

障害者助成金受給資格認定申請書（1）

事業所 コード	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

次のとおり助成金の受給資格の認定を受けたいので申請します。
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

この申請書で申請する助成金

- 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）

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日

本社又は主たる事務所の雇用保険適用事業所番号

****-*****-*

助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先

送付先・連絡先の所属 事業主 事業所

所属先名称（部署等） 総務部〇〇課

氏名 幕張 若葉

電話番号 *** (***) ****

助成金振込金融機関等

金融機関名 *** 銀行 金融機関コード
||*|*|*

支店名 〇〇支店 支店コード
||*|*

口座種別 普通 当座 その他

口座番号 *|*|*|*|*|*|*|*

（フリガナ）カフ**** ダイエウトリマリヤク コウ タロウ

口座名義 株式会社〇〇 代表取締役 雇用太郎

申請事業主	所在地	(〒 *** - ****) 千葉県千葉市*****
	（フリガナ）事業主名	カフシキガイシヤ**** 株式会社〇〇
	（フリガナ）代表者の役職及び氏名	ダイエウトリマリヤク コウ タロウ 代表取締役 雇用 太郎

申請に係る事業所	所在地	(〒 *** - ****) 千葉県千葉市*****
	（フリガナ）事業所名	カフシキガイシヤ**** マクハリシテン 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 この申請書で申請する支給対象障害者 助添付様式第64号「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。

2 関係者との取引の有無 対象施設等の所有者又は施工若しくは購入等の契約等の相手方は、申請事業主の関係者ではない。

契約締結日・予定日 20** 年 ** 月 ** 日 事前着手申出書の提出予定 (①③④⑦⑧の助成金の場合) 有り 無し

申請の内容 A 施設・住宅手当 作業施設・福祉施設 作業施設・福祉施設に附帯する施設 住宅 (世帯用 単身者用) 駐車場 (自宅側 事業所側) 住宅手当の支払

B 設備・バス・自動車 作業設備 福祉施設に付属する設備 通勤用バス 通勤用自動車 設備の名称

3 助成金申請額 (①第1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住宅の新築等、⑦通勤用自動車の購入、⑧通勤用バスの購入の場合に記入)

	a 助成措置に係る必要費用	b 支給対象費用	c 助成率 <input type="checkbox"/> にレ点を入れます。	d 支給限度額	e 助成金申請額 「b×c」の額又はdの額のいずれか低い額
申請額 (①の助成金の場合合計額を記載)	円	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
①の助成金の内訳	作業施設	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
	附帯施設	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
	作業設備	円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円

1 国等の機関からの補助金等の受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 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の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	3 左記2も有の場合、右欄に補助金等の支給機関名を記入 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	支給機関名	円
			補助金等の額	円

処理欄 ※	審査結果	認定 ・ 不認定	決定日	年	月	日	認定番号	-	-
	認定額	千円	施設	千円	附帯施設	千円	設備	千円	

助成金申請に係る支給対象障害者

受給資格認定申請書により申請する支給対象障害者について記載してください(表内の口は、該当するものにシ点をに入れてください。)

