

# 7-1 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意（住宅の賃借、住宅手

## ①障害者助成金受給資格認定申請書（1）（様式第601号）の記入方法

申請にあたっては、認定申請書以外に添付書類が必要となります。  
 〔提出先〕事業所を管轄する都道府県支部（以下「支部」といいます。）  
 〔提出部数〕3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）  
 〔提出期限〕詳しくは機構ホームページ（<https://www.jeed.go.jp/>）をご覧ください。  
 ※認定申請書を提出する以前に工事等の発注、契約、支払い等（以下「着手」といいます。）を行っている認定申  
 ※工事等の着手は、認定決定日以降でなければ行うことはできません。やむを得ない事情により、認定決定前に工  
 ることができます。

### 1. 事業所コード

過去に当機構の助成金を活用した事業所は、付番されている事業所コードを記入してください。  
 ※ご不明の場合は支部にお問い合わせください。  
 ・初めて当機構の助成金を申請する場合には、空欄としてください。  
 ※障害者雇用納付金・調整金等の申告申請に係る事業主番号とは異なりますので、ご注意ください。

### 2. 申請する助成金にチェックの記入

この申請書で申請する助成金にチェックをしてください。

### 6. 申請事業主

所在地、事業主名（フリガナ）、代表者の役職名及び代表者名（フリガナ）を記入してください。

### 7. 申請に係る事業所

施設・設備等を整備（実施）する事業所所在地、事業所名（フリガナ）を記入してください。

社会保険労務士が手続を代行する場合に記入してください。  
 ※手続の代行は、社会保険労務士のみ可能です。  
 （行政書士、司法書士等は手続できません。）

### 8. 関係者との取引の有無

契約等の相手方と申請事業主との関係について次のイから二のいずれにも該当しない場合はチェックをいれてください。  
 イ 申請事業主の総株主又は総社員の議決権の過半数を有する親会社  
 □ 申請事業主が総株主又は総社員の議決権の過半数を有する子会社  
 八 申請事業主が法人の場合  
 ・申請事業主の役員・申請事業主の役員の配偶者  
 ・申請事業主の役員の1親等の親族  
 ・申請事業主の役員又は申請事業主の役員の配偶者又は申請事業主の役員の1親等の親族が役員である法人  
 二 申請事業主が個人の場合  
 ・申請事業主の配偶者・申請事業主の1親等の親族  
 ・申請事業主の配偶者又は申請事業主の1親等の親族が役員である法人

### 9. 申請の内容

申請を行う内容をチェックしてください。  
 ・「⑤住宅の賃借」は世帯用か単身用かにチェックしてください。  
 ・「⑥駐車場の賃借」は自宅側か事業所側か、あるいはその両方をチェックしてください。  
 ・「⑦通勤用自動車の購入」「⑧通勤用バスの購入」を申請する場合には、設備の名称の欄に車種等を記入してください。

様式第601号

障害者助成金受給資格

事業所コード		年 月	
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。			
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			
<input type="checkbox"/>	①	第1種作業施設設置等助成金	
<input type="checkbox"/>	②	第2種作業施設設置等助成金	
<input type="checkbox"/>	③	障害者福祉施設設置等助成金	
<input type="checkbox"/>	④	重度障害者等通勤対策助成金（住宅の新築等）	
<input type="checkbox"/>	⑤	重度障害者等通勤対策助成金（住宅の賃借）	
<input type="checkbox"/>	⑥	重度障害者等通勤対策助成金（駐車場の賃借）	
<input type="checkbox"/>	⑦	重度障害者等通勤対策助成金（通勤用自動車の購入）	
<input type="checkbox"/>	⑧	重度障害者等通勤対策助成金（通勤用バスの購入）	
<input type="checkbox"/>	⑨	重度障害者等通勤対策助成金（住宅手当の支払）	
申請事業主	所在地	( 千 - )	
	(フリガナ) 事業主名		
	(フリガナ) 代表者の役職及び氏名		
申請に係る事業所	所在地	( 千 - )	
	(フリガナ) 事業所名		
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 <input type="checkbox"/> 助添付様式第64号「			
2 関係者との取引の有無 <input type="checkbox"/> 対象施設等の所有者又は施工若しくは購入等			
契約締結日・予定日		年 月 日	事前着手 (①③④)
申請の内容	A 施設・住宅手当	<input type="checkbox"/> 作業施設・福祉施設 <input type="checkbox"/> 作業施設・福祉施設 <input type="checkbox"/> 駐車場(自宅側 <input type="checkbox"/> 事業所側)	
	B 設備・バス・自動車	<input type="checkbox"/> 作業設備 <input type="checkbox"/> 福祉施設に付属する設備 <input type="checkbox"/> 通勤用バス <input type="checkbox"/> 通勤用自動車	
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			
	a 助成措置に係る必要費用	b 支給対象費用	
申請額 (①の助成金の場合は合計額を記載)	円	円	
①の助成金の内訳	作業施設	円	
	附帯施設	円	
	作業設備	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 type="checkbox"/> 無	2 左記1がある場合、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 type="checkbox"/> 無
		3 左記2もあの場合、右欄に補助金等の支給機関名を記入	
処理欄 ※	審査結果	認定 ・ 不認定	決定日 年 月 日
	認定額	千円 施設	千円

