

障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)支給申請書
(企業在籍型職場適応援助)

標記助成金の支給を希望しますので、以下のとおり支給申請します。また、申請書の記載事項及び関連して提出する書類等並びに受給資格認定時に届け出た事項のすべてについて、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると労働局(安定所)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労働局(安定所)が行う場合は協力します。

令和*年 *月 **日

東京労働局長 殿
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-****-**** 記名押印の場合は、押印漏れに注意してください。
名称 株式会社厚生労働 印 (記名押印又は署名)
氏名 代表取締役 AB 一郎
事業主又は社会保険労務士(提出代行者・事務代理者の表示) 住所 電話番号
名称
氏名 (記名押印又は署名)

※ 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 東京都文京区〇〇1-2-3 電話番号 03-****-****
名称 株式会社厚生労働 〇〇事務所
担当者 氏名 CD 二郎 電話 03-****-**** FAX 03-****-**** メールアドレス ****.****@***.or.jp
雇用保険適用事業所番号 ****-****-****

1 支援対象労働者

受給資格認定通知書に記載されている認定番号を記載してください。

ふりがな いーえふ さぶろう 生年月日 平成*年**月**日
氏名 EF 三郎 認定番号 企-*****-***
雇用保険被保険者番号 ****-****-***
支給対象期間内の賃金未払い あり ・ なし
支給対象期間内の支援対象労働者の在職状況 在職 ・ 離職 (離職日 年 月 日)
理由

支給対象期間 令和*年9月1日 ~ 令和*年3月31日

本人確認欄 別紙のとおり、企業在籍型職場適応援助者による支援を受けました。
(支援対象労働者氏名)(保護者の場合続柄:)
令和*年*月*日 EF 三郎 印 記名押印又は署名

記名押印の場合は、押印漏れに注意してください。

支給額 [別紙a.欄とb.欄の合計額] 720,000 円

労働局処理欄

支給・不支給決定日 支給額

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	

(裏面)

【提出上の注意】

- 本申請書は、支給対象期間の末日の翌日から2ヶ月以内に提出してください。支給申請期限を過ぎると申請書を受理できず、助成金の支給はできませんのでご注意ください。
- この支給申請書の提出後、支給又は不支給の決定通知がなされることとなりますが、支給決定の通知後においても、偽りその他不正の行為が判明した場合には、支給した助成金の返還を求め、これより後3年間、障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)その他の雇用保険法(昭和49年法律第116号)第4章の雇用安定事業等に係る各種助成金を受けることができなくなることがあります。また、刑事告発することもあります。

【記載上の注意】

- 「支給対象期間」欄には、(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。)が作成又は承認した企業在籍型職場適応援助者による支援計画書(以下「支援計画書」という。)の支援期間を記入してください。
- 「本人確認」欄には、支給申請書の支援の内容欄の記述について、支援対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をするようにしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。

(企業在籍型職場適応援助)

2 支援関係

企業在籍型 職場適応援助者 氏名	GH 花子		企業在籍型職場適応援助者に 対する支給対象期間中の賃金未払い	あり・なし
支給対象期間内の 企業在籍型 職場適応援助者の 支援状況	<p>支援実施 ・ 離職又は異動等途中中断 (支援を提供しなくなった日 年 月 日)</p> <p>〔 理由 〕</p>			
支援の内容	<p style="border: 1px solid red; padding: 2px;">支給対象期間内に支援を行った日付とその支援内容を記載してください。</p>			
	障害者雇用安定助成金(障害者職場適 応援助コース)のうち企業在籍型職場適 応援助に係る支給対象期間	6 か月 日		
企業在籍型職場適 応援助者が現に右記の 助成金の支援対象 労働者として 支援を受けているか	<p>(支援を受けている ・ いない)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p> <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金 </p>			
対象月数	月数	6 か月	金額	120,000円 × 6か月 = 720,000円
	月数 (端数分)	(日) / (日) か月		円 × (日) / (日) = 円
合計				a. 720,000 円

