

(様式第8号(訪))

事業所コード

訪問型職場適応援助者助成金支給申請書

本申請書は、支給対象期の末日の翌日から2ヶ月以内に提出してください。支給申請期限を過ぎると申請書を受理できず、助成金の支給はできませんのでご注意ください。

認定決定通知書に記載された事業所コードをご記入ください。

標記助成金の支給を希望しますので、以下のとおり支給申請します。また、本票の記載事項及び関連して提出する書類等並びに受給資格認定時に届け出た事項のすべてについて、いずれにも相違ありません。虚偽の申し立てがあると(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構(以下「機構」という。)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。

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

****年**月**日

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 役職・氏名 理事長 千葉 花子 金融機関名 **銀行 支店名 **支店 口座種別 普通 口座番号 ****-**-**** 口座名義(カナ) *****

※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。

支給決定通知書の郵送先(いずれかに☑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** 申請事業所について、雇用保険適用番号が異なる場合は、それぞれ個別に支給申請を行ってください。 担当 1403-**-***** 043-**-**** ****@***.or.jp

支給対象期 令和**年**月**日 ~ 令和**年**月**日 無償で行った 有償で行った

支援実施状況

Table with columns: (ふりがな) 職場適応援助者氏名, 番号, 支援等に係る助成額, 訪問型職場適応援助者養成研修経費に係る記載事項(※), 職場適応援助者確認欄. Includes entry for 雇用 太郎 with 224,000円.

Table for 訪問型職場適応援助者養成経費(※) with columns: 氏名, 法人負担額, 養成研修経費総額.

※訪問型職場適応援助者の養成研修受講後最初の支援実施日の属する支給対象期の支給申請時に申請すること。

b. 職場適応援助者養成経費分 [法人負担額 × 1/2] 円 今期支給額(a+b) 224,000円

認定申請時に提出した支給要件確認申請書(様式第540号)により確認した項目内容の変更の有無 ※裏面の「申請にあたっての留意点」への該当の有無をご確認ください。 [] 有 [x] 無

機構処理欄

支給・不支給決定日 支給決定額 必ず確認してください。