

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

申請様式作成ツール操作説明書

訪問型職場適応援助者助成金
支援対象障害者名簿（様式第9号）
及び
活動実績状況報告書（総括票）兼申請額計算書（様式第10号）
作成ツール

Ver. 2.0.1

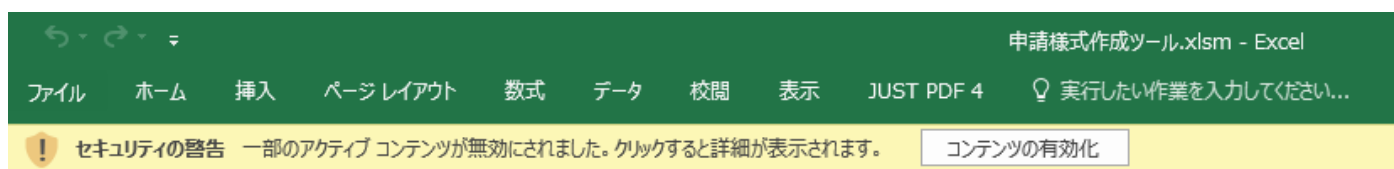
令和6年4月

目次

1. 援助者情報の入力	1
2. 入力フォームを開く	2
3. 支援対象障害者名簿入力	3
4. 入力したデータを保存	6
5. 新規に支援対象障害者番号を採番して入力	8
6. 様式第9号 / 第10号を出力	9
7. ページ送り	12
8. 入力済データの削除	13
9. 入力フォームを閉じる	15
10. 入力済データの編集	16

【初めてご利用になる前に】

本ツールの利用に際してはマクロを「有効」にする必要があります。



画面上部に上記の表示がされた場合には、「コンテンツの有効化」をクリックしてからご利用ください。

1. 援助者情報の入力

1-1. 「Main」シートの「援助者リスト」のリンクをクリックします。

訪問型職場適応援助者助成金
支援対象障害者名簿（様式第9号）及び活動実績状況報告書（総括票）兼申請額計算書（様式第10号）作成ツール

1 事前準備
① 援助者リスト（Helpersシート）へ支援対象障害者情報の入力対象となる援助者番号、援助者氏名を事前に入力します。
入力の際は援助者番号が重複しないようご注意ください。 [→ 援助者リスト](#)

2 入力方法
① 右の「入力フォームを開く」ボタンをクリックします。
② 入力フォーム画面から支援対象者情報、基本情報、活動内容を入力していきます。
③ 途中で保存する場合は、「保存」ボタンをクリックします。
④ 入力済の支援対象障害者の方はこのMainシートで確認できます。

3 出力方法
① 入力フォーム画面の「様式第9号 / 第10号 出力」ボタンをクリックします。
② 様式第9号及び様式第10号がまとめて出力されます。

4 その他
① 作成に当たっては記入上の注意を必ずご確認ください。 [→ 記入上の注意](#)
② ファイル名は必要に応じて変更いただいて差し支えありません。
③ 詳しい説明書は機構ホームページ（この申請様式作成フォームをダウンロードいただいたページ）からご覧いただけます。

入力済のデータ 0 件 ※行をダブルクリックで編集

支援対象障害者番号	支給対象期	氏名

1-2. 援助者リストの入力

援助者番号、援助者氏名を入力します。援助者番号が重複しないよう注意してください。
援助者リストへの入力は最大 20 名まで可能です。

A	B	C	D
1	援助者番号	援助者氏名	→Mainシートへ
2	1	援助 太郎	
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			

2. 入力フォームを開く

2-1. 「Main」シートの「入力フォームを開く」ボタンをクリックします。

訪問型職場適応援助者助成金
支援対象障害者名簿（様式第9号）及び活動実績状況報告書（総括票）兼申請額計算書（様式第10号）作成ツール

1 事前準備
① 援助者リスト（Helpersシート）へ支援対象障害者情報の入力対象となる援助者番号、援助者氏名を事前に入力します。
入力の際は援助者番号が重複しないようご注意ください。→ [援助者リスト](#)

2 入力方法
① 右の「入力フォームを開く」ボタンをクリックします。
② 入力フォーム画面から支援対象者情報、基本情報、活動内容を入力していきます。
③ 途中で保存する場合は、「保存」ボタンをクリックします。
④ 入力済の支援対象障害者の方はこのMainシートで確認できます。

3 出力方法
① 入力フォーム画面の「様式第9号 / 第10号 出力」ボタンをクリックします。
② 様式第9号及び様式第10号がまとめて出力されます。

4 その他
① 作成に当たっては記入上の注意を必ずご確認ください。→ [記入上の注意](#)
② ファイル名は必要に応じて変更いただいて差し支えありません。
③ 詳しい説明書は機構ホームページ（この申請様式作成フォームをダウンロードいただいたページ）からご覧いただけます。