(フリガナ) 氏名	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途 障害者区分	在宅勤務区 分	労働者区分	雇用保険被保険者番号	
チハ ^ハ ハナコ 千葉 花子	****年**月**日	20**年**月**日	肢体不自由	身体1級	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当	<input checked="" type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	1234 - 123456 - 1	
	給与計算他、事業に係る事務作業全般			同一又は同種の助成金(注2)の受給歴 (障害者作業施設設置等助成金を申請する場合に記載)				在籍出向 (出向元企業名)	
	雇用契約書等に記載された業務内容を転記してくだ			助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)				認定番号	<input type="checkbox"/> 該当 <input checked="" type="checkbox"/> 不該当
				1回目 1作 2作 1雇 2雇 中途1作 中途2作 更新 改善					
2回目 1作 2作 1雇 2雇 中途1作 中途2作 更新 改善								()	
中途障害者の職場復 帰日等(注1)	受傷等年月日	年 月 日	職場復帰年月日	年 月 日	障害者手帳等の 交付日	****年**月**日	人事異動の発令日等 (又は職務内容の変更日)	年 月 日	
(フリガナ) 氏名	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途 障害者区分	在宅勤務区 分	労働者区分	雇用保険被保険者番号	
	年 月 日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	-	
仕事の内容等			同一又は同種の助成金(注2)の受給歴 (障害者作業施設設置等助成金を申請する場合に記載)				在籍出向 (出向元企業名)		
			助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)				認定番号	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	
		1回目 1作 2作 1雇 2雇 中途1作 中途2作 更新 改善						()	
		2回目 1作 2作 1雇 2雇 中途1作 中途2作 更新 改善						()	
中途障害者の職場復 帰日等(注1)	受傷等年月日	年 月 日	職場復帰年月日	年 月 日	障害者手帳等の 交付日	年 月 日	人事異動の発令日等 (又は職務内容の変更日)	年 月 日	
(フリガナ) 氏名	生年月日	雇用年月日	障害の種類	障害の程度	雇用後中途 障害者区分	在宅勤務区 分	労働者区分	雇用保険被保険者番号	
	年 月 日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	-	
仕事の内容等			同一又は同種の助成金(注2)の受給歴 (障害者作業施設設置等助成金を申請する場合に記載)				在籍出向 (出向元企業名)		
			助成金名(受給した助成金を○で囲みます。)				認定番号	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	
		1回目 1作 2作 1雇 2雇 中途1作 中途2作 更新 改善						()	
		2回目 1作 2作 1雇 2雇 中途1作 中途2作 更新 改善						()	
中途障害者の職場復 帰日等(注1)	受傷等年月日	年 月 日	職場復帰年月日	年 月 日	障害者手帳等の 交付日	年 月 日	人事異動の発令日等 (又は職務内容の変更日)	年 月 日	

注1 「中途障害者の職場復帰日等」欄は、障害者作業施設設置等助成金を申請する場合において、中途障害者に対する施設・設備の設置又は整備について申請する場合に記載してください。

注2 同種の助成金の略称

「1作」…第1種作業施設設置等助成金

「1雇」…第1種雇入れ設備設置等助成金

「中途1作」…第1種中途障害者作業施設設置等助成金

「更新」…障害者作業設備更新助成金

「2作」…第2種作業施設設置等助成金

「2雇」…第2種雇入れ設備設置等助成金

「中途2作」…第2種中途障害者作業施設設置等助成金

「改善」…障害者処遇改善施設設置等助成金

事業計画書 (1)

申請に係る助成金名(該当する助成金名の口にレ点を入れる。)

- 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)

(事業所名)

株式会社〇〇 幕張支店

(作成者 所属・氏名)

総務部〇〇課 幕張 若葉

(20** 年 ** 月 ** 日 作成)

1 申請に係る事業主・事業所(事業主団体)の概要

フリガナ	カブシキガイシャ****		フリガナ	カブシキガイシャ**** マクハリジテン			
事業主名 事業主団体名	株式会社〇〇		事業所名	株式会社〇〇 幕張支店			
フリガナ	ダイョウトリシマリヤクヨウ タロウ		事業所設立 年月日	**** 年 ** 月 ** 日			
代表者の 役職及び氏名	代表取締役 雇用 太郎		常用労働者数	全常用労働者数	うち障害者数		
沿革 (設立年月日 合併 名称変更等)	平成**年**月**日 設立 平成**年**月**日 名称変更 「株式会社△△」→「株式会社〇〇」		企業全体	****	**		
			申請事業所	****	**		
			経営者	役職	氏名	備考	
事業の種類又は 主な取扱品	企業 全体	その他のサービス業	[多数の場合は、主要 メンバーのみで可]		代表取締役	雇用 太郎	
	申請 事業所	その他のサービス業					
資本金額(基本金)	*****万						

申請事業所における雇用状況

	① 常用労働者総数 (②+③+④+⑤)	② 身体障害者数		③ 知的障害者数	④ 精神障害者数	⑤ 障害者以外の 労働者数
		重 度 身体障害者	重度以外の 身体障害者			
認定申請時	22 人	1 人	2 人	1 人	3 人	15 人

企業全体における認定申請時から過去1年間の障害者離職状況
(障害者福祉施設設置等助成金の認定申請の場合のみ記載)

ア 離職した障害者数	アのうち自己都合離職の人数	アのうち事業主都合による解雇	アのうちその他の理由による離職

2 申請施設・設備等の必要理由

(次の措置を実施しなければ支給対象障害者の雇い入れ又は雇用の継続が困難であるとする理由)

施設・設備等の設置整備又は措置の区分(□にレ点を入れてください。)

- 作業施設・福祉施設 作業・福祉施設に附帯する施設 作業設備 福祉施設に附帯する設備
- 住宅(世帯用 単身用) 駐車場(自宅側 事業所側)
- 通勤用バス 通勤用自動車 住宅手当の支払

