

障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)受給資格認定(変更)申請書・認定通知書
(訪問型職場適応援助)

令和*年度

令和*年度において、(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構地域障害者職業センターが作成又は承認した訪問型職場適応援助計画に沿って訪問型職場適応援助を無償で実施することを希望しますので、以下のとおり提出します。なお、本助成金の対象となる訪問型職場適応援助については、支援対象労働者・支援対象労働者を雇用する企業を含むいづれからもこれにかかる費用を徴収しません。
本票の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも相違ありません。虚偽の申し立てがあると安定所(労働局)が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を安定所(労働局)が行う場合は協力します。

東京労働局長 殿

令和*年 *月 **日

(飯田橋公共職業安定所長 殿)

事業主又は代理人
住所 東京都文京区〇〇1-1-1 電話番号 03-****-****
名称 社会福祉法人〇〇福祉会
氏名 理事長 AB 一郎 (記名押印)

記名押印の場合は、押印漏れに注意してください。

※ 申請者が代理人の場合、上欄代理人の記名押印等を、下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同則第16条の3に規定する事務代理者の場合、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に申請者の記名押印等をしてください。

申請に係る事業所
住所 東京都文京区〇〇1-1-1 電話番号 03-****-****
名称 〇〇北障害者就業・生活支援センター
担当者 氏名 CD 二郎 電話 03-****-**** FAX 03-****-**** メールアドレス ****.****@***.or.jp
労働保険番号 ***-**-****-**** 雇用保険適用事業所番号 ****-****-****

訪問型職場適応援助事業に従事する職場適応援助者(研修修了者に限る。)
① 氏名: EF 花子 生年月日: H*.*.*.* 労災保険又は相応の保険の加入: 有り・無し
研修修了年月: H**年 *月 研修実施機関名: 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構
障害者の就労支援実務経験の有無: 有り・無し
「有り」を選択した場合は、業務に従事した期間、法人名、業務の具体的内容を記載してください。
職場適応援助者のための支援スキル向上研修修了者であるか: はい・いいえ 雇用保険被保険者番号: ****-****-****

法人等としての就労支援等の実績(1~4のうち該当するものに丸をつけてください。「4 その他」の場合は下欄に就労支援実績を記載してください。)
1 障害者就業・生活支援センター運営法人
2 就労移行支援事業実施事業主
3 就労定着支援事業実施事業主
4 その他
就労支援実績
1 就職(年 月 雇入れ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)
2 就職(年 月 雇入れ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)
3 就職(年 月 雇入れ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)
前年度訪問型職場適応援助支援実施対象者数 人

助成金の支給実績
本受給資格認定申請日前5年間の本助成金又は訪問型職場適応援助促進助成金の支給の有無: あり・なし
本受給資格認定申請日前5年間の第1号職場適応援助者助成金の支給の有無: あり・なし
どちらかにOを付けてください。

年度において既に訪問型職場適応援助を行うことが決まっている場合
支援開始予定日 年 月 日 (年 月 日)
支援対象労働者氏名
認定申請時に既に訪問型職場適応援助を行うことが確定している者がある場合は、支援開始予定日と支援対象労働者氏名を記載してください。

上記の内容の受給資格認定申請書について認定しましたので通知します。 年 月 日

認定年月日 年 月 日 認定番号
認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日

(裏面)

【提出上の注意】

- ・ 本認定申請書は、各年度において初めて助成金の支給を受けようとする(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構地域障害者職業センター(以下「地域センター」という。)の作成又は承認した訪問型職場適応援助に係る支援計画の開始日又は助成金の対象となる支援計画書の策定を行う日のいずれか早い日の前に受給資格認定が受けられるよう、十分に余裕をもって(1か月程度)提出してください。支援計画の具体的な開始日又は助成金の対象となる支援計画書の策定を行う日のいずれか早い日が定まっている場合は、遅くともそれらの2週間前までに提出するとともに、労働局にご相談ください。
- ・ 新年度の受給資格認定は、前年度の2月から受け付けます。
- ・ 本認定申請を受けて支給される障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)は、無償で支援を提供した場合のみが対象となります。
- ・ 前年度において、訪問型職場適応援助に係る支援計画に定められた支援回数を複数回にわたって超過し、注意を受けている場合などには、認定を受けられないことがあります。
- ・ 認定を受けた場合、本認定申請書の情報については、地域センターに対して提供いたしますので、ご承知おきください。