入力済のデータ 0件 ※行をダブルクリックで編集

支援対象障害者番号	支給対象期	氏名

2-2. 入力フォームが表示されます。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 1 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 [] ~ []

支援対象障害者
ふりがな [] []
氏名 [] []
生年月日 和暦 [] [] 西暦 [] [] 歳
障害の種類と等級 [] []
中高措置 []
雇用保険加入 []

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者
雇用事業所
〒 [] - [] 住所 []
名称 [] 電話番号 []
代表者 役職 [] 氏名 [] 雇用保険適用事業所番号 [] - [] - []

勤務先事業所
(同上の場合 記載不要)
 入力切替
〒 [] - [] 住所 []

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 [] 時間/週 雇入(予定)日 [] 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態
 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名 (※1) a [] b []

様式第9号 / 第10号 出力 保存 閉じる

3. 支援対象障害者名簿入力

下記の要領で、各項目を入力します。

3-1. 支援対象障害者情報の入力

画面上段に支援対象障害者の情報を入力します。

支援対象障害者名簿入力 ×

支援対象障害者番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 ~

支援対象障害者

ふりがな	<input type="text" value="しえん"/>	<input type="text" value="いちろう"/>	障害の種類と等級	中高措置	雇用保険加入
氏名	<input type="text" value="支援"/>	<input type="text" value="一郎"/>	<input type="text" value="身体障害"/> <input type="text" value="4級"/>	<input type="text" value="あり"/>	<input type="text" value="あり"/>
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 和暦 <input type="text" value="昭和"/> <input type="text" value="55/12/15"/>	<input type="radio"/> 西暦 <input type="text" value="1980/12/15"/>	<input type="text" value="34"/> 歳		

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者雇用事業所

〒	<input type="text" value="260"/>	<input type="text" value="0831"/>	住所	<input type="text" value="千葉県千葉市中央区港町12345"/>	
名称	<input type="text" value="株式会社SAMPLE"/>			電話番号	<input type="text" value="043-123-4567"/>
代表者	役職	<input type="text" value="代表取締役"/>	氏名	<input type="text" value="代表 大輔"/>	
雇用保険適用事業所番号			<input type="text" value="1234"/>	<input type="text" value="123456"/>	<input type="text" value="1"/>

勤務先事業所
(同上の場合 記載不要)

入力切替

〒	<input type="text" value="260"/>	<input type="text" value="0031"/>	住所	<input type="text" value="千葉県千葉市中央区新千葉7890"/>	
名称	<input type="text" value="サンプル事業所"/>				

勤務形態

(予定) 週所定労働時間	<input type="text" value="12"/> 時間/週	雇入(予定)日	<input type="text" value="2024/05/15"/>		
就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無			<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし		

支援形態

1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援

2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援

3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援

4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名 (※1)

a	<input type="text" value="サンプル事業所"/>	b	<input type="text"/>
---	--------------------------------------	---	----------------------

支援対象障害者番号	自動的に 1 ~ の連番が振られます。任意の番号を振ることはできません。	
新規 / 継続	いずれかを選択	
支給対象期(始)~(終)	今回の支給対象期を入力します 西暦 (YYYY/MM/DD) ※(始)~(終)は6ヶ月以内	
支援対象障害者	ふりがな	全角かな (姓と名を各々入力)
	氏名	全角文字 (姓と名を各々入力)
	生年月日	和暦 (EE/MM/DD) / 西暦 (YYYY/MM/DD)
	年齢	生年月日から自動計算されますが、上書き入力可能です。
障害の種類	右にある <input type="text" value="▼"/> の一覧から選択	
等級	右にある <input type="text" value="▼"/> の一覧から選択 (障害の種類が身体障害の場合選択)	
雇用保険加入	あり / なし いずれかを選択	

3-2. 基本情報の入力

画面下段「基本情報」のタブを選択すると表示されます。

The screenshot shows a web form titled '支援対象障害者名簿入力' (Support Recipient Information Entry). The form is divided into several sections. A red box highlights the '基本情報' (Basic Information) section, which includes fields for the recipient's address, company name, representative, and employment details. A red callout bubble with the word '選択' (Select) points to the '基本情報' tab.

