

2-1 障害者正社員化コース内訳

【措置の内容が多様な正社員（勤務地限定正社員、職務限定正社員、短時間正社員）への転換の場合のみ記入】

① 制度の種類（該当する番号を○で囲む）	1 勤務地限定正社員制度 ・ 2 職務限定正社員制度 ・ 3 短時間正社員制度
② 雇用区分の種類（該当する番号を○で囲む）	1 労働協約 ・ 2 就業規則

③	番号	氏名	年齢	障害の種類（※1）	トライアルからの接続（※2）	措置内容（該当する番号を○で囲む）	支給対象期間
対象労働者	1				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期（勤務地限定・職務限定・短時間） 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	2				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期（勤務地限定・職務限定・短時間） 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	3				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期（勤務地限定・職務限定・短時間） 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	4				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期（勤務地限定・職務限定・短時間） 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	5				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期（勤務地限定・職務限定・短時間） 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期

※1 障害の種類欄には、「身体障害（重度以外）」、「重度身体障害」、「知的障害（重度以外）」、「重度知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難病」、「高次脳機能障害」のいずれかを記入してください。

※2 トライアルからの接続欄には、障害者トライアル雇用又は障害者短時間トライアル雇用の終了後、雇用形態の転換を行った上で引き続き雇用する場合に☑を付してください。

雇用する労働者を他の雇用形態に転換することについて、その対象となる労働者本人の同意を得ているか。 ④ ※「いいえ」の場合、本助成金の支給を受けることができません。偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合は、支給した助成金の全部または一部を返還していただきます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

⑤ 支給申請額	<input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業	主たる事業	
---------	--	-------	--

< 1. 有期→正規（勤務地限定・職務限定・短時間を含む） >

重度身体障害、重度知的障害、精神障害				身体障害、知的障害、発達障害、難病、高次脳機能障害			
対象労働者	支給単価	支給申請額（A）		対象労働者	支給単価	支給申請額（B）	
<input type="text"/>	人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 60万円 <input type="checkbox"/> 大企業 45万円	= <input type="text"/>	円	<input type="text"/>	人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 45万円 <input type="checkbox"/> 大企業 33.5万円 円（第2期は34万）	= <input type="text"/>	円

< 2. 有期→無期 >

重度身体障害、重度知的障害、精神障害				身体障害、知的障害、発達障害、難病、高次脳機能障害			
対象労働者	支給単価	支給申請額（C）		対象労働者	支給単価	支給申請額（D）	
<input type="text"/>	人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 30万円 <input type="checkbox"/> 大企業 22.5万円 円	= <input type="text"/>	円	<input type="text"/>	人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 22.5万円 <input type="checkbox"/> 大企業 16.5万円 円	= <input type="text"/>	円

< 3. 無期→正規（勤務地限定・職務限定・短時間を含む） >

重度身体障害、重度知的障害、精神障害				身体障害、知的障害、発達障害、難病、高次脳機能障害			
対象労働者	支給単価	支給申請額（E）		対象労働者	支給単価	支給申請額（F）	
<input type="text"/>	人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 30万円 <input type="checkbox"/> 大企業 22.5万円 円	= <input type="text"/>	円	<input type="text"/>	人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 22.5万円 <input type="checkbox"/> 大企業 16.5万円 円	= <input type="text"/>	円

支給申請合計額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)+(F) = 円

支給申請期間

障害者正社員化コースを行った場合、対象労働者に対して転換後6か月分及び12か月分（※1）の賃金（時間外手当等を含みます。）を支給した日（※2）の翌日から起算して2か月以内に申請してください。

※1 転換日が賃金締切日の翌日でない場合は、転換日以降の最初の賃金締切日後6か月分。勤務した日数が11日未満の月は除きます。

※2 就業規則等の規定により、時間外手当を実績に応じ基本給等とは別に翌月等に支給している場合、6か月分の時間外手当が支給される日を賃金を支給した日とします（時間外勤務の実績がなく、結果として支給がない場合を含みます。）。