3 養成研修受講料関係

企業在籍型職場適 応援助者養成研修 受講料関係	職場適 応援助者氏名		最初の支援の日	年 月 日
	研修修了 年月		研修実施機関名	
	最初の支援 計画における ペア支援	あり ・ なし	養成研修受講料	円
	事業主負担額	円	助成金金額 (事業主負担額×1/2)	b. 円

(別紙裏面)

【記載上の注意】

- 「支援の内容」欄には、支給対象期間内に支援を行った日付とその支援内容を記載してください。また、記載した日に対応する企業が籍型職場適応援助者支援記録票を添付してください。
- 「障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち企業在籍型職場適応援助に係る支給対象期間」欄には、支給対象期間の開始日から次の月の応当日の前日までを1月とし、以後同様に各月の応答日からその次の月の応当日の前日までを1月として数えた支給対象期間内の月数を記入してください。また、支給対象期間を月単位で区切った際に、最後に1月に満たない端数がでた場合は、日数を記入してください。
- 「対象月数」欄の「月数」には、「障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち企業在籍型職場適応援助に係る支給対象期間」欄に記入した月数にあたる各月について、支援を1度も実施していない月及び支援対象労働者の出勤割合(所定労働日数に占める出勤日数の割合)が6割に満たない月の有無を確認し、これに該当する月がある場合には、この月数を除いた月数を記入してください。この際、次の(a)又は(b)に掲げる日は出勤日として取り扱って差し支えありませんが、(a)及び(b)に掲げる理由により全休した月については出勤割合を満たさないものとして取り扱います。
なお、1月に満たない端数(「障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち企業在籍型職場適応援助に係る支給対象期間」欄の日数に該当する部分)がある場合は、当該1月に満たない期間について、支援実績があること及び出勤割合が6割以上であることを確認のうえ、分子に「障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)のうち企業在籍型職場適応援助に係る支給対象期間」欄の日数を、分母に1月に満たない期間の開始日からその次の月の開始日応当日の前日までの日数を記入してください。
 - (a) 支援対象労働者に適用される当該事業所の就業規則等に基づく年次有給休暇又は特別休暇
 - (b) 業務上負傷し又は疾病にかかり療養のために休業した日、育児休業、介護休業及び産前産後の休暇により休んだ日
- 「金額」欄には、申請事業主が中小企業事業主であるか否か及び支援対象労働者が短時間労働者であるか否かにより次の表から該当する額を選んで、記入してください。月数、日数(分数)については、「対象月数」欄の数字を記入してください。
- 「合計」欄には、金額欄の上段と下段の合計を記入してください。

対象労働者		支給額(1人あたり月額)			
障害の種類	雇用形態				
精神障害者	短時間労働者以外の者	中小企業事業主	12万円	中小企業事業主以外	9万円
	短時間労働者(※)	中小企業事業主	6万円	中小企業事業主以外	5万円
精神障害者以外	短時間労働者以外の者	中小企業事業主	8万円	中小企業事業主以外	6万円
	短時間労働者(※)	中小企業事業主	4万円	中小企業事業主以外	3万円

※ 短時間労働者とは1週間の所定労働時間が同一の適用事業所に雇用される通常の労働者の1週間の所定労働時間と比べて短く、かつ、30時間未満である者をいいます。

- 企業在籍型職場適応援助者養成研修受講料については、当該受講料の全額を申請事業主が負担した場合であって、企業在籍型職場適応援助者が研修を修了後、初めて行った支援の日が、研修修了日から6か月以内である場合に、申請することができます。

養成研修修了後、最初の支援については、地域センターが、申請の対象となる職場適応援助者に係る障害者の支援経験等を基にペア支援を不要と認める場合を除き、必ず、地域センターの指定する職場適応援助者とペア支援を行うことが要件となりますので、ご注意ください。ペア支援が必要であるにもかかわらずペア支援となっていない場合は、助成金は、支援に係る部分及び受講料にかか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。