【記入上の注意】

- ・ 「訪問型職場適応援助事業に従事する職場適応援助者」欄には、申請に係る事業所に所属する訪問型職場適応援助者であって、本年度に支援を実施する予定の者を記入して下さい。また、各人の職務経歴書を添付してください。1枚に収まらない場合は、同一様式を続紙として使用して下さい。以上のほか、職場適応援助者養成研修の修了証明書等の添付書類が必要となります。
- ・ 「法人としての就労支援等の実績」欄では、該当する分類に○を付し、「その他」の場合に「就労支援実績」欄を記入してください。「申請日を含む年度」又は「前年度」のいずれかにおいて、就労支援を行った者のうち就職した者(雇用契約が1か月未満である場合を除く。また、A型事業所での実習・利用者としての就職を除く。)数と支援対象障害者について実施した職場実習件数の合計(同一の者に係る就職及び職場実習については、1と数えてください。)が3以上あることが必要です。両年度において要件を満たす場合は、直近の年度の実績をご記入ください。以上のほか、就労移行支援事業所又は就労定着支援事業所(※)である場合は、地方公共団体が交付した就労移行支援事業又は就労定着支援事業(※)を行うものであることを証明する書類等が必要となります。
(※)障害者総合支援法に規定する障害福祉サービスに該当する就労移行支援事業所又は就労定着支援事業所
- ・ 「助成金の支給実績」欄には、本受給資格認定申請日前5年間の本助成金のうち訪問型職場適応援助、訪問型職場適応援助促進助成金又は第1号職場適応援助者助成金に係る支給の有無について、○を付けてください。
第1号職場適応援助者助成金の支給について、「あり」に○を付けた場合で、助成金支給決定通知書の写しを保管している場合は、支給決定通知書の写しを添付してください。
なお、本受給申請認定申請日前5年間に本助成金のうち訪問型職場適応援助、訪問型職場適応援助促進助成金又は第1号職場適応援助者助成金に係る支給を受けたことがない事業主が訪問型職場適応援助を行う場合は、当該訪問型職場適応援助を行う訪問型職場適応援助者に、職場適応援助者としての経験を十分に有する者として地域センターが指定する配置型職場適応援助者とペア支援を行わせることが要件となります。配置型職場適応援助者とペア支援を行う場合、地域センターが支援計画書を作成しますので、地域センターとあらかじめよくご相談ください。ペア支援が必要であるにもかかわらずペア支援を行っていない場合は、助成金は、支援に係る部分及び受講料に係る部分のすべてについて支給されませんので、ご注意ください。
- ・ 「_____年度において既に訪問型職場適応援助を行うことが決まっている場合」の欄には、認定申請の時点で訪問型職場適応援助を行うことが確定している者がある場合に、その支援開始予定日の日付と支援対象労働者の氏名を記入してください。また、支援計画書の策定を行う場合は、その予定日を()内に記入してください。
具体的な支援予定が決まっていない場合は記入は不要です。

【変更があった際の申請について】

- ・ 受給資格認定を受けた事項について、変更があった場合は、速やかに労働局に連絡し、指示に従って変更申請書を提出してください。変更申請書を提出する際には、内容に応じた添付書類も必要となりますので、ご注意ください。

決裁欄	局長	部長	課長	課長補佐	職業指導官	係長	担当
	所長	部長・次長	課長・統括	上席・係長	職業指導官	担当	

事業主記載事項	※ 確認欄
1 事業所名称: 社会福祉法人〇〇福祉会	年 月 日 確認
2 雇用保険適用事業所番号: ****-*****-*	確認者()
○ 事業活動等に係る状況について、はい・いいえのいずれかを○で囲んでください。(裏面の「記載にあたっての留意点」の内容を了解した上でご回答下さい。)	
1 過去3年間において雇用保険二事業の助成金等について不正受給を行ったことがある。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
2 受給資格認定申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度における労働保険料の滞納がある。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
3 過去1年間に、労働関係法令違反により送検処分を受けている。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
4 風俗営業等関係事業主である。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
5 ① 事業主若しくは事業主団体(以下「事業主等」という。)又は事業主等の役員等が暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。)又は暴力団員(暴力団対策法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)である。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
② 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
③ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
④ 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
⑤ 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
6 事業主等又は事業主等の役員等が、破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れがある団体等に属している。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
7 倒産している。 (はい・ いいえ)	<input type="checkbox"/>
8 雇用保険二事業の助成金等について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、労働局が事業主名等を公表することに同意する。 (はい ・ いいえ)	<input type="checkbox"/>

(裏面)

【記載にあたっての留意点】

- ・「※ 確認欄」は、労働局(安定所)が実地確認等の際に使用しますので記入しないでください。
- ・「1」は、障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース(訪問型職場適応援助))(以下「助成金」という。)の受給資格認定申請日から過去3年において、雇用保険二事業の助成金等に係る不正受給を行ったことがあるかどうかについて、該当箇所に「○」を付けてください。
- ・「1」及び「8」における「不正受給」とは、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、又は受けようとするをいいます。
- ・「3」は、助成金の受給資格認定申請日の前日から起算して過去1年において、労働基準法等の労働関係法令の違反により送検処分を受けているかどうかについて、該当箇所に「○」を付けてください。
- ・「4」における「風俗営業関係事業主」とは、助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律第2条第4項に規定する接待飲食等営業(同条第1項 第1号又は第2号に該当するものに限る。)、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第11項に規定する接客業務受託営業(接待飲食等営業又は同条第6項に規定する店舗型性風俗特殊営業を営む者から委託を受けて当該営業の営業所において客に接する業務の一部を行うこと(当該業務の一部に従事する者が委託を受けた者及び当該営業を営む者の指揮命令を受ける場合を含む。))を内容とする営業に限る。)を行っている事業主等であって、助成金の受給資格認定を受けようとするものをいいます。
- ・「5」及び「6」における「役員等」とは、事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは営業所の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいいます。
- ・「7」における「倒産」とは、破産手続開始、再生手続開始、更生手続開始又は特別精算開始の申し立てがされること等の事態をいいます。
- ・「8」における「公表」は、事業主等が行った不正受給について、労働局が特に重大又は悪質なものであると認めた場合に、次の(1)から(4)までの事項を、記者発表し、かつ、労働局のホームページに掲載することにより行います。
 - (1) 不正受給を行った事業主等の名称及び代表者氏名
 - (2) 不正受給に係る事業所の名称、所在地及び事業概要
 - (3) 不正受給に係る助成金の名称、支給を取り消した日及び返還を命じた額及び返還状況
 - (4) 事業主等が行った不正の内容労働局のホームページへの掲載は、支給を取り消した日から起算して、3年が経過するまでの期間行います。
- ・「1」～「7」で「はい」に「○」を付けた場合は、受給資格認定を受けることはできません。また、「8」で「いいえ」に「○」を付けた場合も、受給資格認定を受けることはできません。