7－２　支給請求書等の記入方法・記入上の注意（指導員の配置、通

①障害者助成金支給請求書（２）（様式第 622 号）の記入方法

申請にあたっては、支給請求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
認定通知書の左上に記載されている事業所コードを記入してください。

2. 請求年月日
請求年月日を記入してください。

3. 請求する助成金にチェックの記入
この請求書で請求する助成金にチェックをしてください。

6. 請求事業主
・所在地、事業主名（会社もしくは法人等の名称）（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. 請求に係る事業所
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。

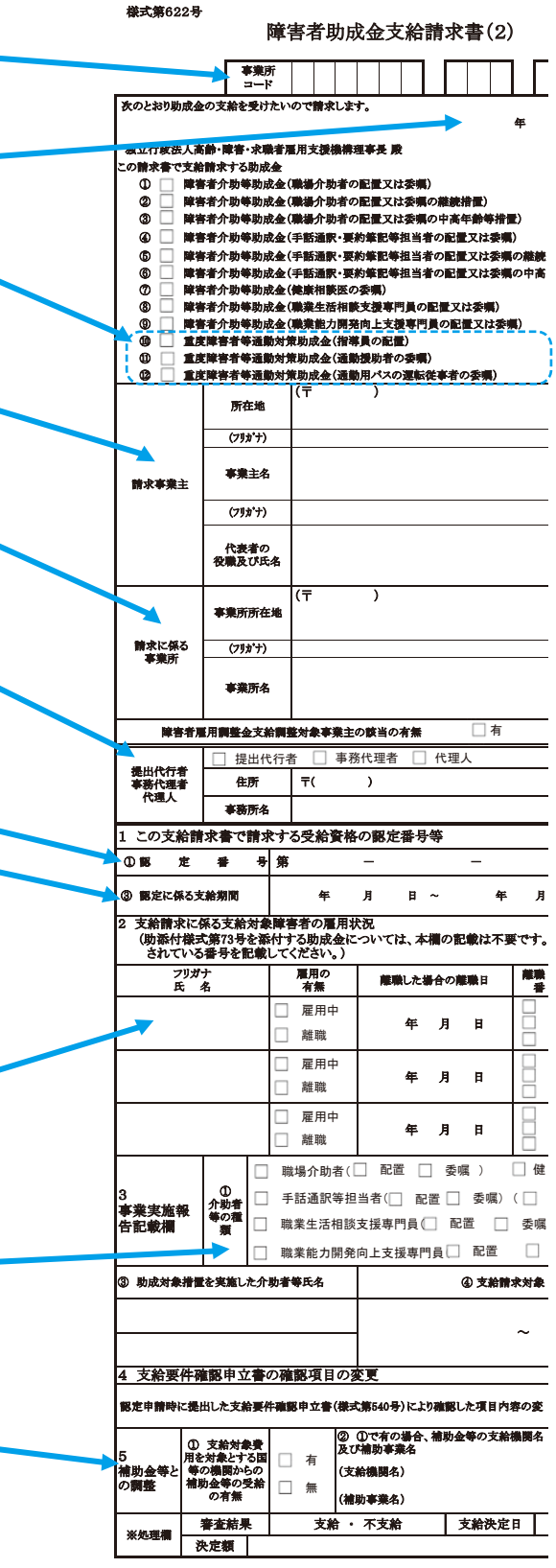
社会保険労務士が手続きを代行する場合に記入してください。
※手続きの代行は、社会保険労務士のみ可能です。
（行政書士、司法書士等は手続きできません。）

8. この支給請求書で請求する受給資格の認定番号等
・①、②には「受給資格認定通知書」に記載されている認定番号、認定日を記入してください。
・③には認定にされた全支給期間を記入してください。
・④には前回の「支給決定通知書」に記載されている前回支給決定額と支給決定番号をを記入してください。
（④は初めて支給請求される場合は空欄として下さい）
※上記がご不明の際には支部にお問い合わせください。

9. 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況
・氏名（フリガナ）を記入の上、雇用の有無にチェックをしてください。
・離職している場合は、離職日、離職理由番号を記入した上で、雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（写）を提出してください。

10　介助者等の種類
この申請における介助者等の種類にチェックしてください。

12. 補助金等との調整
・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、左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、②、③の支給機関名、補助事業名及び補助金金額を記入してください。


様式第622号

障害者助成金支給請求書(2)

事業所コード

次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。

年

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

この請求書で支給請求する助成金

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継続
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
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(通勤用バスの運転者の委嘱)