支援対象障害者 雇用事業所	郵便番号	半角数字 3桁 - 4桁
	住所	全角・半角どちらでも入力可
	名称	全角・半角どちらでも入力可
	電話番号	半角数字
	代表者 役職	全角・半角どちらでも入力可
	代表者 氏名	全角文字 (姓と名の間に空白1文字)
	雇用保険適用事業所番号	半角数字 4桁 - 6桁 - 1桁
勤務先事業所 (入力切替の☑ で入力可能)	郵便番号	半角数字 3桁 - 4桁
	住所	全角・半角どちらでも入力可
	名称	全角・半角どちらでも入力可
勤務形態	(予定)週所定労働時間	半角数字
	雇入(予定)日	西暦 (YYYY/MM/DD)
	就業継続支援A型事業の 利用者への該当の有無	あり / なし いずれかを選択
支援形態	支援形態 1～4	複数選択可
	別の支給申請に係る 雇用保険適用事業所名 (※1)	支援形態4を選択した場合のみ入力 事業所名 a、事業所名 bの順に入力 全角・半角どちらでも入力可

3-3. 活動内容の入力

画面下段「活動内容」のタブを選択すると表示されます。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 ~

支援対象者氏名 障害の種類と等級 中高措置 雇用保険加入

生年月日 和暦 西暦 歳

基本情報 **活動内容**

支援計画期間	日付	時間数	援助者 番号・氏名	支援等の内容	支援形態	※1	訪問先等名称
<input type="text" value="2024/05/10"/> ~ <input type="text" value="2024/09/30"/>	2024/05/04	①	1 援助 太郎	支援計画策定	1		訪問サンプル
	2024/05/05	①	1 援助 太郎	支援計画策定	1		訪問サンプル
集中支援期 <input type="text" value="2024/05/10"/> ~ <input type="text" value="2024/06/30"/>	2024/05/06	①	1 援助 太郎	支援計画策定	1		訪問サンプル
	2024/05/07	②	1 援助 太郎	支援計画策定	1		訪問サンプル
移行支援期 <input type="text" value="2024/07/01"/> ~ <input type="text" value="2024/09/30"/>	2024/05/11	②	1 援助 太郎	支援	1,4	a	訪問サンプル
	2024/05/12	②	1 援助 太郎	支援	1,4	a	訪問サンプル
	2024/05/13	②	2 援助 花子	支援	1,4	a	訪問サンプル
	2024/05/13	②	2 援助 花子	支援	1		訪問サンプル
フォローアップ期間 <input type="text" value="2024/10/01"/> ~ <input type="text" value="2025/09/30"/>							
精神障害者の追加フォローアップ期間 <input type="text" value="2024/10/01"/> ~ <input type="text" value="2026/09/30"/>							
	支援回数計		7 回				

支援計画期間(始)～(終)	西暦 (YYYY/MM/DD)	
集中支援期(始)～(終)	西暦 (YYYY/MM/DD)	
移行支援期(始)～(終)	西暦 (YYYY/MM/DD)	
フォローアップ期間(始)～(終)	西暦 (YYYY/MM/DD)	
精神障害者のフォローアップ期間(始)～(終)	西暦 (YYYY/MM/DD)	
活動内容の一覧		
日付	西暦 (YYYY/MM/DD)	
時間数	①又は②を選択	
訪問型職場適応援助者	番号	半角数字
	氏名	援助者番号入力時に援助者リストから自動入力
支援等の内容	右にある <input type="button" value="▼"/> の一覧から選択	
フォローアップ日数	「精神障害者の追加フォローアップ」の場合のみ 1～3のいずれかを選択してください。	
支援形態	右にある <input type="button" value="▼"/> の一覧から選択	
※1	基本情報で入力した別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名「a」「b」「a,b」いずれかを選択	
訪問先等名称	全角・半角どちらでも入力可	

4. 入力したデータを保存

4-1. 「保存」ボタンをクリックすると、フォームに入力した内容が保存されます。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 1 新規番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者 ふりがな しえん いちろう 障害の種類と等級 中高措置 雇用保険加入
氏名 支援 一郎 身体障害 4級 あり あり
生年月日 和暦 昭和 55/12/15 西暦 1980/12/15 34 歳

基本情報 活動内容

支援計画期間	日付	時間数	援助者 番号・氏名	支援等の内容	支援形態	※1	訪問先等名称
2024/05/10 ~ 2024/09/30	2024/05/04	①	1 援助 太郎	支援計画策定	1		訪問サンプル
	2024/05/05	①	1 援助 太郎	支援計画策定	1		訪問サンプル
集中支援期 2024/05/10 ~ 2024/06/30	2024/05/06	①	1 援助 太郎	支援計画策定	1		訪問サンプル
	2024/05/07	②	1 援助 太郎	支援計画策定	1		訪問サンプル
	2024/05/11	②	1 援助 太郎	支援	1,4	a	訪問サンプル
移行支援期 2024/07/01 ~ 2024/09/30	2024/05/12	②	1 援助 太郎	支援	1,4	a	訪問サンプル
	2024/05/13	②	2 援助 花子	支援	1,4	a	訪問サンプル
	2024/05/13	②	2 援助 花子	支援	1		訪問サンプル
フォローアップ期間 2024/10/01 ~ 2025/09/30							
精神障害者の追加フォローアップ期間 2024/10/01 ~ 2026/09/30							
	支援回数計		7 回				

