

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2種作業施設設置等助成金)

(太枠内に記入して下さい。)

申請日\*\*\*\*年 7月 1日

申請事業主名 **〇〇△工業株式会社**

申請に係る事業所名 **〇〇△工業株式会社 神奈川事業所**

都道府県コード		
支部受理番号		

(例)  
 ・作業設備を申請する場合  
 ・第2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-7のチェックリストを使用(チェック項目は同様)

- (注) 1. 事業所チェック欄には、添付した書類の番号を○で囲んでください。  
 2. 添付書類は番号等の順に整理してください。  
 3. 審査に当たって、他の関係書類を提出していただく場合があります。

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	助成金申請に係る支給対象障害者(助添付様式第64号)	○	○	○		3	
④	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あって精神障害者保健福祉手帳(写)が提出できない場合については、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	4	
⑤	雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(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(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、第1回目の支給請求時に添付(認定時には雇用契約書(案の写し)、労働条件通知書(案の写し)等、雇用予定日が確認できる書面を添付)	5	
⑥	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	6	
⑦	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	○	○	○	・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	賃金台帳(写)	○	○	○	・支給対象障害者が認定申請日時時点で雇用されて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、人事異動等の辞令の(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	8	
⑨	雇用障害者の助成金認定・支給及び補充状況調査(助添付様式第2号)	○	○	○		9	
⑩	事業計画書(1)(助添付様式第65号)	○	○	○	下記(11)に該当しない申請の場合に添付	10	
11	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 ①3年間の支給予定額が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	11	
12	事業計画書(1-2)の添付書類 就業規則(写)	○	○	○		12	
13	作業施設・附帯施設の設計図書(写) 賃借しようとする施設の施設配置図、平面図等	○	○	○	平面図は面積が算定できる寸法の記載があるもの	13	
⑭	附帯施設・作業設備の設置関係図面(写) 設備を設置する施設の概況等を説明できる図面 施設・設備の配置図、平面図等	○	○	○		14	
⑮	カタログ又は設備設計書(写)	○	○	○		15	
16	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)	16	
⑰	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すること。	17	
⑱	賃貸借契約書(写) 契約前の場合は、契約書(案)又はリース料見積書(写)	○	○	○	契約書(案)、見積書(写)の場合は、第1回目の支給請求時に賃貸借契約書(写)を添付	18	
19	今回申請する措置について同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、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	19	
申請事業主担当者		総務・経理担当 □□ □□			支部担当者		

支給要件確認申立書 (第2種作業施設設置等 助成金)

Table with 2 columns: 事業主記載事項 (Business Owner Statement) and response options (はい/いいえ). Contains 8 numbered items regarding employment, labor laws, and safety.

1から8までの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協力します。

\*\*\*\*年 7月 2日 申請日を記入 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

Application form fields including: 申請事業主 (Applicant Business Owner), 申請に係る事業所 (Business Office), 連絡先 (Contact Information), and 代理人又は社会保険労務士 (Agent or Social Insurance Labor Consultant).

(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①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。

代理人又は 所在地 社会保険労務士 (提出代行者・事務代 名称 理者の表示)	代理人又は社会保険労務士が申請する場合は必ず記入	電話 番号 登録 番号
氏名		

### 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、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ができません。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、不正受給となることがあります。
- 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7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)、労働安全衛生法(昭和47年法律第57号)、職業安定法(昭和22年法律第141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る。)、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のほか、②不正受給の日の翌日から返還金の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金及び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る。)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、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 ○□△工業株式会社

法人番号 1234567891234

事業所名称 ○□△工業株式会社 神奈川事業所

雇用保険適用事業所番号 ××××-○○○○○○○-△

役員等氏名 (漢字)	役員等氏名 (カナ)	役職	生年月日
×× ○○	*****	代表取締役	****年 ○月 △日
△△ ○□	*****	取締役	****年**月 *日
□□ ××	*****	取締役	****年 *月 **日
○○ △△	*****	取締役	****年**月 **日
○× △×	*****	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
			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。

\*\*\*\*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 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(通動用自動車の購入)

⑩  重度障害者等通勤対策助成金(通動用バスの購入)