請求事業主
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

請求に係る事業所
事業所所在地　(〒　　)
(フリガナ)
事業所名

障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無　□有

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　－　－
③認定に係る支給期間　年　月　日～　年　月

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況
(助添付様式第73号を添付する助成金については、本欄の記載は不要です。されている番号を記載してください。)

フリガナ 氏名	雇用の有無	離職した場合の離職日	離職票
	□雇用中 □離職	年 月 日	
	□雇用中 □離職	年 月 日	
	□雇用中 □離職	年 月 日	

3 事業実施報告記載欄
①介助者等の種類
□職場介助者(□配置 □委嘱) □健
□手話通訳等担当者(□配置 □委嘱)(□
□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 □

③助成対象措置を実施した介助者等氏名　④支給請求対象
～

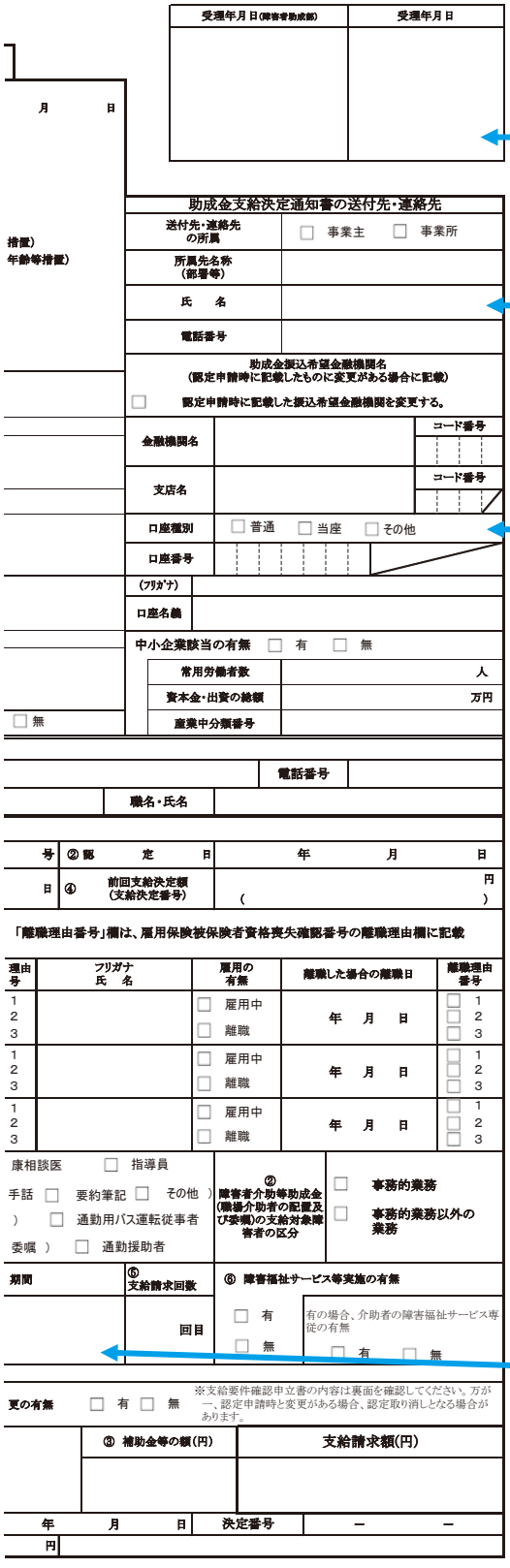
4 支給要件確認申立書の確認項目の変更
認定申請時に提出した支給要件確認申立書(様式第540号)により確認した項目内容の変

5 補助金等との調整
①支給対象費用を対象とする国等の機関からの補助金等の受給の有無　□有 □無
②①で有の場合、補助金等の支給機関名及び補助事業名
(支給機関名)
(補助事業名)

※処理欄　審査結果　支給 ・ 不支給　支給決定日
決定額

勤用バス運転従事者の委嘱、通勤用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】



受理年月日(障害者助成部)	受理年月日

月　日

措置）
年齢等措置）

助成金支給決定通知書の送付先・連絡先

送付先・連絡先の所属	☐ 事業主　☐ 事業所
所属先名称（部署等）	
氏　名	
電話番号	

助成金振込希望金融機関名
（認定申請時に記載したものに変更がある場合に記載）

☐ 認定申請時に記載した振込希望金融機関を変更する。

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		
(ﾌﾘｶﾞﾅ)		
口座名義		

中小企業該当の有無　☐ 有　☐ 無

常用労働者数	人
資本金・出資の総額	万円
産業中分類番号	

☐ 無

	電話番号
職名・氏名	

号	② 認　定　日	年　月　日	
日	④ 前回支給決定額（支給決定番号）	円（　）	

「離職理由番号」欄は、雇用保険被保険者資格喪失確認番号の離職理由欄に記載

理由号	フリガナ 氏　名	雇用の有無	離職した場合の離職日	離職理由番号
1 2 3		☐ 雇用中 ☐ 離職	年　月　日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
1 2 3		☐ 雇用中 ☐ 離職	年　月　日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
1 2 3		☐ 雇用中 ☐ 離職	年　月　日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