① 支給対象障害者の雇い入れ・雇用の継続に係る課題

雇い入れ:週25時間勤務者で、給与計算や業務に係る事務作業全般を担当しています。業務上の外出、出張はありません。

雇用継続に係る課題:対象者が公共交通機関を使用して通勤する場合、△△駅と●●バスを使用します。対象者は車いすを使用して移動しますが、△△駅は一部ホームが狭くなっているところがあり、乗降場所(車両)を間違えるとエレベーターのある場所まで行くことができません。通勤時間帯は人が多く、車いすと人が接触してしまうことが多々あり、何度か線路に落ちかけたこともあるようです。また、バスについては当該バス会社のすべてのバスが車いすに対応しているものではないため、朝の通勤時間に車いす対応のバスが来るまで待たねばならず、時間のロスが生じています。

② 措置の実施概要

- 作業施設、設備・福祉施設、住宅、駐車場、通勤用バス、通勤用自動車の支給対象障害者に対する配慮の内容等について
- 住宅、駐車場、通勤用バス、通勤用自動車の申請の場合は通勤経路、通勤方法等についての改善内容等について

自宅から車いすで約7分ほどで通勤が可能になりました。通勤上支障が出る△△駅と●●バスを使用しないため、本人も安心して通勤しているようです。

③ 措置の実施効果

時間ロスがなくなったことから遅刻が減り、また身の危険性を避けることができているため精神的にも安定して勤務されています。

3 設置、整備の対象又は関係する建物等の概要

- ・ 作業施設・福祉施設、作業・福祉施設に附帯する施設の建設及び住宅の新築等は(1)に記載します。
- ・ 作業設備、福祉施設に附帯する設備、通勤用バス、通勤用自動車の購入は、本欄への記載は不要です。
- ・ 作業施設・設備の賃借による設置整備、住宅・駐車場の賃借は(2)に記載します。
- ・ 住宅手当の支払いは(3)に記載します。

(1) 施設の新築・増築・改築・改造・購入に係る内容

所在地又は建設地				
設置、整備の形態 (該当するものを○で囲む。)	新築 ・ 増築 ・ 改築 ・ 改造 ・ 購入 ・ 附帯施設の設置 ・ 整備			
建物等の概要 (建物を新築する場合だけでなく、増築、改築、改造、購入又は附帯施設の設置、整備の場合も記入する。)	構造			
	建物全体の延面積			
	申請対象箇所及び面積	申請箇所全体の面積 m^2 (うち申請対象面積 m^2)		
	所有者名	建物全体		
		申請施設等		
土地(敷地)の概要 (建物を新築、増築、改築、購入する場合についてのみ記入する。)	全体の面積			
	所有者名			
	地域・地区の状況 (該当するものを○で囲む。)	都市計画区域	内 ・ 外	
		市街化区域	第1種住居専用 ・ 第2種住居専用	
		市街化調整区域	住居 ・ 近隣商業 ・ 商業	
		その他	準工業 ・ 工業 ・ 工業専用 ・ 未指定	
	防火地域 ・ 準防火地域 ・ 法律22条地域 ・ 指定なし			
	地盤状況	良 ・ 不良	建べい率 %	
その他特記事項				

注 施設の新築・増築・改築・改造・購入に係る支給対象費用の算定は、助添付様式第1号「助成金認定申請明細書」により算定します。

(2) 施設・設備の賃借(住宅手当に係る住宅を除く。)に係る内容

① 作業施設又は住宅の賃借計画

ア 賃借作業施設・住宅の内容		ウ 賃貸借契約日	年 月 日
所在地・建物等の名称		エ 賃貸借契約期間	自 年 月 日
			至 年 月 日
構造	鉄筋・鉄骨・木造 階建て (耐火・準耐火・その他の構造)	オ 使用開始日	年 月 日
		カ 更新の条項(○で囲む)	自動更新・自動更新以外
賃借箇所		キ 賃貸借契約の相手方(貸主)	
住宅の区分	<input type="checkbox"/> 世帯用 <input type="checkbox"/> 単身用	ク 賃借施設の所有者 (契約者と所有者が相違する場合、カッコ内にその関係を記載)	()

イ 賃借面積・賃借料・支給対象費用の積算(概算)

