

企業在籍型職場適応援助者助成金受給資格認定(変更)申請書

本認定申請書は、支援期間の開始日から3ヶ月以内に提出してください。

なお、支援対象障害者が支援開始日の前日において職場支援員の配置又は委嘱助成金の対象となっている場合は、支援開始日から3ヶ月を経過する日又は支援開始日を含む職場支援員の配置又は委嘱助成金の支給対象期に係る支給申請日のいずれか早い日までに提出してください。

ご不明な場合は、管轄の支部へお問い合わせください。

企業在籍型職場適応援助者助成金の支給を希望しますので、以下のとおり提出します。

申請書の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも事実と相違ありません。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。

年 月 日

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

Form with fields for business owner (住所, 名称, 役職) and agent (住所, 電話番号, 名称, 氏名).

Form for notification of recognition (認定通知書の郵送先) with checkboxes for business owner and business location.

※ 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。

Main application form with fields for applicant (住所, 名称), representative (氏名, 電話/Fax, メールアドレス), insurance number, capital, and business scale.

1 支援対象障害者

Form for support recipient (支援対象障害者) including name, age, disability type, and employment details.

2 職場適応援助者

Form for workplace adaptation support (職場適応援助者) including name, insurance number, and support details.

機構処理欄

Table for institutional processing with columns for recognition date and number.