当の支払、通勤用バスの購入、駐車場の賃借、通勤用自動車の購入助成金の場合

請書は受理されません。

事等に着手する必要がある場合は、認定申請書に「事前着手申出書」を併せて提出した場合に限り、認定前に着手す

資格認定申請書（1）

月	日	受理年月日 (障害者助成額)	受理年月日
年	月	日	年
本社又は主たる事業所の雇用保険適用事業所番号 <input type="text"/>			
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 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所			
所属先名称 (部署等)		氏名	
電話番号		( )	
助成金振込金融機関等 金融機関名 <input type="text"/> 金融機関コード <input type="text"/> 支店名 <input type="text"/> 支店コード <input type="text"/> 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他			
口座番号		口座名義	
(フリガナ)			
第64号「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。			
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。			
事前着手申出書の提出予定 (①③④⑦⑧の助成金の場合) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
施設・福祉施設に付帯する施設 <input type="checkbox"/> 住宅 ( <input type="checkbox"/> 世帯用 <input type="checkbox"/> 単身者用)			
<input type="checkbox"/> 住宅手当の支払			
設備	設備の名称		
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			
費用	c 助成率 □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
円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
円	<input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> 2/3 <input type="checkbox"/> 3/4	円	円
ありの場合 助成金等の 記入	支給機関名	円	
	補助金等の額	円	
年	月	日	認定番号
千円	千円	千円	千円

3. 雇用保険適用事業所番号

本社又は主たる事業所の雇用保険適用事業所番号を記入してください。

4. 助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先

希望する送付先にチェックをし、担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

5. 助成金振込金融機関等

助成金を送金を希望する金融機関名、支店名、コード番号、口座の種類（該当するものにチェック）、口座番号、口座名義人名を記入してください。

10. 契約締結日・予定日 事前着手申出書の提出

- 「⑤住宅の賃借」「⑥駐車場の賃借」「⑦通勤用自動車の購入」「⑧通勤用バスの購入」を申請する場合に、契約締結日（または予定日）を記入してください。
- 「⑦通勤用自動車の購入」「⑧通勤用バスの購入」を申請する場合で、事前着手申出書（様式第 560 号）を添付した場合は「有り」、しない場合には「無し」にチェックをしてください。
- 事前着手申請書の事前着手予定日は支部に認定申請書を提出した日以降としてください。

11. 助成金申請額

- 「⑦通勤用自動車の購入」「⑧通勤用バスの購入」を申請する場合に記入してください。
- a には助添付様式第 1 号「助成金明細書」の「③作業設備等の設置・整備経費」の「購入金額」の合計額を転記してください。
- b には助添付様式第 1 号「助成金明細書」の「③作業設備等の設置・整備経費」の「支給対象費用」の合計額を転記下さい。
- c は重度障害者等通勤対策助成金の助成率は 3 / 4 のため、3 / 4 の欄にチェックを入れてください。

12. 助成金申請額

- 国、地方公共団体、独立行政法人又は地方独立行政法人から補助金等を受け入れている場合には、1 から順にチェックをしてください。
- 申請する助成金と同じ支給費用を対象とする補助金を受給している場合には、3 の支給機関名と補助金金額を記入してください。

## ②助成金（認定申請・支給請求）明細書（助添付様式第1号）の記入方法

提出にあたっては、障害者助成金受給資格認定申請書（1）と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