① 賃貸借契約書の賃借延面積	m^2	② 1ヶ月当たりの賃借料	円
③ 1㎡当たりの賃借料 (=②/①) (1円未満切捨て) ※住宅は記載不要	円	④ 支給対象となる施設の賃借面積 (=①のうち支給対象施設の面積/a×b) (注1)	m^2
a 支給対象施設の就労人数・使用人(戸)数	人(戸)	b 支給対象障害者数(戸数)	人(戸)
⑤ 支給対象障害者から住宅使用料の徴収の有無 ※作業施設は記載不要	<input type="checkbox"/> 徴収有り <input type="checkbox"/> 徴収無し 一ヶ月当たりの徴収予定額	円	円
住宅の賃借に係る支給対象費用(概算)	①の面積が単身者用28㎡、世帯用74㎡(北海道78㎡)を超えないとき ②-⑤		円
	①の面積が単身者用28㎡、世帯用74㎡(北海道78㎡)を超えるととき (②-⑤)÷①×④		

注 ④の面積は、④の面積の算定に当たって、①のうち支給対象となる施設の面積/aの値が、作業施設の場合は28㎡、住宅(単身者用)の場合は28㎡、住宅(世帯用)の場合は74㎡(北海道78㎡)を超えている場合は、それぞれの面積にbの人数又は戸数を乗じて得た面積となります。

② 作業設備・駐車場の賃借計画

ア 賃借設備又は駐車場の内容		オ 賃貸借契約の相手方 (貸主)	
名称			
設置場所		カ 賃借施設・設備の 所有者	
イ 賃貸借契約日	年 月 日	賃借駐車場の契約の相手方(貸主)と賃借駐車場の所有者が相違 する場合はその関係を記載	
ウ 賃貸借契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日		
エ 使用開始日	年 月 日		
キ 作業設備の支給対象費用の積算(概算)			
① 1ヶ月当たりの賃借料金	円	③ 支給対象障害者数	人
② 支給対象設備の使用 人数(支給対象障害者 数を含む。)	人	④ 支給対象費用 (= ①/②(1円未満切捨て)×③)	円
ク 駐車場の支給対象費用の積算(概算)			
① 1ヶ月当たりの賃借料金 (支給対象費用)(注)	円	② 支給対象障害者から駐車場 使用料の徴収の有無	<input type="checkbox"/> 徴収有り <input type="checkbox"/> 徴収無し 徴収予定額 円
(注1) 区画で仕切られた賃借面積が28㎡以下の駐車場を賃借する場合は、①の額が支給対象費用の額となります。ただし、②欄において、徴収がある場合は、①の額から当該徴収額を差し引いた額が最終的な支給対象費用となります。 (注2) 区画により賃借していない場合又は区画により賃借しているが、その賃借面積が28㎡を超える駐車場を賃借している場合は、以下の欄に記載して支給対象費用を積算してください。			
(区画により賃借していない場合又は区画により賃借しているが、その賃借面積が28㎡を超える駐車場を賃借している場合に記載)			
③ 賃貸借契約書の 賃借延面積	㎡(注)	④ うち支給対象となる 駐車場の賃借面積 (= ③/a×b)	㎡(注)
a 賃借する駐車場敷 地を使用する人数 (自動車の台数)	人(台)	b 支給対象障害者数 (自動車の台数)	人(台)
⑤ 支給対象となる駐車場の 賃借面積が28㎡を超 える場合の支給対象費用 (概算)	(①-②)×28÷④ (1円未満切捨て)		円
(注) ③、④の面積が28㎡以下の場合、⑤の記載は不要です。 (この場合、①-②が支給対象費用の額となります)			

(3) 住宅手当の支払い計画

住宅手当の支払いに係る 建物等の名称・所在地	千葉県千葉市 * * * * * うみのコーポ * * *	オ 1か月当たりの賃借料	68,000 円
ア 賃貸借契約日	20**年 **月 **日	カ 支給対象障害者に初めて住 宅手当を支払った日	20**年 **月 **日
イ 賃貸借契約期間	自 20**年 **月 **日 至 20**年 **月 **日	キ 支給対象障害者に支払う住 宅手当の額	40,000 円
ウ 賃貸借契約の相手方(貸主)	△△不動産株式会社	ク 支給対象障害者以外の労 働者に通常支払う住宅手当 の額	0 円
エ 賃借施設の所有者 (契約の相手方と所有者が相違する場 合は、カッコ内にその関係を記載)	(稲毛 海)	ケ 支給対象費用 (オ又はキいずれか低い方 の金額からクを控除した額)	40,000 円