

5 職場復帰支援 内訳

①

| | | | | | | |
|-------------------------------------------------|-------|---------------------|--|----------------------------|---------------------------|---|
| (ふりがな) | | 生年月日 | | 年齢 | 雇用保険 被保険者番号 | |
| 対象労働者氏名 | | | | 歳 | | |
| 障害等の種類 | | 職場復帰の日 | | 年 | 月 | 日 |
| 療養を要した期間 | 年 月 日 | 休職期間 | | 年 | 月 | 日 |
| 中途障害の原因と発生日 | | 新規・進行 (新規の場合発生日) | | 申請した障害による本措置に係る助成金の受給実績の有無 | あり・なし ありの場合期間 (~) | |
| 就労継続支援A型事業利用者への該当の有無 | あり・なし | | | 雇用期間の定め | あり・なし [契約期間 ~] | |
| 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年以上雇用する見込みの有無 | | | | あり・なし | | |

| | | | | | | |
|---------|----------------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-----|-----|
| □ 時間的配慮 | □ 労働時間の調整 | | | | | |
| | 従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等 | | | 変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等 | | |
| | 措置の開始日 | 年 月 日 | 措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含みます) | あり・なし | | |
| | | | 変更した措置の開始日 | 年 月 日 | | |
| | | | 内容変更に係る医師の許可 | あり・なし | | |
| | 理由 (途中変更有りの場合はその理由も記入してください。) | | | | | |
| | □ 休暇の付与 | | | | | |
| | 通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与 | 実施あり・実施なし | (内容) | | 年間計 | 日まで |
| | 措置の開始日 | 年 月 日 | 措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含みます) | あり・なし | | |
| | | | 変更した措置の開始日 | 年 月 日 | | |
| | | 内容変更に係る医師の許可 | あり・なし | | | |

| | | | | | | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------|----------------|--------------|--|
| □ 職務開発等 | □ 職務内容の変更、職種転換 | | | | | |
| | 従前の職務内容 | (職業分類番号) | | 変更後の職務内容 | (職業分類番号) | |
| | (変更が有る場合のみ) 従前の所属・部署 | | | 変更後の所属・部署 | | |
| | 理由 | | | | | |
| | 措置の開始日 | 年 月 日 | 措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含みます) | あり・なし | | |
| | | | 変更した措置の開始日 | 年 月 日 | | |
| | 見直しを支援した支援者 | 氏名 | | 所属組織名 | | |
| | | 資格 | | 連絡先 | | |
| | □ 支援機器の導入・施設整備 | | | | | |
| | 施設整備等導入 | 名称 | | 内容と 必要性 | | |
| 導入完了日 | | | | | | |
| 費用 | | | 円 | (うち本人負担 あり・なし) | | |
| 措置の継続予定 | | | あり・なし | | | |
| 見直しを支援した支援者 | 氏名 | | 所属組織名 | | | |
| | 資格 | | 連絡先 | | | |
| 本人確認欄 | 上記の職場復帰のための措置の内容(変更を含む)について、同意しています。また、これらが現に実施されたことを確認します。あわせて、本助成金の支給申請に要する診断書に係る費用、支援機器の導入に要する費用その他の一切の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:) | |

②

| | | | | | | |
|--------|-------------|------------|-------|-----------|------------|-----------|
| 対象月数 | 月数 | か月 | 金額 | □中小企業 6万円 | 円 × 月 | 円 |
| | 月数 (端数分) | (日) (日) | | か月 | □大企業 4.5万円 | 円 × (日) = |
| 支給対象期間 | 第1期 | 第2期 | 支給申請額 | | | 円 |