助添付様式第1号

### 助成金（認定申請・支給請求）明細書

本様式は、「通信用バスの購入」「通信用自動車の購入」を申請する場合に提出してください。

該当する助成金を○で囲む。

- ・第1種作業施設設置等助成金
- ・障害者福祉施設設置等助成金

- ・通信用バスの購入助成金
- ・通信用自動車の購入助成金

（事業所名）

（作成者 所属・氏名）

申請する助成金を○で囲んでください。

- ① 作業施設・福祉施設の新築・増築・改築等経費  
支給対象面積の算出

（作業施設） 作業施設の面積  
（福祉施設） 福祉施設の面積

$$\frac{\text{ア} \text{ m}^2}{1 \text{ 人あたりの支給対象面積}} \div \frac{\text{イ} \text{ 人}}{\text{福祉施設の支給対象障害者数}} = \frac{\text{ウ} \text{ m}^2}{1 \text{ 人あたりの作業施設の面積}} \times \frac{\text{オ} \text{ 人}}{\text{支給対象障害者数}} = \frac{\text{カ} \text{ m}^2}{1 \text{ m}^2 \text{ 未満は切り捨て}}$$

（ウの面積と28㎡のいずれか小さい面積をエに記入）

① 作業施設・福祉施設の新築・増築・改築等経費	工事名		建築単価の算出 （「標準工事費」の標準価額と比較し、いずれか少ない額をコに記入）				助成金算出基礎額			
	キ	ク	ケ	コ	カ	キ	ク	ケ	コ	
建築主体工事	円	㎡	円	㎡	円	円	㎡	円	円	
小計									サ	
建物附属工事費										
暖房設備工事										
冷房設備工事										
昇降機設備工事										
その他の工事										
小計									シ	
設計監理費										
購入										
消費税										
合計									円	

② 附帯施設	工事名		工事・購入額（認定申請時：見積額）		助成金算出基礎額			
	数量	単価	数量	単価	数量	単価	数量	単価
工事名	台(式)㎡	円	円	円	台(式)㎡	円	円	円
小計								
消費税								
合計								円

通信用バス・通信用自動車を購入する場合はこちらの③欄に記入してください。

見積書により記入してください。

支給対象となる項目について記入してください。

③ 作業設備等の設置・整備経費	品名		購入額（認定申請時：見積額）				助成金算出基礎額			
	使用人員	数量	単価	購入金額	対象障害者数	数量	単価	数量	単価	
品名	人	台(式)	円	円	人	台(式)	円	円	円	
小計										
消費税										
合計									円	

「使用人員」には乗車定員を記入してください。

「支給対象費用」には「車両本体価格」+「特別の構造または設備の整備に要する費用」の合計額を記入してください。  
※支給対象費用の算定については各助成金の説明をご確認ください。

備考	処理欄
----	-----

③助成金申請に係る支給対象障害者（助添付様式第64号）記入方法

提出にあたっては、障害者助成金支給資格認定申請書（1）と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

助添付様式第64号

助成金申請に係る支給対象障害者

該当する区分にチェックしてください。

支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□は、該当するものにレ点を入れてください。）。

(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 □該当 □不該当	在宅勤務区分 □該当 □不該当	労働者区分 □一般 □短時間	雇用保険被保険者番号
(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 □該当 □不該当	在宅勤務区分 □該当 □不該当	労働者区分 □一般 □短時間	雇用保険被保険者番号
日常的に使用する装置	事業の概要 杖や車いす等、日常的に使用している 装置がある場合に、記載してください。	障害の程度 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) 助成金名(受給した助成金を○で囲みます。) 1回目 1作 2作 1層 2層 中途1作 中途2作 更新 改善 2回目 1作 2作 1層 2層 中途1作 中途2作 更新 改善	障害者手帳等の 交付日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
中途障害者の職場復帰日等(注1)	受給等年月日	職場復帰年月日	受給等年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	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 □該当 □不該当	在宅勤務区分 □該当 □不該当	労働者区分 □一般 □短時間	雇用保険被保険者番号
日常的に使用する装置	事業の内容等	障害の程度 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) 助成金名(受給した助成金を○で囲みます。) 1回目 1作 2作 1層 2層 中途1作 中途2作 更新 改善 2回目 1作 2作 1層 2層 中途1作 中途2作 更新 改善	障害者手帳等の 交付日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日
中途障害者の職場復帰日等(注1)	受給等年月日	職場復帰年月日	受給等年月日	年月日	年月日	年月日	年月日	年月日

支給対象障害者が雇用されてから6か月を  
超える期間が経過している状態で、人事異  
動等により通勤が困難になった場合には本  
欄に人事異動の発令日（又は職務内容の変  
更日）を記載してください。