全ての番号を削除 現在の番号を削除 様式第9号 / 第10号 出力 **保存** 閉じる

4-2. 入力エラーがある場合

エラーメッセージが表示され、該当項目が赤色で表示されます。

入力内容を修正し、再度「保存」ボタンをクリックしてください。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 1 新規番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者 ふりがな いちろう 障害の種類と等級 中高措置 雇用保険加入
氏名 支援 一郎 身体障害 4級 あり あり
生年月日 和暦 昭和 55/12/15 西暦 1980/12/15 34 歳

基本情報 活動内容

支援対象障害者雇用事業所 〒 260 - 0831 住所 千葉県千葉市中央区港町12345
名称 株式会社SAMPLE 電話番号 043-123-4567
代表者 役職 代表取締役 氏名 雇用保険適用事業所番号 1234 - 123456 - 1

勤務先事業所 (同上の場合 記載不要) 入力切替
名称 サンプル事業所

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 12 時間/週 雇入 (予定) 日 2024/05/15 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名 (※1) a サンプル事業所 b

全ての番号を削除 現在の番号を削除 様式第9号 / 第10号 出力 **保存** 閉じる

4-3. 保存完了後

完了メッセージが表示されます。

下記のボタンが表示されます。(ボタンの詳細は後述のページを参照してください。)

「新規番号」 → 5. 新規に支援対象障害者番号を採番して入力

「全ての番号を削除」 → 7. 入力済データの削除

「現在の番号を削除」 → 7. 入力済データの削除

支援対象障害者名簿入力	
支援対象障害者番号	1 <input type="button" value="新規番号"/> <input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)
支給対象期	2024/05/04 ~ 2024/10/31
支援対象障害者	ふりがな しえん いちろう 氏名 支援 一郎 生年月日 <input type="radio"/> 和暦 昭和 55/12/15 <input type="radio"/> 西暦 1980/12/15 34 歳 障害の種類と等級 身体障害 4級 中高措置 あり 雇用保険加入 あり
基本情報	活動内容
支援対象障害者雇用事業所	〒 260 - 0831 住所 千葉県千葉市中央区港町12345 名称 株式会社SAMPLE 代表者 代表取締役 氏名 代表 大 電話番号 043-123-4567 雇用保険適用事業所番号 1234 - 123456 - 1
勤務先事業所 (同上の場合 記載不要) <input checked="" type="checkbox"/> 入力切替	〒 260 - 0031 住所 千葉県千葉市中央区新千葉7890 名称 サンプル事業所
勤務形態	(予定) 週所定労働時間 12 時間/週 雇入(予定)日 2024/05/15 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
支援形態	<input checked="" type="checkbox"/> 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援 <input type="checkbox"/> 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援 <input type="checkbox"/> 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援 <input checked="" type="checkbox"/> 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a サンプル事業所 b
<input type="button" value="全ての番号を削除"/> <input type="button" value="現在の番号を削除"/> <input type="button" value="様式第9号 / 第10号 出力"/> <input type="button" value="保存"/> <input type="button" value="閉じる"/>	

5. 新規に支援対象障害者番号を採番して入力

5-1. 「新規番号」ボタンをクリックします。

支援対象障害者番号入力

支援対象障害者番号 **1** **新規番号** 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者
ふりがな しえん いちろう
氏名 支援 一郎
生年月日 和暦 昭和 55/12/15 西暦 1980/12/15 34 歳
障害の種類と等級 身体障害 4級
中高措置 あり
雇用保険加入 あり

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者雇用事業所
〒 260 - 0831 住所 千葉県千葉市中央区港町12345
名称 株式会社SAMPLE 電話番号 043-123-4567
代表者 役職 代表取締役 氏名 代表 大輔 雇用保険適用事業所番号 1234 - 123456 - 1

勤務先事業所
(同上の場合 記載不要)
 入力切替
〒 260 - 0031 住所 千葉県千葉市中央区新千葉7890
名称 サンプル事業所

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 12 時間/週 雇入(予定)日 2024/05/15 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態
 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援
別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a サンプル事業所 b

