

障害者助成金支給請求書(1)

事業所コード * * * * * * * * * *

受理年月日(障害者助成部) 受理年月日

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。 20**年**月**日

- 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿
この請求書で支給請求する助成金
① 第1種作業施設設置等助成金
② 第2種作業施設設置等助成金
③ 障害者福祉施設設置等助成金
④ 重度障害者等通勤対策助成金(住宅の新築等)
⑤ 重度障害者等通勤対策助成金(住宅の賃借)
⑥ 重度障害者等通勤対策助成金(駐車場の賃借)
⑦ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤用自動車の購入)
⑧ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤用バスの購入)
⑨ 重度障害者等通勤対策助成金(住宅手当の支払)

助成金支給決定通知書の送付先・連絡先
送付先・連絡先の所 所属
事業主 事業所
所属先名称(部署名等) 総務部 〇〇課
氏名 幕張 若葉
電話番号 *** (***) ****
助成金振込希望金融機関
(既に届け出ている金融機関に変更がある場合等に記載)
助成金振込金融機関を次のとおり変更する。
金融機関名 コード番号
支店名 コード番号
口座種別 普通 当座 その他
口座番号
(フリガナ)
口座名義

請求事業主
所在地 千葉県千葉市美浜区*****
(フリガナ) カブシキカイシャ*****
事業主名 株式会社〇〇
(フリガナ) カブシキカイシャ***** コマロ タロウ
代表者の役職及び氏名 代表取締役 雇用 太郎
事業所所在地 千葉県千葉市花見川区*****
(フリガナ) カブシキカイシャ***** マハラジデン
事業所名 株式会社〇〇 幕張支店
社会保険労務士記載欄 事務所名及び担当社会保険労務士名
電話番号

1 この支給請求書で請求する受給資格の認定番号等
① 認定番号 第****-****-*****号
② 認定日 20**年**月**日
③ 助成金支給請求対象期間および請求回数 20**年**月**日 ~ 20**年**月**日 請求回数 (1)回目
④ 認定額 円

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況
フリガナ氏名 雇用有無 離職した場合の離職日 離職理由番号(※)
千業 花子 雇用中 年 月 日 1
フリガナ氏名 雇用有無 離職した場合の離職日 離職理由番号(※)

3 事業実施報告
A 設置整備の内容
B 賃借の内容
C 事業概要
D 貸借契約期間
E 費用の支払い相手先

4 支給請求額(上記①及び②の障害者作業施設設置等助成金については、内訳欄に作業施設・附属施設・作業設備の内訳を記載します。)
5 支給要件確認申請書の確認・訂正の変更
a 助成措置に係る必要費用(注1)
b 支給対象費用
c 助成率(注1)
d 助成限度額
e 支給請求額
135,000 円

6 補助金等との調整
1 国等の機関から補助金等の受給の有無
2 左記1が有の場合、本助成金と同じ支給費用を対象とするもの有無
3 左記2も有の場合、右欄に補助金等の支給期間名を記入
7 審査結果
8 支給決定日
9 決定番号