グレーの部分は記入不要です。

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層」…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層」…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

#### ④雇用障害者の助成金認定・支給及び補充状況調書（助添付様式第2号）の記入方法

※本様式は、「通勤用バスの購入」「通勤用自動車の購入」を申請する場合で、過去に下記の助成金（「通勤用バスの購入」を申請する場合は①～③、「通勤用自動車の購入」を申請する場合は①～②）を受給し、かつ、①②は支給決定日から2年を、③は5年を経過していない場合に提出してください。

- ①通勤用バスの購入助成金
- ②通勤用自動車の購入助成金
- ③重度障害者多数雇用事業所施設設置等助成金

提出にあたっては、障害者助成金支給資格認定申請書（1）と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

（2）  
 （1）の支給対象障害者に関して過去に受給した助成金の種類、認定年月日、認定番号、支給決定年月日を記入してください。  
 また、（1）の支給対象障害者が離職している場合は、離職年月日及び離職理由を記入してください。

助添付様式第2号  
**雇用障害者の助成金認定・支給及び補充状況調書**

助成金 認定申請・支給請求 用

事業所名 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（認定申請時・支給請求時） 現在  
 作成者 所属・氏名 \_\_\_\_\_

No.	① 氏名	② 雇入れ年月日	③ 過去に認定及び支給を受けた助成金				離職理由（注）	離職に係る補充者		④ 備考
			助成金の種類	認定年月日	支給決定年月日	離職年月日		氏名（生年月日）	雇入れ年月日	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
	計									

（1）  
 過去に受給した助成金の支給対象障害者の氏名、雇入れ年月日を記入してください。

（3）  
 （1）に記入した対象障害者が既に離職している場合は、その補充者となっている障害者の氏名・雇入れ等を記入してください。

（注）離職理由は「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」に記載の「喪失原因」の番号を転記してください。

⑤事業計画書（1）（助添付様式第65号）の記入方法

提出にあたっては、障害者助成金受給資格認定申請書（1）と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

助添付様式第65号

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は点を入れる。）

- 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）

（作成者 所属・氏名）

（ 年 月 日 作成）

申請する助成金にチェックをしてください。

1 申請に係る事業主・事業所(事業主団体)の概要

フリガナ		フリガナ	
事業主名		事業所名	
事業主団体名		事業所設立年月日	年 月 日
フリガナ		常用労働者数	全常用労働者数 うち障害者数
代表者の役職及び氏名		企業全体	
沿革 〔 設立年月日 合併 名称変更等 〕	事業主の沿革について簡潔に記入してください。特に対象障害者の雇入れ時と申請日現在で、事業所の名称等が異なる場合は、変更について記入してください。	申請対象事業所	
		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	多数の場合は、主要メンバーのみで可	
	申請事業所		
資本金額(基本金)			

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	人	人	人	人	人	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
人	人	人	人

本欄の記載にあたっては「⑧ 留意事項」も併せてご参照ください。

- 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

・申請する助成金にチェックをしてください。  
・駐車場について、自宅側と事業所側の両方を申請する場合は、両方にチェックしてください。

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      
 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

以下の内容を具体的に記載してください。

- 支給対象障害者の担当業務(変形労働時間制、フレックスタイム制等、出退勤の時間が一定でない場合は当該内容を記載)
- 上記の業務における外出・出張等の有無(有の場合はその頻度と移動手段)
- 支給対象障害者の障害特性
- 上記の障害特性により公共交通機関等による通勤が困難な理由(通勤経路のうち、どの行程で、どのような通勤上の課題が生じるのか、通勤困難性について詳細に説明)  
※支給対象障害者の住宅から申請事業所まで公共交通機関等で通勤した場合の通勤経路、通勤方法、通勤距離、通勤時間については、添付書類のうち「経路図」へ記載
- 中途障害者となった場合、障害の重度化が認められる場合または人事異動等により公共交通機関による通勤が困難になった場合は、その経緯等

