

トライアル雇用助成金（障害者トライアルコース・障害者短時間トライアルコース）
勤務実態等申立書

事業所名称 _____（雇用保険適用事業所番号 _____）
 対象労働者氏名 _____（雇用保険被保険者番号 _____）
 賃金締切日 _____ 日締切 賃金支払日（ 当月 ・ 翌月 ） _____ 日払
 変形労働時間制（ 有 ・ 無 ） _____ 賃金支払形態（月給・日給・時給・出来高給・その他） _____

障害者トライアル雇用等期間における各月（※）の出勤状況を記入してください。

（有給休暇は、出勤日数に含めてください。）

障害者トライアル雇用等期間が7か月以上となる場合は裏面も記入してください。

	1か月目	2か月目	3か月目
日付	/ / ~	/ / ~	/ / ~
就労予定日	日	日	日
出勤日数	日	日	日
備考			

	4か月目	5か月目	6か月目
日付	/ / ~	/ / ~	/ / ~
就労予定日	日	日	日
出勤日数	日	日	日
備考			

※ 1か月目は障害者トライアル雇用等を開始した日、2か月目は開始した日の翌月の応当日、3か月目は開始した日の翌々月の応当日（以後同様）をそれぞれ起算日とし、起算日からその翌月の応当日の前日までの期間を1か月間とします。

ただし、開始した日の翌月に応当日がない月は、翌月の末日を翌月の応当日の前日とします。（例えば、起算日が1月31日で2月が28日までの年の場合、翌月の応当日の前日は2月28日、翌々月の応当日の前日は3月30日、翌々々月の翌月の応当日の前日は4月30日となります。）

また、障害者トライアル雇用等期間が1か月間の場合であってその期間が31日に満たない場合に限り、その不足する日数を加えた期間をもって1か月間とします。（例えば、障害者トライアル雇用等開始日が11月1日であって障害者トライアル雇用等期間が1か月間の場合は、11月1日から12月1日までが当該1か月間となります。）

	7か月目	8か月目	9か月目
日付	/ / ~	/ / ~	/ / ~
就労予定日	日	日	日
出勤日数	日	日	日
備考			

	10か月目	11か月目	12か月目
日付	/ / ~	/ / ~	/ / ~
就労予定日	日	日	日
出勤日数	日	日	日
備考			

※以下、事務処理欄ですので記入しないでください。

割合	支給額（月額）※1	支給予定額（（※2）日/（※3）日）の割合を左欄に当てはめ、 支給額を算定		
		1か月目	万円	計算式（ 日/ 日= %）
75% ≤ A	4万円（8万円）	1か月目	万円	計算式（ 日/ 日= %）
50% ≤ A < 75%	3万円（6万円）	2か月目	万円	計算式（ 日/ 日= %）
25% ≤ A < 50%	2万円（4万円）	3か月目	万円	計算式（ 日/ 日= %）
0% < A < 25%	1万円（2万円）	合計	万円	
A = 0%	不支給			

※1：括弧内は、対象者が精神障害者である場合であって、1～3か月目の金額

※2：対象労働者が1か月間に実際に就労した日数（実就労日数：出勤簿等により確認）

※3：対象労働者が1か月間に就労を予定していた日数（本申立書に記載の日数）