様式第4号(別添様式5)(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。

- 「障害等の種類」欄には、指定様式による医師の意見書の「上記を原因とする障害等の種類」欄の内容と合うものを記入してください。
- 「療養を要した期間」欄には、指定の医師の意見書の「上記疾病・外傷の療養のために休職が必要な期間」欄に記載された期間を記入してください。また、「実際の休職期間」欄には、出勤簿により確認できる、実際の連続した休職の期間を記入してください。
- 「中途障害の原因と発生日」欄には、新規に中途障害となった場合は「新規」に○を付し、原因と発生日(事故等は発生日、疾患の場合は最初の診断日)を記載してください。既往の障害の進行等を原因とする場合には「進行」に○を付してください。
- 実施した職場復帰のための措置に☑を付し、以下5～10に留意の上、必要事項を記入してください。
- 労働時間の配慮を行う場合は、「従前の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に休職前の勤務時間を、「変更後の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に措置実施後の勤務時間を記入してください。
- 通勤時間の短縮等のための勤務地変更を行う場合は、「従前の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に休職前の通勤時間及び勤務地を、「変更後の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に措置実施後の通勤時間及び勤務地を記入してください。理由欄には、通勤時間の短縮であることを明確に記入してください。
- 対象労働者が単身で居住している場合に、親族等と同居できるようにするために勤務地を変更する場合は、「従前の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に従前の勤務地を、「変更後の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に変更後の勤務地を記載し、理由欄に対象労働者が現在独居であるかどうか、勤務地変更後に親族等と同居する予定であるかどうか及び同居する予定の親族の住所(市町村名まで)がわかるように記入してください。
- 通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与を行う場合には、実施ありに○を付し、年間何回まで認められるか記入してください。これが医師の意見書により通院が必要とされた回数を超えない場合は支給対象となりません。
「通常の有給休暇以外の有給」とは、就業規則等に定める当該事業主に雇用される労働者に適用される有給休暇以外の特別の有給休暇をいいます。病欠休暇、特別休暇等名称は問わず、対象労働者との雇用契約に個別に定める休暇も含まれます。
- 職務内容の変更を行う場合には、「従前の職務内容」欄に休職前の職務の内容を、「変更後の職務内容」欄には措置実施後の職務の内容を記入してください。職種転換の場合は、「職業分類番号」には、職業安定法第15条の規定に基づき職業安定局長が作成する職業分類表の中分類を記入してください。中分類は次のホームページからご確認ください。この中分類が異なる職種への転換が、本助成金上の職種転換と認められます。加えて、休職前と措置実施後とで部署や所属の変更がある場合は、記入してください。
また、本支援は、障害者の就労支援に係る業務を行っている就労支援機関の支援者による援助を得て行う職務内容の変更のみが対象となります。「見直しを支援した支援者」欄に、援助を行った支援者について記入してください。変更内容等に疑義がある場合は、記載された者に対して、支援内容について聴取することがあります。
【サイト名】ハローワークインターネットサービス 厚生労働省編職業分類
【URL】https://www.hellowork.go.jp/info/mhlw_job_dictionary.html
- 施設設備を導入する場合は、「導入完了日」欄には施設設備の設置日、工事完了日等、実際にこれを利用できるようになった日を記入してください。これが職場復帰の日から3か月以内であることが必要です。
また、本支援は、障害者の就労支援に係る業務を行っている就労支援機関の支援者による援助を得て行う施設整備等が対象となります。「見直しを支援した支援者」欄に、援助を行った支援者について記入してください。施設設備の内容等に疑義がある場合は、記載された者に対して、支援内容について聴取することがあります。
- 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後、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。
- 「対象月数」欄の「月数」には、「支援提供期間」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月として区切った各月の月数を記入してください。
支給対象期の途中で支援を終了する等した場合は通常6月となりますが、最後に1月に満たない端数がある場合は、当該1月に満たない期間については、「月数(端数分)」欄の分子に当該端数となった日数を、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。
- 「助成額」欄には、「金額」欄の上位と下位の合計を記入してください。

添付書類

職場復帰支援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5)および医師の意見書(様式第11号)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 |

- 職場復帰のための措置内容に応じた書類

イ 時間的配慮関係

- 時間的配慮を必要とすることを記載した医師の意見書・診断書等(指定の医師の意見書(様式第11号)で代えられる場合は不要です。)
- 就業規則、雇用契約書、労働条件通知書、辞令等の対象労働者に対して時間的配慮を行うことを通知した書類
- 休暇の付与の場合、利用できる休暇制度を対象労働者に示している就業規則、雇用契約書等の書類
- 勤務地の変更の場合、従前の勤務地および変更後の勤務地の住所のわかるパンフレット等の書類、辞令等の勤務地の変更をおこなったことがわかる書類

ロ 職務開発等関係

- 外部専門家の所属する法人等の業務がわかるパンフレット等の書類
- 支援機器の導入の場合、導入した機器の内容、導入した事実および事業主が経費を負担した事実がわかる書類(契約書、納品書、領収書等)
- 施設整備の場合、予定の施設整備が完了している事実および事業主が経費を負担した事実がわかる書類(契約書、納品書、領収書等)

申請にあたっての留意点

助成金の受給にあ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。