (就労配置図の人数)	1人あたりの作業施設の面積
(福祉施設) 福祉施設の面積	福祉施設の支給対象障害者数	1人あたりの福祉施設の面積 (ウの面積と2.8㎡のいずれか小さい面積をエに記入)
ア ㎡	イ 人	ウ ㎡
1人あたりの支給対象面積	支給対象障害者数	支給対象面積
エ ㎡	オ 人	カ ㎡ (1㎡未満は切り捨て)

① 工事名	建築単価の算出 (「標準工事費」の標準価額と比較し、いずれか少ない額をコに記入)				助成金算出基礎額		
	キ 施設全体の工事費	ク 施設全体の面積	ケ 1㎡あたりの工事費	コ 支給対象建築単価	支給対象面積(カ)	支給対象建築単価(コ)	支給対象費用
工事名	円	㎡	円	円	㎡	円	円

申請内容に応じて①～③欄に以下を記入してください

- ① 作業施設・福祉施設の増築・改築等経費(作業施設・福祉施設の申請のみ)
- ② 附属施設の設置・整備経費(附属施設の申請のみ)
- ③ 作業設備等の設置・整備経費(作業設備の申請のみ)
  - ・工事に係る見積書もしくは見積明細書に基づき、記入してください
  - ・「工事・購入額」欄には、撤去費用等、助成金の対象とならない費用も含めた金額を記入してください
  - ・「助成金算出基礎額」欄には、助成金の対象となる費用を記入してください

購入							
消費税							
合計					支給対象費用 (作業施設) (福祉施設)		円

② 工事名	工事・購入額 (認定申請時: 見積額)			助成金算出基礎額		
	数量	単価	工事・購入金額	数量	単価	支給対象費用
工事名	台(式)㎡	円	円	台(式)㎡	円	円
点字ブロック設置工事	1	1,300,000	1,300,000	1	1,000,000	1,000,000
小計			1,300,000			1,000,000
消費税			130,000			100,000
合計			1,430,000			1,100,000

・作業施設(福祉施設)、附属施設、作業設備(付属設備)の各金額の合計を記入してください  
 ・障害者助成金受給資格認定申請書(1)(様式第601号)の支給対象費用の金額と一致させてください

③ 品名	購入額 (認定申請時: 見積額)				助成金算出基礎額			
	使用人員	数量	単価	購入金額	対象障害者数	数量	単価	支給対象費用
品名	人	台(式)	円	円	人	台(式)	円	円
拡大読書器(非課税)	1	1	210,000	210,000	1	1	198,000	198,000
画面読み上げソフト	1	1	60,000	60,000	1	1	60,000	60,000
点字ディスプレイ(非課税)	1	1	520,000	520,000	1	1	383,500	383,500
小計				790,000				641,500
消費税				6,000				6,000
合計				796,000				647,500

拡大読書器1台あたりの支給対象費用上限額は198,000円、点字ディスプレイ1台あたりの支給対象費用上限額は383,500円です。

備考

## 助成金申請に係る支給対象障害者

支給資格認定申請書により申請する支給対象障害者について記載してください(表内の口は、該当するものにレ点を入れてください)

当該項目をチェックしてください

該当の項目をチェックしてください。  
 一般：週所定労働時間が30時間以上  
 短時間：週所定労働時間が20時間以上30時間未満  
 特定短時間：重度身体、重度知的、精神障害者であって、週所定労働時間が10時間以上20時間未満

