参考３

【支給申請書　記入上の注意】

（※通勤援助助成金の支給申請書も同様です）

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。
（ご不明の際は都道府県支部にお問い合わせください。）

2．申請事業主
所在地、事業主名（フリガナ）及び代表者名（フリガナ）を記入してください。
代表者名に代表者の役職名及び氏名を記入ししてください。

3．申請に係る事業所
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、司法書士等は手続きできません。）

6．支援計画書の確認番号
支援計画書に機構が記載する確認番号を記入してください。

7．支給対象障害者の雇用状況
氏名（フリガナ）を記入の上、該当する事項にチェックをしてください。

8．実施報告記載欄
(1)助成対象措置を実施した　サービス提供事業者名を記入してください。

(2)本申請に係る対象期間を記入してください。

(3)本申請に係る職場介助を対象として支払ったサービス事業者への業務支援委託費等を記入してください。
※通勤援助の場合は通勤支援委託費を記入してください。

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・電話番号を記入してください。
（初回申請時及び担当者等の変更時のみ記入）

5．助成金振込希望金融機関名
助成金の送金を希望する金融機関名、支店名、コード番号、口座種別、口座番号、口座名義を記入してください。（初回申請時及び振込先の変更時のみ記入）

様式第１号

重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金支給申請書

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日

事業所コード

次のとおり助成金の支給を受けたいので申請します。

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

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	
*は年度の初回の申請時のみ記入	資本金の額又は出資の総額*（申請年度の委託開始日現在）	円
	常時雇用する労働者の数*（同上）	人
	主たる事業*（同上）	□小売業（飲食店を含む）　□サービス業　□卸売業　□その他の業種
申請に係る事業所	事業所所在地	〒（　　）
	（ﾌﾘｶﾞﾅ）事業所名	
社会保険労務士記載欄	事務所名および担当社会保険労務士名	電話番号（　　）

助成金支給決定通知書の送付先・連絡先

□ 申請している送付先・連絡先を次のとおり変更する。

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

□ 申請している振込希望金融機関を次のとおり変更する。

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		

1　この支給申請に係る支援計画書の確認番号　第　－　－　号

2　支給申請に係る支給対象障害者の雇用状況

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（雇用保険被保険者である場合は資格喪失確認通知書（写）を提出して下さい）
	□雇用中 □離職	年　月　日	□…自己都合離職 □…事業主都合による離職（解雇等）※雇用保険法施行規則第36条に規定する離職理由 □…雇用期間満了後の契約更新が事業主都合により行われなかったことによる離職

3　実施報告記載欄

(1)助成対象措置を実施したサービス提供事業者		(2)支給申請対象期間	年　月　日　～　年　月　日

(3)支給申請額の算定

元号	年	月	市町村事業※の利用の有無	①支給対象費用（(1)に支払った業務支援委託費（通勤支援分以外））	②本助成金以外で①の費用に充てる補助金等の額	③助成額算定基礎額【①－②】	④助成率	⑤【③×④】（円未満切捨て）	⑥支給限度額	⑦支給申請額（⑤と⑥のいずれか小さい方の額）
			有・無	円	円	円	□4/5 □（中小企業）9/10	円	□133,000円 □（中小企業）150,000円	円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
			有・無	円	円	円		円		円
									計	円

※「市町村事業」とは、市町村が実施する「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」をいう。

※処理欄	審査結果	支給　・　不支給	支給決定日	年　月　日	決定番号	－　－
	決定額	円				