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及び②欄は、措置内容が多様な正社員への転換の場合のみ記入してください。
 - ③欄は、対象労働者について記入してください。「年齢」欄は転換日における年齢を記入してください。「措置内容」欄はその対象労働者に対して講じた措置のうち該当するものを○で囲んでください。
なお、対象労働者の詳細については、別添様式2－2に記入し併せて提出してください。
 - ~~④欄は、措置を講じた事業所において、その対象となる労働者本人の同意を得た上で雇用形態を転換したかについて記入してください。~~
 - ⑤欄は、支給申請額およびそれに関する事項等について記入してください。

添付書類

- 障害者正社員化コースの支給申請を行う場合は、支給申請書（様式第3号）、本様式（別添様式2－1）および障害者正社員化コース対象労働者詳細（別添様式2－2）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」、「重度身体障害」、「知的障害」、「重度知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難病」、「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
 - 管轄労働局長に受理されたの確認を受けたキャリアアップ計画書
 - 対象労働者が転換後に適用されている労働協約または就業規則
 - 多様な正社員への転換の場合、その雇用区分が規定されている労働協約または就業規則（3と同じ場合は不要）および転換日に雇用されていた正規雇用労働者（多様な正社員を除く）の雇用契約書または労働条件通知書等
 - 対象労働者の転換前及び転換後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、転換前6か月分（※1）および転換後6か月分（※2））
※1 転換日の前日から6か月前の日までの賃金に係る分のことをいい、支給対象期間第1期分の申請時のみ必要です。
また、障害者トライアル雇用から引き続き雇用される場合は添付する必要はありません。
※2 支給対象期間第2期分の申請においては、その支給対象期間に関する分を添付してください。
 - 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、転換前6か月分（※1）および転換後6か月分（※2））
※1 支給対象期間第1期分の申請時のみ必要です。
※2 支給対象期間第2期分の申請においては、その支給対象期間に関する分を添付してください。
 - 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（うち、企業全体の常時使用する労働者の数により中小企業事業主に該当する場合）事業所確認票（様式第4号）

（中小企業の範囲）

小売業（飲食業を含む）	資本金又は出資額が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

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ください、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。

2－1 障害者正社員化コース内訳

③ 対 象 労 働 者	番号	氏名	年齢	障害の種類（※ 1）	トライアルからの 接続（※2）	措置内容（該当する番号を○で囲む）	支給対象期間
	6				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	7				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	8				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	9				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	10				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	11				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	12				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	13				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	14				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期
	15				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間） 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規（勤務地限定・職務限定・短時間）	第1期 ・ 第2期

※1 障害の種類欄には、「身体障害（重度以外）」、「重度身体障害」、「知的障害（重度以外）」、「重度知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難病」、「高次脳機能障害」のいずれかを記入してください。

※2 トライアルからの接続欄には、障害者トライアル雇用又は障害者短時間トライアル雇用の終了後、雇用形態の転換を行った上で引き続き雇用する場合に☑を付してください。