(フリガナ)氏名	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の等級・程度	雇用後中途障害者区分	在宅勤務区分	事業主と同居の親族	労働者区分	雇用保険被保険者番号	
ジョセイ ハナコ 助成 花子	平成●年○月△日 <input type="checkbox"/> 35歳以上(注1)	令和●年7月1日	身体障害(視覚障害)	1級	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 特定短時間(注4)		
日常的に使用する装具	中高年齢等作業施設設置等助成金を申請する場合で、認定申請日時点において35歳以上に該当する場合チェックしてください		サービスセンター内における電話対応業務。事務日誌等日々の記録作成等の事務処理業務。		同一又は同種の助成金(注2)の受給歴(障害者作業施設設置等助成金を申請する場合に記載) 過去に、対象障害者として助成金を受給していた場合は該当の助成金名を○で囲んでください			在籍出向(出向元企業名) 雇用保険被保険者資格取得確認通知書(写)に記載の番号を記入してください		
白杖	中途障害者等の職場復帰日等(注3)	受傷等年月日	年月日	職場復帰年月日	年月日	障害者手帳等の交付日	年月日	人事異動の発令日等(又は職務内容の変更日)	年月日	
(フリガナ)氏名	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の等級・程度	雇用後中途障害者区分	在宅勤務区分	事業主と同居の親族	労働者区分	雇用保険被保険者番号	
日常的に使用する装具(杖、車いす等)があれば記入してください	年月日 <input type="checkbox"/> 35歳以上(注1)	年月日			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 特定	該当する場合に日付を記入してください 人事異動の辞令等事実が客観的に確認できる書類の人事異動の発令日等を記入してください	
日常的に使用する装具	仕事の内容等	中途障害者等の職場復帰日等(注3)	受傷等年月日	年月日	職場復帰年月日	年月日	障害者手帳等の交付日	年月日	人事異動の発令日等(又は職務内容の変更日)	年月日

注1 「生年月日」欄において、中高年齢等障害者作業施設設置等助成金を申請する場合で、認定申請日において支給対象障害者が35歳以上に該当する場合は、チェックを記入してください。  
 注3 「中途障害者等の職場復帰日等」欄は、障害者作業施設設置等助成金又は中高年齢等障害者作業施設設置等助成金を申請する場合において、中途障害者等に対する施設・設備の設置又は整備について申請する場合に記載してください。  
 注4 重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者であって、特定短時間労働者(週当たりの所定労働時間10時間以上20時間未満)に該当する場合にチェックを記入してください。

注2 同種の助成金の略称  
 「1作」…第1種作業施設設置等助成金  
 「1高作」…第1種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金  
 「1雇」…第1種雇入れ設備設置等助成金  
 「1中作」…第1種中途障害者作業施設設置等助成金  
 「更新」…障害者作業設備更新助成金  
 「2作」…第2種作業施設設置等助成金  
 「2高作」…第2種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金  
 「2雇」…第2種雇入れ設備設置等助成金  
 「2中作」…第2種中途障害者作業施設設置等助成金  
 「改善」…障害者処遇改善施設設置等助成金

雇用障害者の助成金認定・支給及び補充状況調書

助成金 **認定申請** 支給請求 用

令和●年 7月 1日 (認定申請時・支給請求時) 現在

今回の申請に係る支給対象障害者の氏名を記入してください

雇入れ年月日を記入してください

過去に認定および支給を受けた助成金がある場合、助成金の種類、認定年月日、認定番号、支給決定年月日を記入してください

申請する助成金名を記入し認定申請に○をつけてください

事業所名 ○○○株式会社 千葉支店  
総務課 ×× ××

No.	① 氏名	② 雇入れ年月日	助成金の種類	認定年月日		支給決定年月日	離職年月日	離職理由(注)	離職に係る補充者				④ 備考
				認定番号	認定年月日				氏名(生年月日)	雇入れ年月日	雇用保険被保険者番号	障害の種類及び程度	
1	助成 花子	令和●年7月1日		● ●	● ●	● ●	● ●		( ● ● )	● ●			
2		● ●		● ●	● ●	● ●	● ●		( ● ● )	● ●			
3		● ●		● ●	● ●	● ●	● ●		( ● ● )	● ●			
4		● ●		● ●	● ●	● ●	● ●		( ● ● )	● ●			
5													
6													
7													
8													
9													
10													
計	名												

・ 今回の申請に係る支給対象障害者以外に、過去に障害者作業施設設置等助成金および重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金の支給対象となった障害者がいる場合は、その障害者の氏名、雇入れ年月日、障害の種類および程度を記入してください。なお、当該支給対象障害者が離職している場合は、離職年月日、離職理由、離職に係る補充者(氏名、生年月日、雇用保険被保険者番号、障害の種類および程度)を記入してください。(ただし、障害者作業施設設置等助成金の支給決定日(2種は支給期間の最後の支給請求に係る支給決定日)から2年、重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金は支給決定日から5年を経過したものを除きます。)

