6 - 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

⑥　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。）
〔提出方法〕①管轄する支部に持参または郵送　様式・助添付様式３部、添付書類２部を提出してください。
②e-Gov 電子申請サービスを利用して送信申請書類の提出方法は、機構ホームページでご確認ください。
〔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、ご留意ください。

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

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。
年
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 □ 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 □ 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の中高年齢等措置)
④ □ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱)
⑤ □ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の
⑥ □ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の
⑦ □ 障害者介助等助成金(健康相談医の委嘱)
⑧ □ 障害者介助等助成金(職業生活相談支援専門員の配置又は委嘱)
⑨ □ 障害者介助等助成金(職業能力開発向上支援専門員の配置又は委嘱)
⑩ □ 重度障害者等通勤対策助成金(指導員の配置)
⑪ □ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤援助者の委嘱)
⑫ □ 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)

申請事業主	所在地	(〒　　)
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 事業主名	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 代表者の役職及び氏名	
申請に係る事業所	事業所所在地	(〒　　)
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 事業所名	
提出代行者 事務代理者 代理人	□ 提出代行者 □ 事務代理者 □ 代理人	
	住所	〒（　　）
	事務所名	

1　この申請書で申請する支給対象障害者　□ 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

① 配置または委嘱する介助者等の種類	□ 職場介助者（□ 配置 □ 委嘱 ）　□ 手話通訳 □ 健康相談医　□ 指導員　□ 通勤援助者 □ 職業生活相談支援専門員（□ 配置 □ 委嘱 ）

② 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　日	年
e 配置開始年月日		f 労働者区分
年　月　日	□ 一般	□ 短時間

（注1）「一般」：1週間の所定労働時間が３０時間以上の者　「短
「特定短時間」：1週間の所定労働時間が１０時間以上２０時間未

③ 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又は委嘱者の居

※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この場合は、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

処理欄（※2）	審査結果	認定　・　不認定	認定日	

（※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）

【電子申請のご案内：https//www.jeed.go.jp/disability/subsidy/e-shinsei/index.html】

格認定申請書（２）

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日

月　日

本社又は主たる事務所の雇用保険適用事業所番号	事業主の法人番号

継続措置）
中高年齢等措置）

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）	
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	☐ 普通　☐ 当座　☐ その他	
口座番号		
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義		

職名・氏名	
電話番号	

71号)「助成金申請に係る支給対象障害者」記載のとおり。

等担当者☐(配置☐ 委嘱)(☐ 手話 ☐ 要約筆記 ☐ その他)
☐ 通勤用バスの運転従事者
☐ 職業能力開発向上支援専門員(☐ 配置　☐ 委嘱)

年月日	d 所　属　先
月　日	

(注1)	g 雇用保険被保険者番号
☐ 特定短時間	

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
満

等名称・機関等所在地 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

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
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。
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	－	－

R06.4.1

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。

（R7.4.1）

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□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)①、②及び③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。

申請する助成金の番号(認定申請書に記載)⑦、⑧、⑨、⑩及び⑫の助成金については、本様式に記載する障害者は5名以上となります。

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(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
□ 35歳以上					□ 該当 □ 不該当	□ 該当 □ 不該当	□ 一般 □ 短時間 □ 特定短時間		□ 該当　□ 不該当 (　　)
	仕事の内容等				配置・委嘱が必要な理由				

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	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(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
□ 35歳以上					□ 該当 □ 不該当	□ 該当 □ 不該当	□ 一般 □ 短時間 □ 特定短時間		□ 該当　□ 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	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(注)	雇用保険被保険者番号	在籍出向(出向元企業名)
□ 35歳以上					□ 該当 □ 不該当	□ 該当 □ 不該当	□ 一般 □ 短時間 □ 特定短時間		□ 該当　□ 不該当 (　　)
	仕事の内容等				配置・委嘱が必要な理由				

(注)「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時間以上30時間未満の者
「特定短時間」・・・ 1週間の所定労働時間が10時間以上20時間未満の重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者

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　　（R7.4.1）

事　業　・支　援　計　画　書　(2)

申請に係る助成金名(該当する助成金名の□にレ点を入れます。)

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 □ 障害者介助等助成金(職場介助者の配置又は委嘱の中高年齢等措置)
④ □ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱)
⑤ □ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の継続措置)
⑥ □ 障害者介助等助成金(手話通訳・要約筆記等担当者の配置又は委嘱の中高年齢等措置)
⑦ □ 障害者介助等助成金(健康相談医の委嘱)
⑧ □ 障害者介助等助成金(職業生活相談支援専門員の配置又は委嘱)
⑨ □ 障害者介助等助成金(職業能力開発向上支援専門員の配置又は委嘱)
⑩ □ 重度障害者等通勤対策助成金(指導員の配置)
⑪ □ 重度障害者等通勤対策助成金(通勤援助者の委嘱)
⑫ □ 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)