### 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

- 上記①の課題を踏まえて、申請される措置によりどのような改善を図るのか、記載してください。
- 次の助成金については、併せて以下の内容も具体的に記載してください。  
【住宅の賃借】
  - ・申請住宅における、障害特性に応じた特別の構造又は設備の内容について
  - ・申請住宅から事業所までの移動時間、通勤方法、移動環境(※)について【住宅手当の支払】
  - ・申請住宅から事業所までの移動時間、通勤方法、移動環境(※)について【駐車場の賃借】
  - ・駐車場の構造等について(構造(平置・立体駐車場・機械式等)、舗装状況(砂利・コンクリート等)、駐車スペースの状況(ドアの開閉時・乗降時に支障がないか)など)
  - ・申請駐車場から事業所(または自宅)までの移動時間、通勤方法、移動環境(※)について【自動車の購入】
  - ・改造がある場合は、支給対象障害者の障害特性に応じた改造の内容について
  - ・支給対象障害者が自家用車を所有しているかの有無(有の場合は今回新たに自動車を購入する理由)
  - ・付属品、ハイグレード・ハイクラスの車両を申請する場合は、支給対象障害者の障害特性にどのように対応しているかについて(※)移動環境とは：通勤経路上の段差や坂の有無、歩道の広さなど

### ③ 措置の実施効果

- 上記②の措置を実施することで支給対象障害者の雇用の継続のためにどのような効果が得られるのか、記載してください。

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。

「通勤用バスの購入」、「通勤用自動車の購入」を申請する場合は、本欄（事業計画書(1)の3枚目及び4枚目）への記入は不要です。

(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	新築・増築・改築・改造・購入・附帯施設の設置・整備			
設置、整備の形態 (該当するものを○で囲む。)				
建物等の概要 (建物の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	グレーの欄は記載不要		
	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	㎡ (うち申請対象面積 ㎡)	
	所有者名	建物全体	申請施設等	
土地(敷地)の概要 (建物の新築、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	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
その他	市街化調整区域	住居	近隣商業	
	その他	工業	工業専用	
		未指定	未指定	
		法律22条地域	指定なし	

「住宅の賃借」を申請する場合には、この欄に記入してください。

賃借料のみ記入してください。(敷金、礼金、保証金、共益費、仲介手数料等は含みません。)

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「助成金認定申請書」の記入方法に準じます。

(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 賃借契約日	年 月 日
所在地・建物等の名称	「住宅の賃借」を申請する場合には記入してください。	賃借契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日
		使用開始日	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)	更新の条項(○で囲む)	自動更新・自動更新以外
賃借箇所		キ 賃借契約の相手方(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 賃借契約書の賃借延面積	㎡	② 1ヶ月当たりの賃借料金	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)	㎡
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	③×④	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			
①の面積、又は基準面積のいずれか小さい面積を記入してください。			



「駐車場の賃借」を申請する  
場合に記入してください。

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		カ 賃借施設・設備の 所有者	
設置場所		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	
イ 賃貸借契約日	年 月 日	グレーの欄は記載不要	
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	「 徴収有り 」 「 徴収無し 」 徴収予定額 円
消費税込みの金額を 記入してください。			
(注1) 区画で仕切られた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	㎡	④ うち支給対象となる 駐車場の賃借面積 (= ③/a×b)	㎡
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 支給対象費用の 積算基礎面積	㎡(注)	(注) ⑤欄の面積は、④の面積又は28㎡のいずれか小さい面積となります。	
⑥ 区画により賃借して いない場合の支給対 象費用の積算(概算)	(①-②)×⑤÷③	円	

(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		オ 1か月当たりの賃借料	円
ア 賃貸借契約日		者	年 月 日
イ 賃貸借契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日	キ 支給対象障害者に支払う住 宅手当の額	円
ウ 賃貸借契約の相手方(貸主)		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	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)	( )	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)	円

「住宅手当の支払」を申請する  
場合に記入してください。

メモ

## 7-2 受給資格認定申請書等の記入方法・記入上の注意（指導員の）

### ① 障害者助成金受給資格認定申請書（1）（様式第602号）の記入方法

申請にあたっては、認定申請書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕 **事業所の所在地を管轄する都道府県支部（以下「支部」といいます。）**

〔提出部数〕 **3部**（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕 詳しくは機構ホームページ (<https://www.jeed.go.jp/>) をご覧いただくか、支部にお問い合わせください。