・ 過去に「重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金」を受給した実績のある場合は、事業計画書にその旨記載してください。また、各都道府県労働局が取扱っていた「中小企業障害者多数雇用施設設置等助成金」を受給した場合でも同様にその旨記載してください。

(注) 離職理由は「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」に記載の「喪失原因」の番号を転記してください。

# 事業計画書 (1)

申請に係る助成金名(該当する助成金名の□に)

- ①  第1種作業施設設置等助成金
- ②  第2種作業施設設置等助成金
- ③  第1種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金
- ④  第2種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金
- ⑤  障害者福祉施設設置等助成金
- ⑥  重度障害者等通勤対策助成金(住宅の新築等)
- ⑦  重度障害者等通勤対策助成金(住宅の賃借)
- ⑧  重度障害者等通勤対策助成金(駐車場の賃借)
- ⑨  重度障害者等通勤対策助成金(通勤用自動車の購入)
- ⑩  重度障害者等通勤対策助成金(通勤用バスの購入)
- ⑪  重度障害者等通勤対策助成金(住宅手当の支払)

該当の助成金名を  
チェックする

(事業所名)

〇〇〇株式会社 千葉支店

(作成者 所属・氏名)

総務課 × × × ×

( 令和●年 7月 1日 作成)

## 1 申請に係る事業主・事業所(事業主団体)の概要

フリガナ	〇〇〇カブシキガイシャ	フリガナ	〇〇〇カブシキガイシャ チバシテン
事業主名 事業主団体名	〇〇〇株式会社	事業所名	〇〇〇株式会社 千葉支店
フリガナ	ダイエウトリシマリヤク × × 〇〇	事業所設立 年月日	平成〇〇年 × 月 〇 日
代表者の 役職及び氏名	代表取締役 × × 〇〇	常用労働者数	全常用労働者数      うち障害者数
沿革  (設立年月日 合併 名称変更等)		企業全体	250      20
		申請事業所	70      6
事業の種類又は 主な取扱品	全体	特例子会社の 該当・非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
	申請 事業所	就労移行支援事業所の 該当・非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
	その他のサービス業 電話等により顧客サポート、苦情対応 などの顧客対応の窓口業務	就労継続支援事業所の 該当・非該当・種類	<input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当
資本金額(基本金)		申請事業所において認定申請時に雇用 している常用雇用労働者数(内訳含 む)を記載してください。1申請に係 る事業主・事業所(事業主団体)の概 要「常用労働者数(申請事業所)」と 一致させてください	
申請事業所における雇用状況			

申請事業所が、特例子会社・  
就労移行支援事業所・就労継  
続支援事業所の場合は、該当  
箇所をチェックしてください

申請事業所において認定申請時に雇用  
している常用雇用労働者数(内訳含  
む)を記載してください。1申請に係  
る事業主・事業所(事業主団体)の概  
要「常用労働者数(申請事業所)」と  
一致させてください

	① 常用労働者総数 (②+③+④+⑤)		③ 知的障害者数		④ 精神障害者数	⑤②~④の障害者以外の 労働者数
	重度 身体障害者	重度以外の 身体障害者				
認定申請時	70 人	3 人	2 人	1 人	0 人	64 人

企業全体における認定申請時から過去1年間の障害者離職状況  
(障害者福祉施設設置等助成金の認定申請の場合のみ記載)

ア 離職した障害者数	アのうち自己都合離職の人数	アのうち事業主都合による解雇	アのうちその他の理由による離職
人	人	人	人
記入不要			

2 申請施設・設備等の必要理由

(支給対象障害者の雇い入れ又は雇用の継続にあたって次の措置を行う必要があるとする理由(注1)を、中高年齢等障害者作業施設設置等助成金の申請の場合は、対象障害者が加齢に伴って生ずる心身の変化により職場への適応が困難となった理由とその課題、雇いを継続するに当たって執る必要な措置(注2)について具体的に記載してください。