全ての番号を削除 現在の番号を削除 様式第9号 / 第10号 出力 保存 閉じる

5-2. 新しく支援対象障害者番号が振られ、空白のフォームが表示されます。

先のデータと同様の手順で、入力・保存を行ってください。

支援対象障害者番号入力

支援対象障害者番号 **2** 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 ~

支援対象障害者
ふりがな
氏名
生年月日 和暦 西暦 歳
障害の種類と等級
中高措置
雇用保険加入

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者雇用事業所
〒 - 住所
名称 電話番号
代表者 役職 氏名 雇用保険適用事業所番号 - -

勤務先事業所
(同上の場合 記載不要)
 入力切替
〒 - 住所
名称

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 時間/週 雇入(予定)日 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態
 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援
別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a b

全ての番号を削除 様式第9号 / 第10号 出力 保存 閉じる

6. 様式第9号 / 第10号を出力

6-1. 「様式第9号 / 第10号 出力」ボタンをクリックします。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 1 新規番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者 フリガナ しえん いちろう 障害の種類と等級 中高措置 雇用保険加入
氏名 支援 一郎 身体障害 4級 あり あり
生年月日 和暦 昭和 55/12/15 西暦 1980/12/15 34 歳

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者雇用事業所 〒 260 - 0831 住所 千葉県千葉市中央区港町12345
名称 株式会社SAMPLE 電話番号 043-123-4567
代表者 役職 代表取締役 氏名 代表 大輔 雇用保険適用事業所番号 1234 - 123456 - 1

勤務先事業所 〒 260 - 0031 住所 千葉県千葉市中央区新千葉7890
(同上の場合 記載不要) 入力切替 名称 サンプル事業所

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 12 時間/週 雇入(予定)日 2024/05/15 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a サンプル事業所 b

全ての番号を削除 現在の番号を削除 **様式第9号 / 第10号 出力** 保存 閉じる

6-2. 確認メッセージが表示されます。

「はい」をクリックすると、入力済の全てのデータの様式第9号/第10号が出力されます。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 1 新規番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者 フリガナ しえん いちろう 障害の種類と等級 中高措置 雇用保険加入
氏名 支援 一郎 身体障害 4級 あり あり
生年月日 和暦 昭和 55/12/15 西暦 1980/12/15 34 歳

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者雇用事業所 〒 260 - 0831 住所 千葉県千葉市中央区港町12345
名称 株式会社SAMPLE 電話番号 043-123-4567
代表者 役職 代表取締役 雇用保険適用事業所番号 1234 - 123456 - 1

勤務先事業所 〒 260 - 0031 住所 千葉県千葉市中央区新千葉7890
(同上の場合 記載不要) 入力切替 名称 サンプル事業所

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 12 時間/週 雇入(予定)日 2024/05/15 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

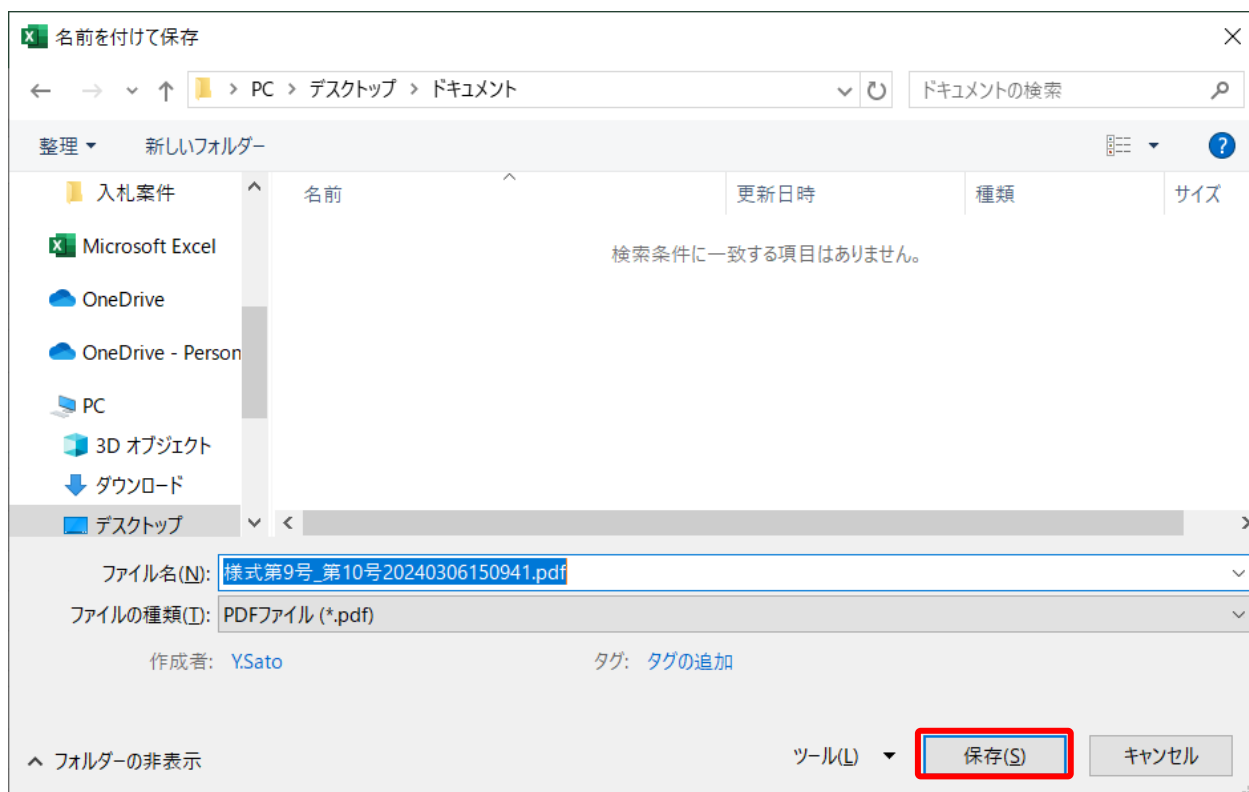
支援形態 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a サンプル事業所 b