#### 1. 事業所コード

過去に当機構の助成金を活用した事業所は、付番されている事業所コードを記入してください。

※ご不明の場合は支部にお問い合わせください。

・初めて当機構の助成金を申請する場合には、空欄としてください。

※障害者雇用納付金・調整金等の申告申請に係る事業主番号とは異なりますので、ご注意ください。

#### 2. 申請する助成金にチェックの記入

この申請書で申請する助成金にチェックをしてください。

#### 6. 申請事業主

所在地、事業主名（フリガナ）、代表者の役職名及び代表者名（フリガナ）を記入してください。

#### 7. 申請に係る事業所

施設・設備等を整備（実施）する事業所所在地、事業所名（フリガナ）を記入してください。

社会保険労務士が手続きを代行する場合に記入してください。

※手続きの代行は、社会保険労務士のみ可能です。

（行政書士、司法書士等は手続きできません。）

#### 8. 配置又は委嘱する介助者等の種類

該当する介助者等にチェックしてください。

#### 9. 配置する者の氏名等

指導員の配置助成金を申請される場合に指導員の氏名等を記入してください。

#### 10. 委嘱する者の氏名等

通勤用バス運転従事者の委嘱助成金、通勤援助者の委嘱助成金を申請される場合に委嘱者の氏名等を記入してください。

様式第602号

障害者助成金受給資格認定申請書

事業所コード		年		月		
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。						
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						
<input type="checkbox"/>	① 障害者介助等助成金（職場介助者の配置又は委嘱）					
<input type="checkbox"/>	② 障害者介助等助成金（職場介助者の配置又は委嘱の継続措置）					
<input type="checkbox"/>	③ 障害者介助等助成金（手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱）					
<input type="checkbox"/>	④ 障害者介助等助成金（障害者相談窓口担当者の配置）					
<input type="checkbox"/>	⑤ 重度障害者等通勤対策助成金（指導員の配置）					
<input type="checkbox"/>	⑥ 重度障害者等通勤対策助成金（通勤援助者の委嘱）					
<input type="checkbox"/>	⑦ 重度障害者等通勤対策助成金（通勤用バス運転従事者の委嘱）					
申請事業主	所在地	(〒 )				
	(フリガナ) 事業主名					
	(フリガナ) 代表者の役職及び氏名					
申請に係る事業所	事業所所在地	(〒 )				
	(フリガナ) 事業所名					
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 <input type="checkbox"/> 別添（助添付様式第						
2 申請内容(配置又は委嘱の概要)記載欄 (④障害者相談窓口担当者の配置助成金)						
① 配置または委嘱する介助者等の種類 <input type="checkbox"/> 職場介助者 ( <input type="checkbox"/> 配置 <input type="checkbox"/> 委嘱 ) <input type="checkbox"/> 指導員 <input type="checkbox"/> 通勤援助者 <input type="checkbox"/> 通勤用バスの運転従事者						
配置する者の氏名等	a	フリガナ氏名	b	生年月日	c	雇用年月
				年 月 日		年 月
	e	配置開始年月日	f	労働者区分(注)	g	雇用保険被保険者番号
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間			h	障害者(職)及び委託(重)分
(注) 「一般」：1週間の所定労働時間が30時間以上の者 「短時間」：						
委嘱相手の氏名等	a	フリガナ氏名 ※1	b			委嘱相手が所属する機関等名又は委嘱者の居住地
※1 手話通訳等担当者を団体に委嘱する場合であって、認定申請書を提出しようとする場合は、当該氏名欄を未記入のまま提出し、当該手話通訳等担当者に係る要件適合に関する場合は、当該委嘱を行った日以降、速やかに当該氏名に係る連絡及び未提出添付書類を提出してください。						
処理欄 ※2	審査結果	認定・不認定	認定日	年		

※2 記入不要です。（機構本部記入欄）

配置、通勤用バス運転従事者の委嘱、通勤援助者の委嘱助成金の場合)

受給資格認定申請書(2)

月 日	受理年月日(障害者助成金)	受理年月日(都道府県支部)
本社又は主たる事業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	<input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所	
所属先名称(部署等)		
担当者氏名		
電話番号		
助成金振込金融機関等		
金融機関名	コード番号	
支店名	コード番号	
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		
付様式第71号「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。		
の配置助成金」の申請の場合は、別添事業計画書に記載してください。		
<input type="checkbox"/> 手話通訳等担当者 ( <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 要約筆記 <input type="checkbox"/> その他 )		
用バスの運転従事者		
雇用年月日	d 所属先	
年 月 日		
b 障害者介助等助成金(職場介助者の配置及び委嘱の対象障害者(重度視覚障害者)の区分)	職場介助者の配置及び委嘱(継続措置を含む。)助成金の支給対象障害者(重度視覚障害者)の業務は <input type="checkbox"/> 事務的業務に該当 <input type="checkbox"/> 事務的業務以外の業務に該当	
短時間：1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者		
機関等名称・機関等所在地の居住地住所	c 委嘱による措置の開始年月日	d 委嘱契約日
	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日
出しようとするときまでに手話通訳等担当者に係る氏名等の情報を得ていないとき 合に関する証明書(写し)等の添付書類の提出時期を後日とすることができます。こ 出添付書類の提出を行わなければなりません。		
年 月 日	認定番号	- -