(注1) 支給対象作業施設等の設置又は整備を行わなければ、雇入れ又は雇用の継続が困難である理由

(注2) 対象となる措置は支給対象障害者の障害に起因する措置に限ること

施設・設備等の設置整備又は措置の区分(□にレ点を入れてください。)

<input type="checkbox"/> 作業施設・福祉施設	<input checked="" type="checkbox"/> 作業・福祉施設に附帯する施設	<input checked="" type="checkbox"/> 作業設備	<input type="checkbox"/> 福祉施設に附帯する設備
<input type="checkbox"/> 住宅( <input type="checkbox"/> 世帯用 <input type="checkbox"/> 単身用 )	<input type="checkbox"/> 駐車場( <input type="checkbox"/> 自宅側 <input type="checkbox"/> 事業所側 )		
<input type="checkbox"/> 通勤用バス	<input type="checkbox"/> 通勤用自動車	<input type="checkbox"/> 住宅手当の支払	

① 支給対象障害者の雇い入れ・雇用の継続に係る課題

従事している作業内容(雇用予定者は従事予定の作業内容)、作業場所、作業環境における障害特性による就労上の課題(雇用予定者は本人との相談や実習等での観察による課題等)を具体的に記入してください。

※中途障害者となった場合、障害の重度化が認められる場合または人事異動等の場合については、それ以前と比較して新たに生じた雇用継続における課題について、経緯等を踏まえ具体的に記入してください。

※中高年齢等障害者作業施設設置等助成金の申請においては、加齢に伴う当該障害に起因する就労困難性について経緯等を踏まえ具体的に記入してください。

身体障害(視覚)1級の対象障害者を令和●年7月1日に新規雇入れるにあたり、以下の課題がある。

- (1) 当社は入口まで送迎バスの利用は可能であるが、入口から就業場所までの通路等常時使用する場所までの配慮が必要。
- (2) 対象障害者は、千葉支店のコールセンター内における電話対応業務を行うにあたり、パソコンを使用し、説明書等の資料確認、業務日誌等日々の記録を確認をする必要があるが、視覚障害により確認できない。

② 措置の実施概要

- ・ 作業施設、設備・福祉施設、住宅、駐車場、通勤用バス、通勤用自動車の支給対象障害者に対する配慮の内容等について
- ・ 住宅、駐車場、通勤用バス、通勤用自動車の申請の場合は通勤経路、通勤方法等についての改善内容等について

上記①の課題を踏まえた措置の概要を記入してください。

措置については、雇入れまたは雇用の継続に必要な、最低限の範囲が対象となります。

- (1) 対象障害者の就業場所において入口から対象障害者の就業場所、使用するトイレまでの屋内用点字ブロックを整備する。(常時使用しない箇所については、自社で整備)
- (2) コールセンター内における電話対応業務、事務作業に必要な拡大読書器、画面読み上げソフト、点字ディスプレイを整備する。

③ 措置の実施効果

上記②の措置を実施することによる効果を記入してください。

- (1) 屋内点字ブロックの整備により、対象障害者が社内を安全に、一人で移動し、業務に就くことができる。
- (2) 拡大読書器、画面読み上げソフト、点字ディスプレイの整備により、対象障害者がコールセンター業務に必要な資料や日誌の確認、パソコン入力等の事務処理を行うことができる。

3 設置、整備の対象又は関係する建物等の概要

- ・ 作業施設・福祉施設、作業・福祉施設に附帯する施設の建設
- ・ 作業設備、福祉施設に附帯する設備、通勤用バス、通勤用
- ・ 作業施設・設備の賃借による設置整備、住宅・駐車場の賃借
- ・ 住宅手当の支払い(3)を記載します。

第1種作業施設設置等助成金、第1種中高年齢等作業施設設置等助成金の申請で作業施設、附帯施設の場合は記入が必要  
(作業設備のみの申請の場合は記入不要)

