

8-2 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**
 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（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. 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）

次のおり助成金の支給を受けたいので請求します。

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（手話通訳・要約筆記等担当者の委嘱）
 ④ 障害者介助等助成金（障害者相談窓口担当者の配置）
 ⑤ 重度障害者等通動対策助成金（指導員の配置）
 ⑥ 重度障害者等通動対策助成金（通動援助者の委嘱）
 ⑦ 重度障害者等通動対策助成金（通動用バス運転従事者の委嘱）

事業所コード

請求事業主

所在地

事業主名

代表者の役職及び氏名

請求に係る事業所

事業所所在地

事業所名

社会保険労務士記載欄

事業所名およ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（障害者相談窓口担当）

① 認定番号 第 - - 号

② 認定に係る支給期間 年 月 日 ~ 年 月 日

2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況
 （職場介助者の配置助成金については、各々の助成金の添付様式の添付欄（障害者相談窓口担当者の配置助成金については、支給対象障害者のうち）

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
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 雇用中 <input type="checkbox"/> 離職	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

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）
 手話通訳等担当者 手話 要約筆記 通訳
 障害者相談窓口担当者
 通動用バス運転従事者

③ 助成対象措置を実施した介助者等氏名

④ 支給請求対象期間

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

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

② ①で有的場合、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 年 月 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)

月	日	受理年月日 (障害者助成部)	受理年月日 (都道府県支部)
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 <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) <input type="checkbox"/> 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 <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	
窓口担当者助成金の場合は③④は記載不要です。			
号	② 認定日	年	月
月	日	④ 前回支給決定額 (支給決定番号)	円
の添付により、本欄の記載は不要です。 者のうち1人以上の雇用状況について記載してください。			
理由番号	フリガナ氏名	雇用の有無	離職した場合の離職日
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日
2		<input type="checkbox"/> 離職	
3			
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日
2		<input type="checkbox"/> 離職	
3			
1		<input type="checkbox"/> 雇用中	年 月 日
2		<input type="checkbox"/> 離職	
3			
② 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		<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	
支給期間	⑤ 支給請求回数	⑥ 障害福祉サービス等実施の有無	
	回目	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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
項目内容の変更の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。方が一、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。			
支給機関名	⑧ 補助金等の額(円)	支給請求額(円)	
年	月	日	決定番号

受理年月日
それぞれの支給対象期間を経過した翌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。

1.1 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。