3. 雇用保険適用事業所番号

本社又は主たる事業所の雇用保険適用事業所番号を記入してください。

4. 助成金受給資格認定通知書の送付先・連絡先

希望する送付先にチェックをし、担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

5. 助成金振込金融機関等

助成金を送金を希望する金融機関名、支店名、コード番号、口座の2種類(該当するものにチェック)、口座番号、口座名義人名を記入してください。

## ②助成金申請に係る支給対象障害者（助添付様式第71号）記入方法

提出にあたっては、障害者助成金受給資格認定申請書（1）と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

### 助添付様式第71号

#### 助成金申請に係る支給対象障害者【添付枚数 全 枚中 枚目】

該当する区分にチェックしてください。

○ 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、該当するものにレ点を入れてください。）（表内の口は、該当するものにレ点を入れてください。）

申請する助成金の番号（認定申請書に記載）②、③及び④の助成金については、本様式に記載する障害者は1名のみとなります。

フリガナ氏名	生年月日 □ S □ H	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 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	労働者区分（注1） <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向（出向元企業名） <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当
仕事の内容等			障害の等級を記入してください。						
支給対象障害者にバス運転従事者等を委嘱又は配置する必要がある理由を記入してください。									

フリガナ氏名	生年月日 □ S □ H	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 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	労働者区分（注1） <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向（出向元企業名） <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当
仕事の内容等									
配置・委嘱が必要な理由									

フリガナ氏名	生年月日 □ S □ H	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 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当	労働者区分（注1） <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間	雇用保険被保険者番号	在籍出向（出向元企業名） <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当
仕事の内容等									
配置・委嘱が必要な理由									

（注1）「一般」・・・1週間の所定労働時間が30時間以上の者  
「短時間」・・・1週間の所定労働時間が20時間（精神障害者の場合は15時間）以上30時間未満の者

### ③ 事業計画書（2）（助添付様式 72号）の記入方法

提出にあたっては、障害者助成金受給資格認定申請書（1）と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

助添付様式第72号

#### 事業計画書（2）

申請に係る助成金名(該当する助成金名の口にし点を入れます。)

- ①  障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱)
- ②  障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の継続措置)
- ③  ー
- ④  障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱)
- ⑤  ー
- ⑥  ー
- ⑦  ー
- ⑧  重度障害者等通勤対策助成金(指導員の配置)
- ⑨  重度障害者等通勤対策助成金(通勤援助者の委嘱)
- ⑩  重度障害者等通勤対策助成金(通勤用バスの運転従事者の委嘱)

事業所名

申請する助成金の種類について、該当するものの口にしチェックをしてください。

作成者(所属・氏名)

(作成日 年 月 日)

#### 1 申請に係る事業主・事業所(事業主団体)の概要

フリガナ		フリガナ	
事業主名		事業所名	
事業主団体名		事業所設立年月日	年 月 日
フリガナ		常用労働者数	全常用労働者数 うち障害者数
代表者の役職及び氏名		企業全体	人 人
沿革 (設立年月日 合併名称変更等)	事業主の沿革について簡潔に記入してください。特に対象障害者の雇入れ時と認定申請日現在で、事業所の名称等が異なる場合は、変更について記入してください。	申請対象事業所	人 人
		経営者 (多数の場合は、主要メンバーのみで可)	役職 氏名 備考
事業の種類又は主な取扱品	企業全体 (産業中分類番号)	申請した介助者が障害福祉サービスに専従している場合、助成金の支給の対象にならない場合があります。	
	申請事業所 (産業中分類番号)	申請事業所における障害福祉サービス等実施の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
資本金額(基本金)		有の場合、介助者の障害福祉サービス専従の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

#### 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	人	人	人	人	人	人

## 2 配置・委嘱計画

配置・委嘱する職場介助者等の区分(該当するものの□にレ点を記載)

職場介助者(  配置  委嘱 )       手話通訳等担当者 (  手話  要約筆記  その他 )

