

(様式第6号(訪))

助成金変更承認申請書

事業所コード

訪問型職場適応援助者助成金及び訪問型職場適応援助者の中高齢等措置に係る助成金受給資格認定(変更)申請書

変更申請の際には以下の点に注意してください。

- ・**朱書きで「助成金変更承認申請書」と記載してください。**
- ・認定及び支給に係る法人名、代表者、法人住所、事業所名、事業所住所、事業管理者及び助成金振込先の変更については、変更届(様式第552号)で変更してください。
- ・認定されている事業計画を変更する場合はこちらの様式で申請してください。
- ・認定済みの法人が就労支援等の実績について、都道府県知事の指定期間等が更新された場合は、更新後速やかにこちらの様式で受給資格の認定の更新を申請してください。申請には変更申請に応じた認定申請添付書類等の提出が必要となります(指定の更新であれば、指定に係る契約書等)。
- なお、「**その他の法人**」については、毎年度ごと最初の支援計画が地域センターにおいて策定もしくは承認されるより前に申請をする必要があります。

受取年月日(障害者助成部)  受取年月日

訪問型提出用がある

「変更」を「○」で囲んでください。

認定を受けようとする年度を記載してください。

R\*\*年 \*\*月 \*\*日 ( \*\*年度分申請 )

認定通知書の郵送先(いずれかに○してください)

実施法人

事業所

※ 申請者が代理人、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する者として記入してください。

申請に係る事業所

住所 〒 261-\*\*\*\* 千葉

名称 社会福祉法人○○

担当者 氏名 雇用 太郎

メールアドレス \*\*\*\*\*@\*\*\*\*\*or.jp

雇用保険適用事業所番号 \*\*\*\*\*

職場適応援助者を追加もしくは削除する場合は、氏名の後にその旨を記載してください。3名以上の場合は、同一様式を続紙として使用してください。

① 氏名: 機構 太郎 (追加) 生年月日: R\*\*年\*\*月 労災保険又は相応の保険の加入: 有り

研修修了年月: R\*\*年 \*\*月 研修実施機関名: (独)高齢・障害・求職者雇用支援機構

障害者の就労支援実務経験の有無: 有り

職場適応援助者のための支援スキル向上研修修了者であるか: はい

② 氏名: 支援 次郎 (削除) 生年月日: R\*\*年\*\*月 労災保険又は相応の保険の加入: 有り

就労支援実績として報告する年度を記載してください。認定を受けようとする年度は、申請日の横に記載してください。「4 その他の法人」は報告する年度について下の吹き出しを確認してください。

法人としての就労支援等の実績(1~4のうち該当するものに丸をつけてください。)

1 障害者就業・生活支援センター運営法人

2 就労移行支援事業実施法人

3 就労定着支援事業実施法人

4 その他の法人

就労支援実績

R\*\*年度 ((変更)申請日を含む年度・前年度)

就労支援を行った障害者のうち就職した障害者数 10 人

支援対象障害者について実施した職場実習件数 8 件

上記のうち3名は以下のとおりです。(※ A型事業所での実習、利用者としての就職を除く。)

1 就職 ( R\*\*年 5月雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)

障害種別 知的 就職又は実習先事業所名 \*\*\*\*\* 住所 \*\*\*\*\* 連絡先 \*\*\*\*\*

1 就職 ( R\*\*年 7月雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)

障害種別 身体 就職又は実習先事業所名 \*\*\*\*\* 住所 \*\*\*\*\* 連絡先 \*\*\*\*\*

1 就職 ( R\*\*年 11月雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)

障害種別 精神 就職又は実習先事業所名 \*\*\*\*\* 住所 \*\*\*\*\* 連絡先 \*\*\*\*\*

8 人

就労支援等の実績の更新の場合は、その旨を記載してください。

「4 その他の法人」の場合は、就労支援実績を3件記載してください。記載する実績は認定を受けようとする年度開始より前(3月中)に申請する場合は、申請年度から3件、もしくはその前年度から3件記載してください。

認定を受けようとする年度になってから申請する場合も、申請年度から3件、もしくはその前年度から3件となります。

変更申請の内容を記載してください。

変更申請

認定番号: \*\*\*\*\*

職場適応援助者

追加: 1名 (番号) 1

削除: 1名 (番号) 2

その他の変更

就労支援等の実績の更新

機構処理欄

認定年月日 年 月 日 認定番号

(様式第6号(訪))

