

4-1 職場支援員の配置 内訳

①

| | | | | | | |
|-------|-------|---|--|---|--------------------------------------|----------|
| 対象労働者 | 番号 | ふりがな | 年齢 | 雇用保険被保険者番号 | | |
| | | 氏名 (生年月日) | () | 障害の種類 | | |
| | | 支給対象期内の支援方法の変更の有無 | | あり ・ なし | | |
| | | 支給対象期間内の賃金未払い | あり ・ なし | 起算日 | 年 月 日 | |
| | | 週所定労働時間 | 時間 / 週 | | 短時間労働者該当 | あり ・ なし |
| | | 継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。 | あり ・ なし | 起算日の 要因 | 雇入れ ・ 勤務時間延長 ・ 配置転換 業務内容変更 ・ 職場復帰 | |
| | | 就労継続支援A型事業の利用者への 該当の有無 | あり ・ なし | 対象労働者が職場支援員の配置に係る事業所の 代表者又は取締役の3親等内の親族に該当するか | | する ・ しない |
| | | 支給対象期内の対象 労働者の在職状況 | 在職 ・ 離職（離職日 年 月 日） 理由 | | | |
| | 1 | 支給対象期内の1月を 超える長期休職の有無 | あり（理由： 期間： 月 日～ 月 日） ・ なし | | | |
| | | 対象労働者の雇い入れの前日から起算して6か月前の日から1年間の解雇等の有無 | | | あり ・ なし | |
| | | 支援策の種類 | 雇用している支援員による支援 ・ 業務委託 ・ 委嘱 | | | |
| | | 職場支援員 | 氏名 | | | |
| | | | 所属法人等 | | | |
| | | | 対象労働者に対する職場支援員としての配置日 | 年 月 日 | | |
| | | 支給対象期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 ・ 第5期 ・ 第6期 | | | |
| | 本人確認欄 | 別紙のとおり、支援員による支援を受けました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担が なかったことを確認します。 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄：) | | | | |

※1 障害の種類欄には、「身体障害」、「知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」または「高次脳機能障害」のいずれかを記入してください。

※2 職場支援員としての配置日欄には、委嘱の場合は最初の支援の日を記入してください。

②

| |
|----------------------|
| 支給額 [別添様式4-2の合計額] |
|----------------------|

| |
|---|
| 円 |
|---|

様式第4号（別添様式4-1）（第2面）

支給申請期間

支給要件を具備した日以降最初に到来する職場定着支援計画ごとに定められた支給申請期間中に申請してください。

記入上の注意

この様式は次の点に注意して記入してください。

- ①欄は対象労働者について記入してください。
- 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。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。その場合、続柄を記入してください。
- ②欄は別添様式4-2により算出した支給申請額について記入してください。
- 用紙が不足する場合は、様式第4号（別添様式4-1）（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

添付書類

職場支援員の配置の措置に係る支給申請を行う場合は、支給申請書（様式第4号）、本様式（別添様式4-1）、支援状況及び支給申請額詳細（別添様式4-2）及び職場支援員詳細（別添様式4-3）に、次の書類（原本または写し）を添付してください。

- 対象労働者が「身体障害」、「知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」または「高次脳機能障害」のいずれかに該当することを証明する書類
- 管轄労働局長の確認を受けた職場定着支援計画書
- 対象労働者の雇用契約書または労働条件通知書等（船員法第32条の規定により船員に対して明示しなければならない書面を含みます。）労働条件が確認できる書類
- 対象労働者の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿（対象労働者について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
- 対象労働者の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類（対象労働者について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
- 中小企業事業主である場合、中小企業事業主であることを確認できる書類（例えば、登記事項証明書、資本金・労働者数等を記載した資料、事業内容を記載した資料など、下表の範囲に該当することが確認できる資料）
（中小企業の範囲）

| | |
|-------------|---|
| 小売業(飲食業を含む) | 資本額又は出資額が5,000万円以下、または常時雇用する労働者の数が50人以下 |
| サービス業 | 〃 5,000万円以下、または 〃 100人以下 |
| 卸売業 | 〃 1億円以下、または 〃 100人以下 |
| その他 | 〃 3億円以下、または 〃 300人以下 |