(1) 施設の新築・増築・改築・改造・購入に係る内容

所在地又は建設地			
設置、整備の形態 (該当するものを○で囲む。)	新築 ・ 増築 ・ 改築 ・ 改造 ・ 購入 ・ <b>附帯施設の設置</b> ・ 整備		
建物等の概要  (建物の新築する場合だけでなく、増築、改築、改造、購入又は附帯施設の設置、整備の場合も記入する。)	構 造	鉄筋コンクリート造	
	建物全体の延面積	500㎡	
	申請対象箇所及び面積	事務所1階 申請箇所全体の面積 120 ㎡ (うち申請対象面積 80 ㎡)	
	所有者名	建物全体 ○○○株式会社 申請施設等 同上	
土地(敷地)の概要  (建物の新築、増築、改築、購入する場合についてのみ記入する。)	全体の面積		
	所有者名		
	地域・地区の状況  (該当するものを○で囲む。)	都市計画区域 内 ・ 外	
		市街化区域 第1種住居専用 ・ 第2種住居専用	
		市街化調整区域 住居 ・ 近隣商業 ・ 商業	
その他 準工業 ・ 工業 ・ 工業専用 ・ 未指定			
防火地域 ・ 準防火地域 ・ 法律22条地域 ・ 指定なし			
地盤状況 良 ・ 不良	建ぺい率 %		
その他特記事項			

注 施設の新築・増築・改築・改造・購入に係る支給対象費用の算定は、助添付様式第1号「助成金認定申請明細書」により算定します。

(2) 施設・設備の賃借(住宅手当に係る住宅を除く。)に係る内容

① 作業施設又は住宅の賃借計画

ア 賃借作業施設・住宅の内容		ウ 賃 貸 借 契 約 日	年 月 日
所在地・建物等の名称	鉄筋・鉄骨・木造 階建て (耐火・準耐火・その他の構造)	エ 賃 貸 借 契 約 期 間	自 年 月 日
		オ 使用開始日	年 月 日
賃借箇所	記入不要	カ 更新の条項(○で囲む)	自動更新 ・ 自動更新以外
住宅の区分		賃借契約の相手方(貸主)	( )
	<input type="checkbox"/> 世帯用 <input type="checkbox"/> 単身用	賃借施設の所有者 ク (契約者と所有者が相違する場合、カッコ内にその関係を記載)	( )
イ 賃借面積・賃借料・支給対象費用の積算(概算)			
① 賃借契約書の賃借延面積	㎡	② 1ヶ月当たりの賃借料金	円
③ 1㎡当たりの賃借料 (=②/①) (1円未満切捨て) ※住宅は記載不要	円	④ 支給対象となる施設の賃借面積 (=①のうち支給対象施設の面積/a×b) (注1)	㎡
a 支給対象施設の就労人数・使用人(戸)数	人(戸)	b 支給対象障害者数(戸数)	人(戸)
⑤ 支給対象障害者から住宅使用料の徴収の有無 ※作業施設は記載不要	<input type="checkbox"/> 徴収有り <input type="checkbox"/> 徴収無し 一ヶ月当たりの徴収予定額	作業施設の賃借に係る支給対象費用(概算)	円
住宅の賃借に係る支給対象費用(概算)	①の面積が単身者用28㎡、世帯用74㎡(北海道78㎡)を超えないとき		②-⑤
	①の面積が単身者用28㎡、世帯用74㎡(北海道78㎡)を超えるとき		(②-⑤)÷①×④
注 ④の面積は、④の面積の算定に当たって、①のうち支給対象となる施設の面積/aの値が、作業施設の場合は28㎡、住宅(単身者用)の場合は28㎡、住宅(世帯用)の場合は74㎡(北海道78㎡)を超えている場合は、それぞれの面積にbの人数又は戸数を乗じて得た面積となります。			

