

障害者助成金支給請求書 (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)

(太枠内に記入してください。)

請求事業主名	○□△工業株式会社	請求日	令和●年□月×日
請求に係る事業所名	○□△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		

- (注)
1. 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。
 2. 提出書類は番号等の順に整理してください。
 3. 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。

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	障害者助成金支給請求書 (1) (様式第621号)	○	○	○		1	
2	第2種作業施設設置等助成金支給対象障害者の出勤状況 (助添付様式第66号)	○	○	○		2	
3	第2種作業施設設置等助成金算定票 (助添付様式第67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)	○	○	○	・ 認定申請時に雇入れ予定であった者で認定までに提出できなかった場合にのみ第1回目の支給請求時に添付 ・ 期間の定めのある労働者であって、認定申請時もしくは前回の支給請求から今回の支給請求までの間に、 機構に提出済の雇用契約書 (写)、労働条件通知書 (写) の雇用契約期間を満了している場合には、更新した労働条件が確認できる書類を添付	4	認定申請時に提出済み
5	雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (写)	○	○	○		5	認定申請時に提出済み
6	雇用契約書 (写)、労働条件通知書 (写) 等 支給対象障害者の労働条件が確認できるもの	○	○	○		6	認定申請時に提出済み
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	○	○	○	・ 支給請求対象期間分の全てを添付 ・ 支給請求期間中、労働基準法に定める休暇等を取 得している者がいる場合は、該当の休みについて記載 された就業規則 (写)、及び就業規則に明記された手 続が取られていると確認できる書類も併せて添付	7	
8	賃金台帳 (写)	○	○	○	・ 支給請求対象期間の最終月分を添付。 ・ 賃金台帳にて社会保険の加入が確認できない場 合は、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	物件借受書 (写)			○	設備の借受年月日が確認できる書類を、第1回目の支 給請求時に添付	9	
10	賃借物件の写真 (カラー写真)	○	○	○	・ 第1回目の支給請求時に添付 ・ 設備の設置写真は、設備全体、改造部分、型式、製 造番号を確認できるもの	10	
11	労働者就労配置図及び設備配置図	○	○	○	認定時と同一の場合は不要。	11	

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 2	支払書類					1 2	
a	a 金融機関窓口における銀行振込による場合 窓口の場合は銀行振込金受取書(写)、 ATMの場合はご利用明細票(写)				・支払を分けている場合、各支払ごとに全て添付 ・左記(dを除く)全ての支払方法において、該当振込の依頼を行った日、振込日、振込先の口座情報(金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、受取人)が確認できる書類を添付	a	
b	b 小切手による支払の場合 小切手発行控(写)、 当座勘定照合表(写)及び領収書(写)				・左記cの場合にあつて、発行手形(写)は、支払期日を経過したもの、当座勘定照合表(写)は当該発行手形(写)の引き落としが確認できるもの	b	
c	c 手形(自社発行手形に限る。)による支払の場合 発行手形(写)、当座勘定照合表(写)及び領収書(写)				・左記fの場合にあつて、該当書類が出力できない又は該当する画面が存在しない場合には、銀行から発行される書類に替えることも可能(※ただし、振込の依頼日、振込日、振込先の口座情報(金融機関名、支店名、口座種別、口座番号、受取人)が確認できること。)	c	
d	d 現金による支払の場合 現金出納簿(写)及び領収書(写)				・ここでいうCMS(キャッシュ・マネジメント・システム)とは、事業主が直接費用の支払を行わず、親会社やグループ内金融子会社等を経由する等して支払を行うことをいう。	d	
e	e 銀行口座引落の場合 通帳の口座情報(金融機関名、支店名、口座番号等)記載のページ及び該当部分のページ並びに第1回目の支給請求時のみ口座引落に関する協定書等(写)	○	○	○	・ファクタリング等(支払代行業者等による支払いを含む)の場合は、gの①及び②の「親会社又はグループ内金融子会社等」を「支払代行会社等」と読み替えて①及び②の書類を提出すること。	e	
f	f インターネットバンキングによる支払の場合 銀行が振込を行った結果報告画面をプリントアウトした書面 (振込日以降の日付で振込の確認ができるもの)				※支払方法や資金の流れ等が複雑になる場合や、左記のいずれにも該当しない場合には、「支給対象費用の支払に関する説明書」(任意様式)を添付のうえ、書類を添付	f	
g	g CMSを利用した支払の場合 ①親会社又はグループ内金融子会社等との当該行為に関する契約書(写) ②支給請求者が親会社又はグループ内金融子会社等から当該決済費用を支払ったことを証明する銀行振込				出力日が振込日以降の日付である必要があります。ない場合は審査不能により不支給となります。	g	
1 3	自動車車検証(写)			○	自動車賃借の場合に添付	1 3	
1 4	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の費用かつ同じ期間を対象とするものに限る。)を受ける場合は、当該支給対象経費を明記した規程等及び補助金等の対象項目別補助額を記載した補助金等の申請書(写)又は決定通知書(写)	○	○	○		1 4	
申請事業主担当者		事業主 太郎			支部担当者		