申請する助成金の種類について、該当するものの□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		経営者	役職	氏名	備考
事業主名 事業主団体名		多数の場合は、主要メンバーのみで可			
フリガナ					
代表者の役職及び氏名		企業概要	主たる事業の種類又は主な取扱品	（産業中分類番号）	
沿革 （設立年月日 合併 名称変更等）			中小企業該当の有無	□ 有	□ 無
フリガナ 事業所名		事業所設立年月日	年　月　日		
事業所概要	主たる事業の種類又は主な取扱品 （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	□ 有 □ 無 有の場合、介助者の障害福祉サービス専従の有無 □ 有 □ 無		

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。

申請事業所における雇用状況

	① 常用労働者総数（②から⑧の合計数）	② 身体障害者数 重度身体障害者	重度以外の身体障害者	③ 知的障害者数	④ 精神障害者数	⑤ 発達障害者数	⑥ 高次脳機能障害者数	⑦ 難病等にかかっている者の数	⑧ 障害者以外の労働者数
認定申請時	人	人	人	人	人	人	人	人	人

（R7.4.1）

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（□ 配置 □ 委嘱） □ 手話 □ 要約筆記 □ その他

□ 健康相談医 □ 職業生活相談支援専門員（ □ 配置 □ 委嘱 ） □ 職業能力開発向上支援専門員（ □ 配置 □ 委嘱 ）

□ 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）

※手話通訳・要約筆記等担当者について、他の手話通訳・要約筆記等担当者の認定を受けている場合は、当該認定番号を記載してください。

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、介助者等の配置又は委嘱による支援の概要、介助者等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

〇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）
〇作業場所
〇作業環境
〇障害により就労上、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、健康相談医、職業生活相談支援専門員、職業能力開発向上支援専門員、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、健康相談医については、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。

（R7.4.1）

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、手話通訳・要約筆記等担当者、健康相談医、職業生活相談支援専門員、職業能力開発向上支援専門員、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。)

なお、職業生活相談支援専門員及び職業能力開発向上支援専門員は所定労働時間の概ね7割以上、同専門員として業務に従事している者であるかわかるよう業務日課を表の中に表してください。

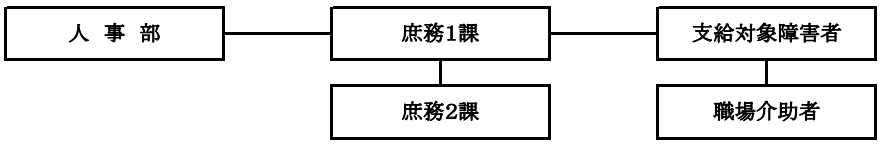
1日の流れ	支給対象障害者の勤務	職場介助者等の業務日課
始業 休憩 終業	職場介助者、指導員、通勤用バスの運転従事者について、上記【記載注意】をご留意のうえ、支給対象障害者の勤務及び職場介助者等の業務日課を記入してください。	
		1日の業務想定時間数(職場介助者、手話通訳・要約筆記等担当者、健康相談医、職業生活相談支援専門員、職業能力開発向上支援専門員は所定内労働時間内に限る。) 時間

（R7.4.1）

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）

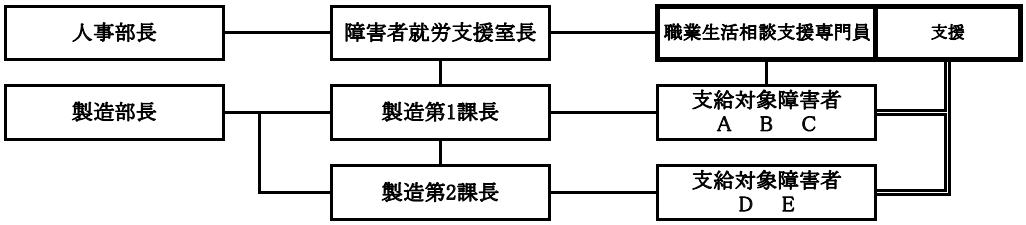
【例1】

人事部庶務1課に職場介助者を配置し、同課の支給対象障害者に対し、措置を実施する場合。



【例2】

職業生活相談支援専門員を人事部にある「障害者就労支援室」に配置して、製造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する場合。
配置した職業生活相談支援専門員は障害者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。