⑪  重度障害者等通勤対策助成金(住宅手当の支払)

申請事業主

所在地 (〒 111 - 1234 )  
東京都××区△△1-2-3

(フリガナ) 事業主名  
○△コウキョウカブシキガイシャ

(フリガナ) 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 △△ △△

申請に係る事業所

所在地 (〒 \*\*\* - ××××) 施設・設備を設置・整備する事業所について記入  
神奈川県○市×××9-8-7

(フリガナ) 事業所名  
○△コウキョウカブシキガイシャ カナガワシキョウシヨ

○△工業株式会社 神奈川事業所

提出代行者 事務代理者 代理人

住所 〒 ( ) 氏名・氏名

事務所名 電話番号

1 この申請書で申請する支給対象障害者  助添付様式第64号「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。

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購入等の契約等の相手方は、申請事業主の関係者ではない。

契約締結日・予定日 \*\*\*\*年 7月 1日  認定後契約締結 事前着手申出書の提出予定 (①③⑤⑥⑨⑩の助成金の場合)  有り  無し

申請の内容

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

駐車場 (  自宅側  事業所側 )  住宅手当の支払

B 設備・バス・自動車  作業設備  福祉施設に付属する設備  通動用バス  通動用自動車

電磁波防護服

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 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の額のいずれか低い額
申請額 (①③⑤の助成金の場合は合計額を記載)	円	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
① 作業施設	円	円	<input type="checkbox"/> 1/3	円	円
③ 附帯施設	円	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
⑤ 作業設備	円	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	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有無  有  無

3 左記2もありの場合、右欄に補助金等の支給機関名を記入

支給機関名 円

補助金等の額 円

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

## 助成金申請に係る支給対象障害者

受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) 該当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
支給 太郎	19××年〇〇月△日 <input type="checkbox"/> 35歳以上(注1)	****年 7月 1日	身体	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)	**-*
日常的に使用する器具、装具(杖、車いす等)があれば記入してください	各種機械器具設備設置・点検工事業務		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) 助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)		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) 認定番号 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当		
ペースメーカー	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5月1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
日常的に使用する器具、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 checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input 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	
日常的に使用する装具	仕事の内容等		該当する場合に日付を記入してください 休職辞令等休職期間および職場復帰日が客観的に確認できる書類の職場復帰日を記入してください		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) 助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)		※雇入れ日から起算して6か月を超える期間が経過していない場合は、転勤、配置転換等や勤務事業所の移転であっても人事異動・職務内容の変更等には該当しないこと		
	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
	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"/> 特定短時間(注4)	-
日常的に使用する装具	仕事の内容等		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) 助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)		認定番号		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当		
	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

\*\*\*\*年 7月 1日(認定申請時・支給請求時) 現在

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

〇〇株式会社 千葉支店

総務課 ×× ××

事業所名	〇〇株式会社 千葉支店
作成者 所属 氏名	総務課 ×× ××

No.	① 氏名	② 雇入れ年月日	③ 過去に認定及び支給を受けた助成金								④ 備考
			助成金の種類	認定年月日 認定番号	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			
				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○月○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

・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□にレ点を入れる。)

- 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)

(事業所名)

該当の助成金名をチェック

〇〇〇工業株式会社 神奈川事業所

(作成者 所属・氏名)

総務・経理担当 □□ □□

( \*\*\*\* 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	〇〇〇コウキョウカブシキガイシャ	フリガナ	〇〇〇カブシキガイシャ カナガワジキョウシヨ
事業主名	〇〇〇工業株式会社	事業所名	〇〇〇株式会社 神奈川事業所
フリガナ	ダイヒョウトリシマリヤク △△ △△	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 △△ △△	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 )	昭和〇年〇月〇日 〇〇〇株式会社 設立		
	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、該当する箇所にチェックしてください		
	企業全体	生産用機械器具製造業	2 6 (産業中分類番号)
事業の種類又は主な取扱品	申請事業所	生産用機械器具製造業	2 6 (産業中分類番号)
	特例子会社の該当・非該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当	
	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	
	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)	5,000,000円		