2-2 障害者正社員化コース対象労働者詳細

（別添様式2－1③に記載した対象労働者の番号を記載し、対象労働者毎の詳細について、以下記載してください）

【番号】

①氏名		②生年月日・年齢	昭和・平成	年	月	日（歳）	
③雇用保険被保険者番号							
④転換の状況 （該当する番号を○で囲む）		1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規					
⑤（多様な正社員への転換の場合のみ） 制度の種類 （該当する番号を○で囲む）		1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度					
④⑥正規雇用労働者等への転換日	年	月	日	⑤⑦転換後、各支給対象期の6か月分の賃金を支給した日	年	月	日
⑥⑧労働契約法第18条第1項に基づく期間の定めのない労働契約の締結の申込みをする権利を有しているか					有している ・ 有していない		
⑦⑨正規雇用労働者（多様な正社員を含む）または無期雇用労働者として雇用することをあらかじめ約束していたかどうか					約束していた ・ 約束していなかった		
⑧⑩転換日から過去3年以内の当事業主等における雇用状況について							
<div><div>・（正規雇用労働者への転換の場合） 当事業主の事業所または密接な関係の事業主（第2面参照）に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用されていた、請負・委任の関係にあったまたは役員に就任していたことがあるか</div><div>・（無期雇用労働者への転換の場合） 当事業主の事業所または密接な関係の事業主（第2面参照）に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）もしくは無期雇用労働者として雇用されていた、請負・委任の関係にあったまたは役員に就任していたことがあるか。</div></div>					<div><※以下のイ、ロ、ハについて、いずれも回答してください> イ 当事業主または密接な関係の事業主に、雇用 されていた ・ されていなかった ロ 当事業主または密接な関係の事業主と請負・委任の関係に あった ・ なかった ハ 当事業主または密接な関係の事業主の役員就任 していた ・ したことはない</div>		
⑨⑪対象労働者が、転換を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか					該当する ・ 該当しない		
⑩⑫対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか					該当する ・ 該当しない		
⑬転換後の6か月間において賃金（時間外手当を含む。）を適切に支給しているかどうか。					適切に支給している → 適切に支給していない		
⑪⑭支給申請日において、転換後の雇用区分の状態が継続しているかどうか。					継続している ・ 継続していない		
⑫⑮支給申請日において、正規雇用労働者については有期雇用労働者または無期雇用労働者、無期雇用労働者については有期雇用労働者への転換が予定されているかどうか。					予定している ・ 予定していない		
⑬⑯ 上記の内容について間違いのないことおよび転換後の賃金が適切に支払われていることを対象労働者本人またはその保護者に確認しましたか。 ※ 虚偽の内容によって申請した場合、対象労働者ご本人等にも直接確認を行う場合があります。 ※ 特に、上記⑧⑩の記載に誤りがないか対象労働者ご本人等にご確認頂いてください。					はい ・ いいえ		
事業主確認欄		<div>上記の内容について間違いのないことを確認しました。 ※記載内容に虚偽が発覚した場合、助成金の不正受給として事業所名公表や刑事告発等を行う場合がありますので、記載内容に誤りがないか、必ずご確認ください。 ※申請代理人が不正受給に関与した場合や不正の事実を知っていて黙認した場合、申請代理人に返還の連帯責任を負っていただきます。 令和 年 月 日 （事業主名） （代理人または事務代理者・提出代行者の場合のみ） 令和 年 月 日 （代理人・事務代理者・提出代行者）</div>					

様式第3号（別添様式2－2）（第2面）

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 【番号】欄に、別添様式2－1（第1面）に記載した対象労働者ごとに番号を付け、当該対象労働者の詳細を記入してください。
また、対象労働者の年齢は、転換日における年齢を記入してください。
- 2 要旨が不足する場合は、別添様式2－2（**続紙**）に記入し、本紙に添付してください。
- 3 ②欄は、転換日時点における年齢を記載してください。
- 4 ~~⑦~~⑤欄は、転換後、各支給対象期の6か月分の賃金を支給した日を記載してください。
ただし、就業規則等の規定により、時間外手当を実績に応じ基本給等とは別に翌月等に支給している場合、6か月分の時間外手当が支給された日を、6か月分の賃金を支給した日とみなします。（時間外勤務の実績がなく、結果として支給がない場合を含みます。）
- 5 ~~⑧~~⑥欄は、無期雇用への転換を行う労働者について、労働契約法第18条の規定（いわゆる無期転換ルール）により無期雇用へ転換される権利を有しているかについて記入してください。無期転換ルールに関しては、下記ホームページ又は都道府県労働局へお問い合わせください。
【サイト名】有期契約労働者の無期転換ポータルサイト
【URL】<https://muki.mhlw.go.jp/>
- 6 ~~⑨~~⑧欄は、過去3年以内の当事業主または密接な関係の事業主における状況について、該当欄に○を付してください。
なお、「密接な関係の事業主」とは、組織的・経済的・組織的関連性から判断することとし、「財務諸表等の用語、様式および成方法に関する規則（昭和38年大蔵省令第59号）」第8条に定義されている親会社、子会社、関連会社および関係会社等を指します。