障害者助成金支給請求書(1)

認定通知書の左上に記載の事業所コードを記載

事業所コード 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

受理年月日(障害者助成部) 受理年月日
希望する送付先にチェックし、担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。
令和●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
この請求書で支給請求する助成金
該当の助成金名をチェック
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)

請求事業主
所在地 〒(111-1234) 東京都××区□□1-2-3
(フリガナ) ○□△コウキョウカブシキガイシャ
事業主名 ○□△工業株式会社
(フリガナ) ダイヤトリシマリヤク △△ △△
代表者の役職及び氏名 代表取締役 △△ △△

請求に係る事業所
事業所所在地 〒(222-1234) 神奈川県○市×××9-8-7
(フリガナ) ○□△コウキョウカブシキガイシャ カガワシキョウシヤ
事業所名 ○□△コウキョウ株式会社 神奈川事業所

提出代行者
事務所所在地 〒(123-0000) 千葉県△△市○区□□3-2-1
事務所名 社会保険労務士法人○事務所

助成金支給決定通知書の送付先・連絡先
送付先・連絡先の所属 事業主 事業所
所属先名称(部署名等) 総務部人事課
氏名 ○○ ○○
電話番号 03-000-0000
助成金振込希望金融機関
(既に届けている金融機関に変更がある場合等に記載)
助成金振込金融機関を次のとおり変更する。
金融機関名 ○○銀行
支店名 ○○支店
口座種別 普通 当座 その他
口座番号 0000000000
(フリガナ) ○□△コウキョウカブシキガイシャ
口座名義 ○□△工業株式会社
認定通知書に記載されている認定額(1か月あたり)を記載
043-000-0000
社会保険労務士 ○○ □□

1 この支給請求書で請求する受給資格の認定番号等
①認定番号 第 0102 - 50● - 1 - 号
②認定日 令和●年×月□日
③認定額 10,000 円
④助成金支給請求対象期間および請求回数 令和●年 8月 1日 ~ 令和●年 1月 31日 請求回数 (1) 回目

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況
※ 上記②④の助成金の支給請求の場合は、助添付様式第66号の添付により、本欄の記載は不要です。
上記②④以外の助成金の支給請求の場合で、支給対象障害者が2名以上の場合は、別紙に支給対象障害者を記載して添付してください。

Table with columns: フリガナ氏名, 雇用の有無, 雇用中, 離職, 離職理由番号(※), 1, 2, 3, 離職した場合の離職日, 年月日

3 事業実施報告
A 設置整備の内容
B 賃借の内容
C 納品日又は竣工日
D 費用の支払い完了した日
E 所有者

4 支給請求額(上記①から④の助成金については、内訳欄に作業施設・附帯施設・作業設備の内訳を記載します。)

Table with columns: 支給請求額, 助成措置に係る必要費用, 助成金算定額, 支給限度額, 支給請求額b×c又はdの額のいずれか低い額

6 補助金等との調整
1 国等の機関からの補助金等の受給の有無
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
3 左記1も有の場合、右欄に補助金等の支給機関名を記入

Table with columns: 審査結果, 支給・不支給, 支給決定日, 年月日, 決定番号

認定番号	0102-50●-1
------	------------

対象障害者の出勤状況欄 ※出勤状況欄が不足する場合は、当様式を複数枚使用してください。

フリガナ	障害の種類・等級/程度 *1	支給請求対象期間						雇入れ年月日	
		元号	R	R	R	R	R	退職年月日	
氏名		年	●	●	●	●	●	×	退職理由*4
		月	8	9	10	11	12	1	
シキユウ タロウ	身体 4級	出勤の有無*2	1	1	1	1	1	1	令和●年7月×日
支給 太郎		労働者区分の切り替え*3	A	A	A	A	A	A	年 月 日
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							年 月 日
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							年 月 日
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							年 月 日

フリガナ	障害の種類・等級/程度 *1	支給請求対象期間						雇入れ年月日	
		元号	R	R	R	R	R	退職年月日	
氏名		年							退職理由*4
		月							
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							年 月 日
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							年 月 日
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							年 月 日
		出勤の有無*2							年 月 日
		労働者区分の切り替え*3							年 月 日

*1 「障害の種類・等級/程度」欄は、障害者の新規雇用等により、支給対象障害者を支給請求に係る期間内に追加する場合に記載してください。認定申請時から雇用している者の場合は同欄への記載は不要です。