指導員     通勤援助者     通勤用バスの運転従事者

配置または委嘱する職場介助者等の区分について、該当するものの□にチェックをしてください。

### (1) 配置・委嘱者の氏名・略歴等

#### ① 配置・委嘱者氏名

委嘱者の補助員(委嘱者の補助として事前に委嘱している場合に記載)

#### ② 配置・委嘱者の略歴(資格要件がある配置・委嘱者については、資格要件に係る略歴を記載)

配置または委嘱者の略歴を記入してください。  
なお、資格要件がある配置または委嘱者については、資格要件に係る略歴を記入してください。

### (2) 配置・委嘱計画の概要

① 介助者等の配置又は委嘱をしなければ支給対象障害者の適当な雇用を継続することができない課題と対策の概要(支給対象障害者の雇用の継続上の隘路、介助者の配置又は委嘱による支援の概要、介助者の配置又は委嘱による効果の概要(効果の概要の記載欄は次ページになります。))

#### a 雇用の継続上の課題

○従事している作業内容(雇用予定者は従事予定の作業内容)  
○作業場所  
○作業環境  
○障害により就労上、困難となっている課題(雇用予定者の場合には、ご本人との相談や実習等での観察により見られた課題)等について、具体的に記入してください。

#### b 介助者等の配置又は委嘱による支援の概要

上記aの課題を踏まえて、介助者等の配置または委嘱によりどのような支援を図るのかについて、下記記入要領をご留意のうえ、記入してください。

#### 「b 介助者等の配置又は委嘱による支援の概要」の記載要領

- ① 職場介助者、指導員、通勤用バスの運転従事者の配置又は委嘱の場合は、次ページに1日当たりの業務日課計画を記載します。この欄への記入は、このことにご留意のうえご記入ください。
- ② 手話通訳等担当者については、6ヶ月を1期間として、実施の頻度がわかるように記入してください。
- ③ 通勤援助者については、通勤援助の実施期間及び期間内の実施内容を記載します。

c 介助者等の配置又は委嘱による効果の概要

上記 b の支援を実施することでどのような効果が得られるのかについて記入してください。

② 職場介助者、指導員、及び通勤用バスの運転従事者の業務日課の計画

【記載注意】

配置・委嘱者の1日間の介助等の業務日課を次の表の中に表してください。  
 支給対象障害者について始業時間の以前又は以後から終業時間の以前又は以後の勤務又は通勤の日課を記載して、その時間に対応した申請に係る介助者等の業務について説明してください(職場介助者の配置又は委嘱に係る助成金については、支給対象障害者の始業から終業までの勤務の流れを時間経過で記載し、その勤務に対応する職場介助の業務について、職場介助者の業務日課欄に記載します。)

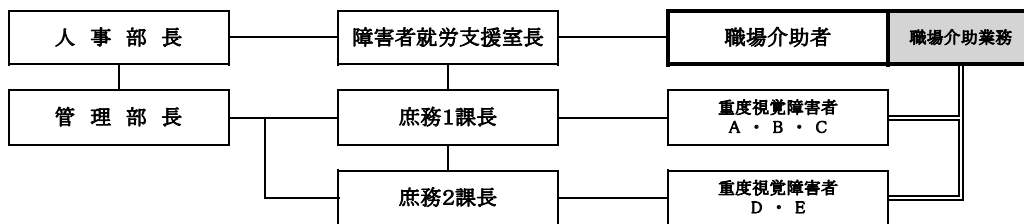
1日の流れ	支給対象障害者の勤務	職場介助者等の業務日課
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">始業</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; background-color: #e0e0e0;"></div> <p style="text-align: center;">休憩</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div> <p style="text-align: center;">終業</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>		<div style="border: 1px dashed blue; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%;">                     職場介助者、指導員、通勤用バスの運転従事者について、上記【記載注意】をご留意のうえ、支給対象障害者の勤務及び職場介助者等の業務日課を記入してください。                 </div>
		1日の業務想定時間数(職場介助者は所定内労働時間内に限る。)
		時間



③ 申請に係る事業所の配置者の所属部署と支給対象障害者の所属先との関係図(配置助成金のみ)

【例】

職場介助者を人事部にある「障害者就労支援室」に配置して、管理部門に配置されている支給対象障害者に対する措置を実施。配置した職場介助者は就労支援室長の直属の者であることを想定した例



上記【例】をご参考のうえ、認定申請に係る配置者の所属部署と支給対象障害者の所属先との関係図を明確に記入してください。  
※委嘱助成金の場合、記入は不要です。

メモ