入力済の番号: 1 の様式第9号/第10号を出力します。よろしいですか?
 はい いいえ

全ての番号を削除 現在の番号を削除 様式第9号 / 第10号 出力 保存 閉じる

6-3. PDF ファイルの保存先を選択し、「保存」をクリックします。



6-4. 保存した PDF ファイルが表示されます。

両面印刷を行います。

※画面・印刷手順はお使いの PDF ビューワーによって異なります。

PDFビューワーのスクリーンショット。タイトルは「(様式第9号(訪)) (1枚 / 全1枚) 支援対象障害者名簿 (支援対象障害者番号 1)」。右上には「(R6.4.1)」と表示されている。

表の上部には「支給対象期 令和6年5月4日 ~ 令和6年10月31日」が記載されている。

新規	支援対象障害者氏名 (生年月日)	しえん いちろう 支援 一郎 昭和55年12月15日 / 34 歳		障害の種類と等級	中高措置	雇用保険加入
	支援対象障害者雇用事業所	住所 〒 260-0831 千葉県千葉市中央区港町12345	電話番号	043-123-4567		
	勤務先事業所 (同上の場合記載不要)	住所 〒 260-0031 千葉県千葉市中央区新千葉7890	名称	サンプル事業所		
	勤務形態	(予定) 週所定労働時間 12 時間/週	雇入(予定)日	令和6年5月15日		
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり / なし						
支援形態	① 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援		② 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援		③ 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援	
	④ 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援		別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名 (※1) a サンプル事業所 b			
支援計画期間	日付	時間数 ①/②	訪問型職場適応援助者 氏名及び番号	支援等の内容 / 支援形態		※1 訪問先等名称
	5/4	①	援助 太郎 (1)	支援計画策定 () 1		訪問サンプル

7. ページ送り

7-1. 複数件のデータが入力済の場合 上下ボタンをクリックしてページ送りが可能です。

▲ 1つ後の支援対象障害者番号へ

▼ 1つ前の支援対象障害者番号へ

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 **2** 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者
ふりがな やまだ あやか
氏名 山田 綾香
障害の種類と等級 身体障害 4級
中高措置 なし
雇用保険加入 あり
生年月日 和暦 平成 11/11/15 西暦 1999/11/15 24 歳

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者
雇用事業所 〒 290 - 0012 住所 千葉市中央区港町55-20
名称 キャリアサンプル株式会社 電話番号 043-221-1234
代表者 役職 代表取締役 氏名 宮沢 和史 雇用保険適用事業所番号 1234 - 666666 - 1

勤務先事業所
(同上の場合 記載不要)
 入力切替 名称

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 10 時間/週 雇入 (予定) 日 2024/05/01 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態
 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援
別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a b

7-2. 編集中の項目がある場合 確認メッセージが表示されます。

「はい」をクリックすると、編集内容を破棄してページ送りを行います。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 **2** 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者
ふりがな やまだ あやか
氏名 山田 綾香
障害の種類と等級 身体障害 4級
中高措置 なし
雇用保険加入 あり
生年月日 和暦 平成 11/11/15 西暦 1999/11/15 24 歳

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者
雇用事業所 〒 290 - 0012 住所 千葉市中央区港町55-20
名称 キャリアサンプル株式会社 電話番号 043-221-1234
代表者 役職 代表取締役 氏名 宮沢 和史 雇用保険適用事業所番号 1234 - 666666 - 1

勤務先事業所
(同上の場合 記載不要)
 入力切替 名称

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 10 時間/週 雇入 (予定) 日 2024/05/01 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態
 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援
別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a b

Microsoft Excel
データが保存されていません。
編集内容を破棄して画面を切り替えるよろしいですか?

