

事業所コード

企業在籍型職場適応援助者助成金支給申請書

本申請書は、支給対象期間の末日の翌日から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、申請書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。

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

年 月 日

事業主 住所 〒\*\*\*-\*\*\*\* 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 助成金振込金融機関等 金融機関名 \*\*\*\*銀行 支店名 \*\*支店 口座種別 普通 口座番号 \* \* \* \* \* \* \* \*

※ 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。

申請に係る事業所 住所 〒\*\*\*-\*\*\*\* 千葉県千葉市美浜区\*\*\*\*\* 名称 社会福祉法人〇〇〇 △△事業所 担当者 氏名 雇用 太郎 電話/Fax \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*\* メールアドレス \*\*\*\*\*@\*\*\*\*\*.or.jp 事業主 事業所

1 支援対象障害者 受給資格認定通知書に記載されている認定番号を記載してください。 ふりがな まくはり わかば 氏名 幕張 若葉 生年月日 成\*\*年\*\*月\*\*日 認定番号 1404-\*\*\*-\*\*\*\*\* 雇用保険被保険者番号 \*\*\*\*-\*\*\*\*\*-\* 支給対象期間内の賃金未払い あり ・ なし 支給対象期間内の支援対象障害者の在職状況 理由 機構地域障害者職業センターが作成又は承認した企業在籍型職場適応援助者による支援計画書の支援期間を記入してください。

支給対象期間 令和\*\*年 7月 1日 ~ 令和\*\*年 12月 31日

本人確認 別紙のとおり、企業在籍型職場適応援助者による支援を受けたこと及び賃金の支払状況について、賃金台帳等の添付書類のとおり間違いのないことを支援対象障害者本人に確認しましたか。 はい いいえ

職場適応援助者確認 別紙のとおり、企業在籍型職場適応援助を実施したこと及び賃金の支払状況について、賃金台帳等の添付書類のとおり間違いのないことを職場適応援助者本人に確認しましたか。 はい いいえ

支給額 [別紙a.欄とb.欄の合計額] 720,000円 必ず確認してください。

認定申請時に提出した支給要件確認申立書(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 無 ※万が一、認定申請時と変更がある場合、認定取消しとなる場合があります。

機構処理欄 支給・不支給決定日 支給額

2 支援関係

企業在籍型 職場適応援助者 氏名	雇用 太郎		企業在籍型職場適応援助者に 対する支給対象期間中の貸金未払 い	あり ・ なし												
支給対象期間内の 企業在籍型 職場適応援助者の 支援状況	支援実施 ・ 離職又は異動等 (支援を提供しなくなった日 年 月 日)															
	理由															
支援日数	日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	支援日	7/1	7/5	7/10	7/15	7/20	8/1	8/5	8/10	8/15	8/20	9/1	9/5	9/10	9/15	9/20
	日数	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	支援日	10/1	10/5	10/10	10/15	10/20	11/1	11/5	11/10	11/15	11/20	12/1	12/5	12/10	12/15	12/31
	日数	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
	支援日	支援を実施した日を記載してください。														
備考	実施した支援の概要等を記載してください															
	本助成金に係る支給対象期間 6 か月 日															
企業在籍型職場適応 援助者が現に右記の 助成金の支援対象 労働者として 支援を受けているか	( 支援を受けている ・ いない )															
	<input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 職場適応援助者助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)(職場支援員の配置) <input type="checkbox"/> 職場支援員の配置又は委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(介助者、職業コンサルタント、在宅コーディネーター)															
障害の種類	1. 精神障害 2. それ以外の障害															
短時間労働者該当	1. 短時間労働者 2. 短時間労働者以外															
企業規模	1. 中小企業 2. 大企業															
対象月数	月数	6	か	月	金額	120,000	円	×	6	か	月	=	720,000	円		
	月数 (端数分)	(日)		か		月	円	×	(日)		か	月	=	円		
合計						a.	720,000	円								

3 養成研修受講料関係

企業在籍型職場適応 援助者養成研修 受講料関係	職場適応 援助者氏名		最初の支援の日	年 月 日
	研修修了 年月		研修実施機関名	
	最初の支援 計画における ペア支援	あり ・ なし	養成研修受講料	円
	事業主負担額	円	助成金金額 (事業主負担額×1/2)	b.