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

	① 常用労働者総数 (②+③+④+⑤)	② 身体障害者数		③ 知的障害者数	④ 精神障害者数	⑤ ②~④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	87 人	1 人	1 人	0 人	0 人	85 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。)

- 作業施設・福祉施設   
  作業・福祉施設に付帯する施設   
  作業設備   
  福祉施設に付帯する設備  
 住宅(  世帯用  単身用 )   
 駐車場(  自宅側  事業所側 )  
 通勤用バス   
 通勤用自動車   
 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。

\*\*\*\*年7月1日付け採用の対象障害者は身体障害1級で心臓にペースメーカーを装着している。当該事業所で製造している〇〇、〇〇、〇〇の機械は対象障害者のペースメーカーに電磁干渉を引き起こす危険性があるため、当該機械器具の設置・点検作業を行うことができない。

## 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。

電磁波防護服を着用することにより、機械器具に接近し、設置・点検を行う際の電磁干渉を起こす危険性を抑えることができる。

## 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。

電磁波防護服を着用することにより、機械器具の設置・点検を遂行することができる。

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及び住宅の新築等は(1)に記載します。
- ・ 作業設備、福祉施設に附帯する設備、通勤用バス、通勤用自動車の購入は、本欄への記載は不要です。
- ・ 作業施設・設備の賃借による設置整備、住宅・駐車場の賃借は(2)に記載します。
- ・ 住宅手当の支払いは(3)に記載します。

(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 ・ 附帯施設の設置 ・ 整備		
建物等の概要  (建物等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			
	建物全体の延面積			
	申請対象箇所及び面積	申請箇所全体の面積      m <sup>2</sup> (うち申請対象面積      m <sup>2</sup> )		
	所有者名	建物全体		
土地(敷地)の概要  (建物等新築、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	記入不要		
	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		エ 賃貸借契約期間	自 年 月 日
			至 年 月 日
構造	鉄筋・鉄骨・木造      階建て (耐火 ・ 準耐火 ・ その他の構造)	オ 使用開始日	年 月 日
		カ 更新の条項(○で囲む)	自動更新 ・ 自動更新以外
賃借箇所		キ 賃貸借契約の相手方(貸主)	
住宅の区分	<input type="checkbox"/> 世帯用	賃借施設の所有者 場合、カッコ	(
作業施設の賃借の場合に記入			
イ 賃借面積・賃借料・支給対象費用の概算			
① 賃貸借契約書の賃借延面積	m	賃借料金	円
③ 1m <sup>2</sup> 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)	m <sup>2</sup>
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28m <sup>2</sup> 、世帯用74m <sup>2</sup> (北海道78m <sup>2</sup> )を超えないとき		②-⑤
	①の面積が単身者用28m <sup>2</sup> 、世帯用74m <sup>2</sup> (北海道78m <sup>2</sup> )を超えるととき		(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28m <sup>2</sup> 、住宅(単身者用)の場合は28m <sup>2</sup> 、住宅(世帯用)の場合は74m <sup>2</sup> (北海道78m <sup>2</sup> )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)	株式会社〇〇リース
名称	電磁波防護服		
設置場所	〇〇△工業株式会社 神奈川事業所 神奈川県〇〇市×××9-8-7	カ 賃借施設・設備の所有者	株式会社〇〇リース
イ 賃貸借契約日	****年 7月 1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 賃貸借契約期間	自 ****年 7月 1日 至 ***×年 6月 30日	支給期間は1認定につき3年間とし、支給対象障害者が使用を開始した日の属する月の翌月の初日から起算した期間(当該賃借した作業施設等を支給対象障害者のために使用している期間に限ります)	
エ 使用開始日	****年 7月 1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	15,000 円	③ 支給対象障害者数	1 人
② 支給対象設備の使用人数(支給対象障害者数を含む。)	1 人	④ 支給対象費用 (= ①/②(1円未満切捨て)×③)	15,000 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
(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。 (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。			
(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 記入不要 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	㎡(注)	④ うち支給対象となる駐車場の賃借面積 (= ③/a×b)	㎡(注)
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 賃貸借契約日	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
イ 賃貸借契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	キ 支給対象障害者に支払う住宅手当の額
ウ 賃貸借契約の相手方(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
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)