

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。（年次有給休暇等法令により事業主が労働者に対し付与を義務付けられている休暇は、出勤日数に含めてください。）
 特別休暇等があった場合は、その具体的内容（「子の看護休暇」「バースデー休暇」等）について備考欄に記入してください。

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。）

共通様式第2号（別添様式）(R3.4)

	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		
		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）	4か月目（※4）	万円	計算式（日/日＝％）
A = 0%	不支給	5か月目（※4）	万円	計算式（日/日＝％）
		6か月目（※4）	万円	計算式（日/日＝％）
		7か月目（※5）	万円	計算式（日/日＝％）
		8か月目（※5）	万円	計算式（日/日＝％）
		9か月目（※5）	万円	計算式（日/日＝％）
		10か月目（※5）	万円	計算式（日/日＝％）
		11か月目（※5）	万円	計算式（日/日＝％）
		12か月目（※5）	万円	計算式（日/日＝％）
		合計		

※1：括弧内は、対象者が精神障害者である障害者トライアル雇用実施の場合であって、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）

※4：対象労働者が精神障害者である障害者トライアル雇用実施の場合又は障害者短時間トライアル雇用実施の場合に限る。

※5：障害者短時間トライアル雇用実施の場合に限る。