

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
(企業在籍型職場適応援助)

障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)の支給を希望しますので、以下のとおり提出します。
申請書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)

Form with fields for business owner/agent (事業主又は代理人) and social insurance agent (社会保険労務士) including address, name, and phone number.

※ 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。

Form with fields for application details (申請に係る事業所), responsible person (担当者), labor insurance number (労働保険番号), and capital/employees (資本金の額又は出資の総額, 常時雇用する労働者の数).

1 支援対象労働者

Form for support recipient details including name (支援対象労働者氏名), age (年齢), disability type (障害の種類と等級), and employment details.

2 職場適応援助者

Form for workplace adaptation support details including name (職場適応援助者氏名), employment insurance number, and support history.

※平成27年度・平成28年度は「企業在籍型職場適応援助促進助成金」を指します。

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。

Summary row for certification date (認定年月日) and number (認定番号).

(裏面)

【提出上の注意】

- ・ 本認定申請書は、(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。)に基づく支援を行い、本助成金の支給を希望する場合に、支援計画書に定める支援期間の開始日(以下「支援開始日」という。)から3ヶ月以内に提出してください。
なお、支援対象労働者が支援開始日の前日において障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)の対象となっている場合は、支援開始日から3ヶ月を経過する日又は支援開始日を含む障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)の支給対象期に係る支給申請日のいずれか早い日までに提出してください。
- ・ 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】

- ・ 中小企業事業主であるかどうかの判定は、支援開始日現在の状況で判定いたしますので、「資本金の額又は出資の総額」欄、「常時雇用する労働者の数」欄、「主たる事業」欄、「企業規模」欄には、支援開始日現在の状況を記載してください。
- ・ 支援対象労働者欄中、「年齢」欄には、支援開始日現在の年齢を記載してください。
- ・ 「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。
- ・ 「支援の予定期間」欄には、支援計画書に基づく支援期間を記入してください。
- ・ 職場適応援助者欄中、「上記職場適応援助者が障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース(企業在籍型職場適応援助))又は障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)等の対象として現在支援している対象障害者氏名」欄には、一番上に本申請書に係る支援対象労働者氏名を、また、その下には本申請書に記載した職場適応援助者が、現在下記の助成金の対象として支援している者がいる場合に、その者の氏名と認定されている助成金の認定番号を記入してください。
1人の企業に在籍型職場適応援助者につき、同一期間内に下記の助成金の支給対象として支援できる対象障害者の数は3人までとなります。
 - ・ 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)の対象となる企業在籍型職場適応援助
 - ・ 企業在籍型職場適応援助促進助成金
 - ・ 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)
 - ・ 障害者職場定着支援奨励金
 - ・ 重度知的・精神障害者職場支援奨励金
 - ・ 業務遂行援助者の配置助成金
- ・ 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。

【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。

労働局処理欄

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	