【参考】財務諸表等の用語、様式および作成方法に関する規則（昭和38年大蔵省令第59号）（抄）

第八条 この規則において「一年内」とは、貸借対照表日の翌日から起算して一年以内の日をいう。

2 この規則において「通常取引」とは、財務諸表提出会社の事業目的のための営業活動において、経常的にまたは短期間に循環して発生する取引をいう。

3 この規則において「**親会社**」とは、他の会社等の財務および営業または事業の方針を決定する機関（株主総会その他これに準ずる機関をいう。以下「意思決定機関」という。）を支配している会社等をいい、「子会社」とは、当該他の会社等をいう。親会社および子会社または子会社が、他の会社等の意思決定機関を支配している場合における当該他の会社等も、その親会社の子会社とみなす。

4 前項に規定する他の会社等の意思決定機関を支配している会社等とは、次の各号に掲げる会社等をいう。ただし、財務上または営業上もしくは事業上の関係からみて他の会社等の意思決定機関を支配していないことが明らかであると認められる会社等は、この限りでない。

一 他の会社等（民事再生法（平成十一年法律第二百二十五号）の規定による再生手続開始の決定を受けた会社等、会社更生法（平成十四年法律第百五十四号）の規定による更生手続開始の決定を受けた株式会社、破産法（平成十六年法律第七十五号）の規定による（破産手続開始の決定を受けた会社等その他これらに準ずる会社等であつて、かつ、有効な支配従属関係が存在しないと認められる会社等を除く。以下この項において同じ。）の議決権の過半数を自己の計算において所有している会社等

二 他の会社等の議決権の百分の四十以上、百分の五十以下を自己の計算において所有している会社等であつて、かつ、次に掲げるいずれかの要件に該当する会社等

イ 自己の計算において所有している議決権と自己と出資、人事、資金、技術、取引等において緊密な関係があることにより自己の意思と同一の内容の議決権を行使すると認められる者および自己の意思と同一の内容の議決権を行使することに同意している者が所有している議決権とを合わせて、他の会社等の議決権の過半数を占めていること。

ロ 役員（法第二十一条第一項第一号（法第二十七条において準用する場合を含む。））に規定する役員をいう。以下同じ。）もしくは使用人である者、またはこれらであつた者が自己が他の会社等の財務および営業または事業の方針の決定に関して影響を与えることができる者が、当該他の会社等の取締役会その他これに準ずる機関の構成員の過半数を占めていること。

ハ 他の会社等の重要な財務および営業または事業の方針の決定を支配する契約等が存在すること。

ニ 他の会社等の資金調達額（貸借対照表の負債の部に計上されているものに限る。）の総額の過半について融資（債務の保証および担保の提供を含む。以下この号および第六項第二号ロにおいて同じ。）を行つていること（自己と出資、人事、資金、技術、取引等において緊密な関係のある者が行う融資の額を合わせて資金調達額の総額の過半となる場合を含む。）。

ホ その他他の会社等の意思決定機関を支配していることが推測される事実が存在すること。

三 自己の計算において所有している議決権と自己と出資、人事、資金、技術、取引等において緊密な関係があることにより自己の意思と同一の内容の議決権を行使すると認められる者および自己の意思と同一の内容の議決権を行使することに同意している者が所有している議決権とを合わせた場合（自己の計算において議決権を所有していない場合を含む。）に他の会社等の議決権の過半数を占めている会社等であつて、かつ、前号ロからホまでに掲げるいずれかの要件に該当する会社等

5 この規則において「**関連会社**」とは、会社等および当該会社等の子会社が、出資、人事、資金、技術、取引等の関係を通じて、子会社以外の他の会社等の財務および営業または事業の方針の決定に対して重要な影響を与えることができる場合における当該子会社以外の他の会社等をいう。

6 ～ 7（略）

8 この規則において「**関係会社**」とは、財務諸表提出会社の親会社、子会社および関連会社並びに財務諸表提出会社が他の会社等の関連会社である場合における当該他の会社等（第十七項第四号において「その他の関係会社」という。）をいう。