*2 出勤があった場合、「1」を記入してください

*3 「A」は30時間/週以上の一般労働者 「B」は20時間/週以上～30時間/週末満の短時間労働者 「C」は10時間/週以上～20時間/週末満の特定短時間労働者(重度身体障害者、重度知的障害者、精神障害者に限る。)

*4 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(事業主通知用)の「喪失原因」欄に記載されている番号に○をしてください(1 離職以外の理由 2 3以外の離職 3 事業主の都合による離職)

第2種作業施設設置等助成金・第2種中高年齢等障害者作業施設設置等助成金算定票

【作業施設の支給請求額算定情報欄】

支給請求月 元号 年 月	A 賃借施設の1か月の賃借料(円)	B Aの施設の面積(㎡)	C 1㎡あたりの賃借料(円) A/B (円未満切捨て)	D Bのうち支給対象となる施設の面積(㎡)	a Dの面積に係る就労/使用人員(人)	b 一人あたりの支給対象面積(㎡) D/a又は28㎡	E 支給対象障害者数(人)	F 支給対象面積 D/a×E	G 支給対象費用の額 F×C (円未満切捨て)	H 費用に対する国等の公共等の機関からの補助金等の額	I 助成金算出基礎額 G-H	J I×助成率(2/3) (円未満切捨て)	K 支給限度額(注)	助成金請求額 (Jの額又はKの額のいずれか低い額)	
															B・D・b・F欄は小数点第2位までを記載(第3位は切り捨てます。また、F欄の算定に当たっては、b欄の記載面積は使用しません。)
R															
R															
R															
R															
R															
R															
合計															

【作業設備の支給請求額算定情報欄】

支給請求月 元号 年 月	A 支給対象賃借設備1か月の賃借料(円)	B 就労/使用人員(人)	C 支給に係る障害者数(人)	D 支給対象費用(円) A/B×C (円未満切捨て)	E 費用に対する国、地方公共団体又は独立行政法人などの公共機関からの補助金等の額	F 助成金算出基礎額 (D-E)	G F×助成率(2/3) (円未満切捨て)	H 支給限度額(注)	助成金請求額 (Gの額又はHの額のいずれか低い額)
R	● 9	15,000	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	● 10	15,000	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	● 11	15,000	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	● 12	15,000	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
R	× 1	15,000	1	15,000	0	15,000	10,000	50,000	10,000
合計									60,000

様式第621号4欄の「支給請求額」欄に記載

支給限度額の算定

(次の表を用いて算定します。ただし、作業施設と作業設備をあわせて申請した場合の支給限度額は作業施設と作業設備合わせて13万円となりますので、ご注意ください。右記(注)参照)

支給請求月 元号 年 月	支給対象障害者数			作業施設			作業設備		
	a 一般労働者数*1	b 短時間労働者数*1	c 特定短時間労働者数*2	a×13万円	(b+c)×6万5千円	合計	a×5万円	(b+c)×2万5千円	合計
R	● 8	1				円	50,000		50,000円
R	● 9	1				円	50,000		50,000円
R	● 10	1				円	50,000		50,000円
R	● 11	1				円	50,000		50,000円
R	● 12	1				円	50,000		50,000円
R	× 1	1				円	50,000		50,000円

注 支給限度額の記載等について

- ① 作業施設のみ申請による支給限度額は、1人当たり月13万円又は6万5千円となり、作業設備のみ申請による支給限度額は1人当たり月5万円又は2万5千円となります。これらの場合は、左表の作業施設又は作業設備ごとに積算された額を、作業施設又は作業設備の記載表の「支給限度額」欄に記載してください。
- ② 作業施設と作業設備をあわせて申請した場合、様式第621号4欄の「支給限度額」欄に合計額を記載し、そのうち、作業設備の「支給限度額」の取扱いは次の③のとおり
- ③ まず、作業設備の助成金支給請求額を確定します。支給対象障害者が一般労働者の場合、その額が作業設備の限度額(1人当たり月5万円)を超えている場合は作業設備の支給限度額は、1人当たり残りの月8万円(13万円 - 5万円)となります。もし、作業設備の支給請求額が当該支給限度額の枠内の額であった場合は、作業施設の支給限度額は、作業施設と作業設備をあわせた支給限度額(13万円)から当該作業設備の支給請求額を差し引いた額となります。
- ④ 「国等の機関からの補助金等の額」欄には、本助成金の支給対象費用と同範囲の費用を対象とする補助金等を受けた場合はその金額を、本助成金の支給対象よりも広範囲の費用を対象とする補助金等を受けた場合は本助成金の対象費用と同範囲となるよう按分等した金額を、本助成金の支給対象費用と同範囲の費用を対象とする補助金等を受けていない場合は「0」を記入してください。

*1 重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である短時間労働者は上表の「a 一般労働者数」に数えます。
*2 重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である特定短時間労働者は上表の「c 特定短時間労働者数」に数えます。