8. 入力済データの削除

8-1. 現在表示中の番号のデータを削除

「現在の番号を削除」ボタンをクリックします。

The screenshot shows the '支援対象障害者名簿入力' (Support Recipient Name Entry) form. The '支援対象障害者番号' (Support Recipient Number) is set to 2. The '現在の番号を削除' (Delete current number) button is highlighted with a red box. Other fields include '支給対象期' (2024/05/04 ~ 2024/10/31), '支援対象障害者' (ふりがな: やまだ あやか, 氏名: 山田 綾香, 生年月日: 11/11/15, 年齢: 24), '障害の種類と等級' (身体障害, 4級), '中高措置' (なし), and '雇用保険加入' (あり). The '雇用事業所' (Employment Business) is 'キャリアサンプル株式会社' (Career Sample Co., Ltd.).

8-2. 確認メッセージが表示されます。

「はい」をクリックすると該当のデータが削除されます。

※実行後は元に戻すことはできません。ご注意ください。

The screenshot shows the same '支援対象障害者名簿入力' form as above. A confirmation dialog box titled 'Microsoft Excel' is overlaid on the form. The dialog box contains the text: '支援対象障害者番号 2 のデータを削除します。実行後は元に戻すことはできません。よろしいですか?' (Delete the data for support recipient number 2. You cannot return to the original state after execution. Is it all right?). There are two buttons: 'はい(Y)' (Yes) and 'いい(N)' (No). The 'はい(Y)' button is highlighted with a blue box.

8-3. 全ての番号のデータを削除

「全ての番号を削除」ボタンをクリックします。

支援対象障害者番号		新規番号		新規		継続		(*途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)		
支給対象期	2024/05/04		～	2024/10/31						
支援対象障害者	ふりがな	やまだ		あやか		障害の種類と等級	中高措置	雇用保険加入		
	氏名	山田		綾香						
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 和暦	平成	11/11/15	<input type="radio"/> 西暦				1999/11/15	24
基本情報 活動内容										
支援対象障害者 雇用事業所	〒	290	-	0012	住所	千葉県中央区港町55-20				
	名称	キャリアサンプル株式会社				電話番号	043-221-1234			
	代表者	役職	代表取締役		氏名	宮沢 和史		雇用保険適用事業所番号	1234 - 666666 - 1	
勤務先事業所 (同上の場合 記載不要) <input type="checkbox"/> 入力切替	〒		-		住所					
	名称									
勤務形態	(予定) 週所定労働時間	10	時間/週	雇入(予定)日	2024/05/01	就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			
支援形態	<input type="checkbox"/> 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援									
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援									
	<input type="checkbox"/> 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援									
	<input type="checkbox"/> 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援									
	別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名 (*1)	a			b					
全ての番号を削除										
現在の番号を削除										
様式第9号 / 第10号 出力										
保存										
閉じる										

8-4. 確認メッセージが表示されます。

「はい」をクリックすると全てのデータが削除されます。

※実行後は元に戻すことはできません。ご注意ください。

支援対象障害者番号		新規番号		新規		継続		(*途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)		
支給対象期	2024/05/04		～	2024/10/31						
支援対象障害者	ふりがな	やまだ		あやか		障害の種類と等級	中高措置	雇用保険加入		
	氏名	山田		綾香						
	生年月日	<input checked="" type="radio"/> 和暦	平成	11/11/15	<input type="radio"/> 西暦				1999/11/15	24
基本情報 活動内容										
支援対象障害者 雇用事業所	〒	290	-	0012	住所	千葉県中央区港町55-20				
	名称	キャリアサンプル株式会社				電話番号	043-221-1234			
	代表者	役職	代表取締役		氏名			雇用保険適用事業所番号	1234 - 666666 - 1	
勤務先事業所 (同上の場合 記載不要) <input type="checkbox"/> 入力切替	〒		-		住所					
	名称									
勤務形態	(予定) 週所定労働時間	10	時間/週	雇入(予		支援A型事業の利用者への該当の有無	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし			
支援形態	<input type="checkbox"/> 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援									
	<input checked="" type="checkbox"/> 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援									
	<input type="checkbox"/> 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援									
	<input type="checkbox"/> 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援									
	別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名 (*1)	a			b					
Microsoft Excel										
全てのデータを削除します。 支援対象障害者番号: 1 ~ 2 実行後は元に戻すことはできません。よろしいですか?										
<input checked="" type="button"/> はい <input type="button"/> いいえ										
全ての番号を削除										
現在の番号を削除										
様式第9号 / 第10号 出力										
保存										
閉じる										