康相談医　☐ 指導員 手話 ☐ 要約筆記 ☐ その他 ） ） ☐ 通勤用バス運転従事者 委嘱 ） ☐ 通勤援助者	⑫ 障害者介助等助成金（職場介助者の配置及び委嘱）の支給対象障害者の区分	☐ 事務的業務 ☐ 事務的業務以外の業務

期間	⑮ 支給請求回数	⑤ 障害福祉サービス等実施の有無
	回目	☐ 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

更の有無　☐ 有　☐ 無　※支給要件確認申立書の内容は裏面を確認してください。万が一、認定申請時と変更がある場合、認定取り消しとなる場合があります。

③ 補助金等の額（円）	支給請求額(円)

年　月　日　決定番号　－　－

円

受理年月日
それぞれの支給対象期間を経過した翌々月の末日までに支部に提出してください。

4. 助成金支給決定通知書の送付先・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・電話番号を記載してください。

5. 助成金振込金融機関等
認定申請書に記載した助成金振込希望金融機関情報を変更する場合に、「認定申請時に記載した振込希望金融機関を変更する」の□にチェックし、変更後の助成金振込希望金融機関情報を記載してください。
※「コード番号」欄には必ず金融機関コードを記載して下さい。
※「（フリガナ）」欄も必ず記載して下さい。

11　支給対象期間、支給請求回数
この申請における対象期間と支給回数を記入してください。

③助添付様式第 76 号の記入方法（通勤用バス運転従事者の委嘱、通勤援助者の委嘱の場合）

提出にあたっては、障害者助成金受給資格認定申請書（２）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76号

委嘱に係る費用の支払実績報告書兼助成金支給請求額算定票

助成金の種類　☐ 職場介助者の委嘱助成金　☐ 職場介助者の委嘱の継続措置に係る助成金　☐ 手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱助成金　☐ 通勤援助者の委嘱助成金　☐ 通勤用バス運転従事者の委嘱助成金
［☐ 手話通訳　☐ 要約筆記　☐ その他］

認定番号　　支

様式第 622 号から転記してください。

【委嘱に係る費用の支払実績及び支給請求額算定情報】

※１ 手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱助成金のみ、被委嘱者（委嘱した業務の担い手）の姓を記載してください。
※２ 職場介助者の委嘱の継続措置に係る助成金の場合 …… 2/3　　職場介助者の委嘱の継続措置に係る助成金以外の場合 …… 3/4

委嘱回数	委嘱日	被委嘱者 ※１	A 1回当たりの委嘱費用（支給対象費用）（円）	B 支給対象費用×助成率（A×助成率（※２）又は限度額）（円）	委嘱回数	委嘱日	被委嘱者 ※１	A 1回当たりの委嘱費用（支給対象費用）（円）	B 支給対象費用×助成率（A×助成率（※２）又は限度額）（円）	委嘱回数	委嘱日	被委嘱者 ※１	A 1回当たりの委嘱費用（支給対象費用）（円）	B 支給対象費用×助成率（A×助成率（※２）又は限度額）（円）
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			
	月 日					月 日					月 日			

記入不要です。

１円未満は切り捨てます。

必ず委嘱日等を支給対象障害者及び被委嘱者に確認させ、「確認させた」にチェックを入れて下さい。
「確認させていない」場合は助成金を受給することができません。

C Aの合計額（円）		D Bの合計額（円）		E 補助金等の額（円）		F 支給請求額（円）	

本助成金の受給に係る委嘱日等は上記のとおり相違ないことを支給対象障害者及び被委嘱者に確認させていること。　☐ 確認させた　☐ 確認させていない

本助成金の受給に係る委嘱日及び委嘱費用等は、上記のとおりであることを報告します。

介助者氏名　　　対象障害者氏名

介助者と支給対象障害者の氏名を記入してください。

支給請求書等の記入方法