- 7 ~~⑩~~⑬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、対象労働に確認の上、記載してください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者に確認してください。
なお、申請内容に疑義がある場合、必要に応じて対象者労働者本人やその保護者にも確認を行うことがありますのでご注意ください。

- 8 ~~事業主確認欄は、記載の内容について誤りがないことを確認し、事業主の氏名を記載してください。~~
~~なお、社会保険労務士等による代理人等の場合は、当該代理人等についても氏名を記載してください。~~

- ~~④~~本書類の内容に虚偽記載が発覚した場合は、助成金の支給が取り消されることとなるため、内容の誤り等がないようにご注意ください。
- 8い。

2-2 障害者正社員化コース対象労働者詳細（続紙）

（別添様式2-1③に記載した対象労働者の番号を記載し、対象労働者毎の詳細について、以下記載してください）

【番号】

①氏名		②生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日（ 歳）	
③雇用保険被保険者番号				
④④転換の状況 （該当する番号を○で囲む）		1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規		
⑤⑤（多様な正社員への転換の場合のみ） 制度の種類 （該当する番号を○で囲む）		1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度		
④⑥正規雇用労働者等への転換日	年 月 日	⑤⑦転換後、各支給対象期の6か月分の賃金を支給した日	年 月 日	
⑥⑧労働契約法第18条第1項に基づく期間の定めのない労働契約の締結の申込みをする権利を有しているか			有している ・ 有していない	
⑦⑧正規雇用労働者（多様な正社員を含む）または無期雇用労働者として雇用することをあらかじめ約束していたかどうか			約束していた ・ 約束していなかった	
⑧⑩転換日から過去3年以内の当事業主等における雇用状況について				
<div>・（正規雇用労働者への転換の場合） 当事業主の事業所または密接な関係の事業主（第2面参照）に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）として雇用されていた、請負・委任の関係にあったまたは役員に就任していたことがあるか</div> <div>・（無期雇用労働者への転換の場合） 当事業主の事業所または密接な関係の事業主（第2面参照）に正規雇用労働者（多様な正社員を含む。）もしくは無期雇用労働者として雇用されていた、請負・委任の関係にあったまたは役員に就任していたことがあるか。</div>			<div><※以下のイ、ロ、ハについて、いずれも回答してください></div> <div>イ 当事業主または密接な関係の事業主に、雇用 されていた されていなかった</div> <div>ロ 当事業主または密接な関係の事業主と請負・委任の関係に あった なかった</div> <div>ハ 当事業主または密接な関係の事業主の役員就任 していた したことはない</div>	
⑨⑪対象労働者が、転換を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか			該当する ・ 該当しない	
⑩⑫対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか			該当する ・ 該当しない	
⑬⑭転換後の6か月間において賃金（時間外手当を含む。）を適切に支給しているかどうか。			適切に支給している → 適切に支給していない	
⑪⑭支給申請日において、転換後の雇用区分の状態が継続しているかどうか。			継続している ・ 継続していない	
⑫⑮支給申請日において、正規雇用労働者については有期雇用労働者または無期雇用労働者、無期雇用労働者については有期雇用労働者への転換が予定されているかどうか。			予定している ・ 予定していない	
⑬⑯ 上記の内容について間違いのないことおよび転換後の賃金が適切に支払われていることを対象労働者本人またはその保護者に確認しましたか。 ※ 虚偽の内容によって申請した場合、対象労働者ご本人等にも直接確認を行う場合があります。 ※ 特に、上記⑧⑩の記載に誤りがないか対象労働者ご本人等にご確認頂いてください。			はい ・ いいえ	
事業主確認欄	<div>上記の内容について間違いのないことを確認しました。</div> <div>※記載内容に虚偽が発覚した場合、助成金の不正受給として事業所名公表や刑事告発等を行う場合がありますので、記載内容に誤りがないか、必ずご確認ください。</div> <div>※申請代理人が不正受給に関与した場合や不正の事実を知っていて黙認した場合、申請代理人に返還の連帯責任を 令和 年 月 日 （事業主名）</div> <div>（代理人または事務代理者・提出代行者の場合のみ） 令和</div>			