9. 入力フォームを閉じる

9-1. 「閉じる」ボタンをクリックすると、入力フォームを閉じます。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 新規番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者 フリガナ やまだ あやか 障害の種類と等級 中高措置 雇用保険加入
氏名 山田 綾香 身体障害 4級 なし あり
生年月日 和暦 平成 11/11/15 西暦 1999/11/15 24 歳

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者雇用事業所 〒 290 - 0012 住所 千葉市中央区港町55-20
名称 キャリアサンプル株式会社 電話番号 043-221-1234
代表者 役職 代表取締役 氏名 宮沢 和史 雇用保険適用事業所番号 1234 - 666666 - 1

勤務先事業所 (同上の場合 記載不要) 入力切替
名称

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 10 時間/週 雇入(予定)日 2024/05/01 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a b

9-2. 編集中の項目がある場合 確認メッセージが表示されます。

「はい」をクリックすると、編集内容を破棄してフォームを閉じます。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 新規番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 2024/05/04 ~ 2024/10/31

支援対象障害者 フリガナ やまだ あやか 障害の種類と等級 中高措置 雇用保険加入
氏名 山田 綾香 身体障害 4級 なし あり
生年月日 和暦 平成 11/11/15 西暦 1999/11/15 24 歳

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者雇用事業所 〒 290 - 0012 住所 千葉市中央区港町55-20
名称 キャリアサンプル株式会社 電話番号 043-221-1234
代表者 役職 代表取締役 氏名 宮沢 和史 雇用保険適用事業所番号 1234 - 666666 - 1

勤務先事業所 (同上の場合 記載不要) 入力切替
名称

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 10 時間/週 雇入(予定)日 2024/05/01 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a b

Microsoft Excel
データが保存されていません。
編集内容を破棄して画面を閉じてよろしいですか?

10. 入力済データの編集

10-1. 入力済データがある場合、「Main」シートに一覧が表示されます。
編集対象の行をダブルクリックします。

訪問型職場適応援助者助成金
支援対象障害者名簿（様式第9号）及び活動実績状況報告書（総括票）兼申請額計算書（様式第10号）作成ツール

1 事前準備
① 援助者リスト（Helpersシート）へ支援対象障害者情報の入力対象となる援助者番号、援助者氏名を事前に入力します。
入力の際は援助者番号が重複しないようご注意ください。→ [援助者リスト](#)

2 入力方法
① 右の「入力フォームを開く」ボタンをクリックします。
② 入力フォーム画面から支援対象者情報、基本情報、活動内容を入力していきます。
③ 途中で保存する場合は、「保存」ボタンをクリックします。
④ 入力済の支援対象障害者の方はこのMainシートで確認できます。

3 出力方法
① 入力フォーム画面の「様式第9号 / 第10号 出力」ボタンをクリックします。
② 様式第9号及び様式第10号がまとめて出力されます。

4 その他
① 作成に当たっては記入上の注意を必ずご確認ください。→ [記入上の注意](#)
② ファイル名は必要に応じて変更いただいて差し支えありません。
③ 詳しい説明書は機構ホームページ（この申請様式作成フォームをダウンロードいただいたページ）からご覧いただけます。

入力済のデータ 2件 ※行をダブルクリックで編集

支援対象障害者番号	支給対象期	氏名
1	2024/05/04 ~ 2024/10/31	支援 一郎
2	2024/05/04 ~ 2024/10/31	山田 綾香

10-2. 該当データの入力フォームが表示されます。

支援対象障害者名簿入力

支援対象障害者番号 新規番号 新規 継続 (※途中で計画変更があった場合、フォローアップ計画に切り替わる場合も「新規」を選択してください。)

支給対象期 ~

支援対象障害者
ふりがな
氏名
生年月日 和暦 西暦 歳

障害の種類と等級
中高措置
雇用保険加入

基本情報 | 活動内容

支援対象障害者雇用事業所
〒 - 住所
名称 電話番号
代表者 役職 氏名 雇用保険適用事業所番号 - -

勤務先事業所
(同上の場合 記載不要) 入力切替
〒 - 住所
名称

勤務形態 (予定) 週所定労働時間 時間/週 雇入(予定)日 就業継続支援A型事業の利用者への該当の有無 あり なし

支援形態
 1 地域センターが作成した支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 2 法人が作成して承認を受けた支援計画による訪問型職場適応援助者の支援
 3 法人内の支援スキル向上研修修了者と訪問型職場適応援助者とのペアによる支援
 4 別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援

別の支給申請に係る雇用保険適用事業所名(※1) a b

全ての番号を削除 現在の番号を削除 様式第9号 / 第10号 出力 保存 閉じる