- 職場支援員の配置に係る契約の種類に応じた書類
 - 職場支援員を支給対象事業主との雇用契約により配置する場合
 - 職場支援員が支給要件に該当する資格等を有することを証明する資格取得の証明書、研修の修了証明書等
 - 職場支援員の雇用契約書または労働条件通知書等の労働条件が確認できる書類
 - 対象労働者及び職場支援員の業務内容、所属等を明らかにする組織図、辞令等
 - 職場支援員の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿（職場支援員について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
 - 職場支援員の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類（職場支援員について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
 - 支給対象期間内に対象労働者の休職期間がある場合、休暇簿等の書類
 - 職場支援員を支給対象事業主との業務委託契約により配置する場合
 - 業務委託先の法人等の業務内容がわかるパンフレット等の書類
 - 支援内容、相談体制、期間、契約額等が確認できる業務委託契約書等の書類
 - 職場支援員が支給要件に該当する資格等を有することを証明する資格取得の証明書、研修の修了証明書等
 - 対象労働者が業務上の負傷または業務上の疾病による休業、育児休業、介護休業をとっている場合、当該休業であることがわかる書類
 - 職場支援員を支給対象事業主との委嘱契約により配置する場合
 - 支援内容、期間、費用を確認できる委嘱契約書等の書類
 - 支給対象期間内の委嘱に係る経費として支払った額がわかる領収書
 - 職場支援員が行った最初の支援の日付がわかる書類
 - 職場支援員が支給要件に該当する資格等を有することを証明する資格取得の証明書、研修の修了証明書等
- 対象労働者について、障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）の支給対象となっている場合、企業在籍型支援計画

申請にあたっての留意点

助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧いただき、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

| | | | | | | |
|-------|-------|---|--|---|--------------------------------------|----------|
| 対象労働者 | 番号 | ふりがな | 年齢 | 雇用保険被保険者番号 | | |
| | | 氏名 (生年月日) | () | 障害の種類 | | |
| | | 支給対象期内の支援方法の変更の有無 | | あり ・ なし | | |
| | | 支給対象期間内の賃金未払い | あり ・ なし | 起算日 | 年 月 日 | |
| | | 週所定労働時間 | 時間 / 週 | | 短時間労働者該当 | あり ・ なし |
| | | 継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。 | あり ・ なし | 起算日の 要因 | 雇入れ ・ 勤務時間延長 ・ 配置転換 業務内容変更 ・ 職場復帰 | |
| | | 就労継続支援A型事業の利用者への 該当の有無 | あり ・ なし | 対象労働者が職場支援員の配置に係る事業所の 代表者又は取締役の3親等内の親族に該当するか | | する ・ しない |
| | | 支給対象期内の対象 労働者の在職状況 | 在職 ・ 離職（離職日 年 月 日） 理由 | | | |
| | | 支給対象期内の1月を 超える長期休職の有無 | あり（理由： 期間： 月 日～ 月 日） ・ なし | | | |
| | | 対象労働者の雇い入れの前日から起算して6か月前の日から1年間の解雇等の有無 | | | あり ・ なし | |
| | | 支援策の種類 | 雇用している支援員による支援 ・ 業務委託 ・ 委嘱 | | | |
| | | 職場支援員 | 氏名 | | | |
| | | | 所属法人等 | | | |
| | | | 対象労働者に対する職場支援員としての配置日 | 年 月 日 | | |
| | | 支給対象期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 ・ 第5期 ・ 第6期 | | | |
| | 本人確認欄 | 別紙のとおり、支援員による支援を受けました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担が なかったことを確認します。 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄：) | | | | |