助成金変更承認申請書

事業所コード

訪問型職場適応援助者助成金及び訪問型職場適応援助者の中高齢等措置に係る助成金受給資格認定(変更)申請書

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構(以下「機構」という)地域障害者職業センターが作成又は承認した訪問型職場適応援助計画に沿って訪問型職場適応援助を無償で実施することを希望しますので、以下のとおり提出します。  
 なお、本助成金の対象となる訪問型職場適応援助については、支援対象障害者・支援対象障害者を雇用する企業を含まないずれからもこれにかかる費用を徴取しません。  
 本票の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも相違ありません。虚偽の申し立てがあると機構が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。  
 また、記載事項に係る確認を機構が行う場合は協力します。

|               |       |
|---------------|-------|
| 受理年月日(障害者助成部) | 受理年月日 |
|               |       |

(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

R\*\* 年 \*\* 月 \*\* 日 ( \*\* 年度分申請 )

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| 支援実施法人                       | 住所 〒 261-**** 千葉県千葉市美浜区***** |
|                              | 名称 社会福祉法人〇〇〇                 |
| 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) | 法人番号 *****                   |
|                              | 役職・氏名 理事長 千葉 花子              |
|                              | 住所 〒                         |
| 氏名                           | 電話番号                         |

|  |
|--|
| 認定通知書の郵送先(いずれかに☑してください)                  |
| 実施法人 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 事業所 <input type="checkbox"/>             |

※ 申請者が代理人、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同規則第16条の3に規定する事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を記入し、下欄に代理人、提出代行者又は事務代理者の氏名等を記入してください。

|             |                              |
|-------------|------------------------------|
| 申請に係る事業所    | 住所 〒 261-**** 千葉県千葉市美浜区***** |
| 名称          | 社会福祉法人〇〇〇 本部事務所              |
| 担当者         | 氏名 雇用 太郎                     |
|             | 電話/Fax *****                 |
| メールアドレス     | *****@****.or.jp             |
| 雇用保険適用事業所番号 | *****                        |

|                                    |                     |                              |                    |
|------------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------|
| 訪問型職場適応援助事業に従事する職場適応援助者(研修修了者に限る。) | ① 氏名: 機構 太郎 (追加)    | 生年月日: R**年**月                | 労災保険又は相応の保険の加入: 有り |
|                                    | 研修修了年月: R** 年 ** 月  | 研修実施機関名: (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構 |                    |
|                                    | 障害者の就労支援実務経験の有無: 有り |                              |                    |
|                                    |                     |                              |                    |
|                                    | ② 氏名: 支援 次郎 (削除)    | 生年月日:                        | 労災保険又は相応の保険の加入: 有り |
|                                    | 研修修了年月:             | 研修実施機関名:                     |                    |
|                                    | 障害者の就労支援実務経験の有無: 有り |                              |                    |
|                                    |                     |                              |                    |

|   |  |                |                        |         |
|---|--|----------------|------------------------|---------|
| 法人としての就労支援等の実績(1~4のうち該当するものに丸をつけてください。) | 1 障害者就業・生活支援センター運営法人                         | 2 就労移行支援事業実施法人 | 3 就労定着支援事業実施法人         | 4 その他法人 |
|   | R** 年度 ((変更)申請日を含む年度・前年度)                    |                | 就労支援を行った障害者のうち就職した障害者数 | 10 人    |
|   | 上記のうち3名は以下のとおりです。(※ A型事業所での実習、利用者としての就職を除く。) |                | 支援対象障害者について実施した職場実習件数  | 8 件     |
|   | 1 就職 ( R** 年 5月 雇入れ )                        |                |                        |         |
| 就労支援実績                                  | 1 就職 ( R** 年 7月 雇入れ )                        |                |                        |         |
|   | 1 就職 ( R** 年 11月 雇入れ )                       |                |                        |         |
|   | 前年度訪問型職場適応援助支援実施対象者数                         | 8              | 人                      |         |

|          |  |    |    |
|----------|--|----|----|
| 助成金の支給実績 | 本受給資格認定申請日前5年間の障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)(訪問型職場適応援助)又は訪問型職場適応援助促進助成金の支給の有無 | あり | なし |
|          | 本受給資格認定申請日前5年間の本助成金又は第1号職場適応援助者助成金の支給の有無                                 | あり | なし |

|                           |   |                 |
|---------------------------|---|-----------------|
| 既に訪問型職場適応援助を行うことが決まっている場合 | 支援開始予定日<br>支援計画書の策定を行う場合、その予定日を( )内に記入してください。 | 年 月 日 ( 年 月 日 ) |
|                           | 支援対象障害者氏名                                     |                 |

|         |                |             |
|---------|----------------|-------------|
| 変更申請    | 認定番号: *****    | その他の変更      |
| 職場適応援助者 | 追加: 1 名 (番号) 1 | 就労支援等の実績の更新 |
|         | 削除: 1 名 (番号) 2 |             |

|       |       |       |      |
|-------|-------|-------|------|
| 機構処理欄 | 認定年月日 | 年 月 日 | 認定番号 |
|-------|-------|-------|------|

訪問型関係様式の記入方法