② 作業設備・駐車場の賃借計画

ア 賃借設備又は駐車場の内容		オ 賃貸借契約の相手方(貸主)	
名称			
設置場所		カ 賃借施設・設備の所有者	
イ 賃借借契約日	年 月 日	賃借駐車場の契約の相手方(貸主)と賃借駐車場の所有者が相違する場合はその関係を記載	
ウ 賃借借契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	記入不要	
エ 使用開始日	年 月 日		
キ 作業設備の支給対象費用の積算(概算)			
① 1ヶ月当たりの賃借料金	円	③ 支給対象障害者数	人
② 支給対象設備の使用人数(支給対象障害者数を含む。)	人	④ 支給対象費用 (= ①/②(1円未満切捨て)×③)	円
ク 駐車場の支給対象費用の積算(概算)			
① 1ヶ月当たりの賃借料金(支給対象費用)(注)	円	② 支給対象障害者から駐車場使用料の徴収の有無	<input type="checkbox"/> 徴収有り <input type="checkbox"/> 徴収無し 徴収予定額 円
<p>(注1) 区画で仕切られた賃借面積が28㎡以下の駐車場を賃借する場合は、①の額が支給対象費用の額となります。ただし、②欄において、徴収がある場合は、①の額から当該徴収額を差し引いた額が最終的な支給対象費用となります。</p> <p>(注2) 区画により賃借していない場合又は区画により賃借しているが、その賃借面積が28㎡を超える駐車場を賃借している場合は、以下の欄に記載して支給対象費用を積算してください。</p>			
(区画により賃借していない場合又は区画により賃借しているが、その賃借面積が28㎡を超える駐車場を賃借している場合に記載)			
③ 賃貸借契約書の賃借延面積		④ うち支給対象となる賃借面積(a×b)	㎡(注)
記入不要			
a 賃借する駐車場敷地を使用する人数(自動車の台数)	人(台)	b 支給対象障害者数(自動車の台数)	人(台)
⑤ 支給対象となる駐車場の賃借面積が28㎡を超える場合の支給対象費用(概算)	(①-②)×28÷④ (1円未満切捨て) 円	(注) ③、④の面積が28㎡以下の場合、⑤の記載は不要です。 (この場合、①-②が支給対象費用の額となります)	

(3) 住宅手当の支払い計画

住宅手当の支払いに係る建物等の名称・所在地		オ 1か月当たりの賃借料	円
ア 賃借借契約日	年 月 日	カ 支給対象障害者に初めて住宅手当を支払った日	年 月 日
イ 賃借借契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	記入不要	
ウ 賃借借契約の相手方(貸主)		ク 支給対象障害者以外の労働者に通常支払う住宅手当の額	円
エ 賃借施設の所有者(契約の相手方と所有者が相違する場合は、カッコ内にその関係を記載)	( )	ケ 支給対象費用(オ又はキいずれか低い方の金額からクを控除した額)	円

様式第560号

提出日（申請書と同時に提出の場合は申請日）を記入

(R7.4.1)

令和●年 7月 1日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

所在地 東京都○○区×××3-2-1  
申請法人 名称 ○○○株式会社  
代表者名 代表取締役 ×× ○○

所在地 千葉県△△市○○区□□1-2-3

代理人又は  
社会保険労務士 名称 社会保険労務士法人○○事務所  
役職・氏名 社会保険労務士 ○○ □□

申請書に記載の申請日を記入

### 事前着手申出書

代理人が申請する場合のみ必ず記入

令和 ●年 7月 1日付けで申請した下記工事・購入等について、助成金の認定前に着手（工事請負契約・設備等の売買契約の締結、発注又は支払）いたします。ただし、この着手は認定申請書の機構提出日以降とします。  
なお、受給資格に係る審査の結果、受給資格が不認定又は申請額から減額して認定されても異議を申し立てません。

記

助成金名	第1種作業施設設置等助成金
事業所所在地	千葉県△△市○○区□□1-2-3
事業所の名称	○○○株式会社 千葉支店
支給対象障害者名	助成 花子
着手工事名	点字ブロック設置工事 拡大読書器、画面読み上げソフト、点字ディスプレイ購入
着手理由	対象障害者の採用にあたり、***** *****のため早期に整備する必要があるため。
着手予定日	令和●年 7月 2日 以降

※着手とは、契約締結や発注等のことであり、着工等のことではありません。  
その他留意事項については「事前着手申出書 留意事項」をご確認ください。