

障害者トライアル雇用等実施計画書  
(障害者トライアル雇用・障害者短時間トライアル雇用)

労働局長  
公共職業安定所長  
( 〒 )

殿

提出日 年 月 日

事業主

所在地 名称 氏名

代理人又は事務代理人・提出代行者 所在地 名称 氏名

標記について、次のとおり提出します。

① 障害者トライアル雇用等実施事業所	名称																
	所在地 電話番号	( 〒 ) 電話番号 - -															
	担当者	所属・役職 氏名					電話番号 F A X					- - - -					
	雇用保険 適用事業所番号					-							-				
② 支給要件了承認欄	トライアル雇用助成金（障害者トライアルコース又は障害者短時間トライアルコース）の支給を受けるためには、トライアル雇用助成金（障害者（短時間）トライアルコース）支給対象事業主要件票（実施様式第2号）に記載する要件があることを了承しました。 <div>削除</div>																
② 障害者トライアル雇用等対象者	フリガナ											生年月日 年 月 日 年齢	昭和・平成 年 月 日 生（歳）				
	氏名											障害の種類	身体・知的・精神・その他（ ）				
③ 障害者トライアル雇用等求人及び紹介	紹介機関	安定所・運輸局・職業紹介事業者等（名称 ）															
	求人番号 (ハローワーク紹介の場合)					-											
④ 障害者トライアル雇用等実施内容	障害者トライアル雇用等期間	( 年 月 日 から 年 月 日 まで )															
	所定労働時間	： から ： まで ( ) 当たりの所定労働時間 時間（通常の労働者の所定労働時間 時間）															
	テレワーク勤務	1週間の所定労働時間の2分の1以上がテレワーク勤務となる予定ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> テレワーク勤務をさせる予定はない															
	継続雇用する労働者として雇用するための要件	<input type="checkbox"/> 業務について基礎的な知識・技術を身につけること <input type="checkbox"/> 求人票記載業務を周囲と連携して行うことができること <input type="checkbox"/> やむを得ない場合を除く遅刻、早退、欠勤等なく、業務遂行の適性があると判断できること <input type="checkbox"/> その他（ ）															
⑤ 対象者の同意	上記の内容 <del>(②を除く)</del> 及び別途交付した雇用契約書等により障害者トライアル雇用等を行うことについて、対象者本人に相違ないことを確認し、同意を得ましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																
備考	<div>削除(システム上維持)</div>																

※障害者トライアル雇用等開始日から2週間以内に提出してください。

※記載に当たっては裏面をご覧ください。

※事務処理欄には記入しないでください。

事務処理欄	受理年月日	年 月 日				受理印	
	受理番号						
	連絡先安定所						
	対象者要件確認欄						
	実施要領第1の3(1)において該当する要件 イ(ニ) a ・ b ロ ※イ(ニ)bの場合 (a) ・ (b) ・ (c)						

提出上の注意

この障害者トライアル雇用等実施計画書（以下「計画書」といいます。）は、障害者トライアル雇用等の開始日から2週間以内に、以下に掲げる提出先に添付書類を添えて提出してください。

- 1 安定所から職業紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合  
○当該障害者トライアル雇用等に係る職業紹介を行った安定所
- 2 地方運輸局から職業紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合  
○当該障害者トライアル雇用等に係る職業紹介を行った地方運輸局
- 3 職業紹介事業者等から職業紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合  
○当該障害者トライアル雇用等を実施する雇用保険適用事業所の所在地を管轄する都道府県労働局  
又は当該労働局が管轄する安定所にその業務を行わせる場合は当該事業所の所在地を管轄する安定所

記入上の注意

この計画書は、次の点に注意して記入してください。

- 1 「事務処理欄」には記入しないでください。
- 2 ①欄は、障害者トライアル雇用等を実施する事業所について記載してください。
- ~~3 ②欄は、トライアル雇用助成金（障害者（短時間）トライアルコース）の支給を受けるためには要件があることを了承したかどうかについてチェックしてください。~~
- 3 ②③欄は、今回障害者トライアル雇用等を行う対象者について記載してください。  
また、年齢については、障害者トライアル雇用等開始日時点の年齢を記入してください。
- 4 ③④欄は、障害者トライアル雇用等に係る求人及び紹介を受けた機関について記載してください。
- 5 ④⑤欄は、障害者トライアル雇用等に係る実施内容について記載してください。  
所定労働時間欄については、通常は（ ）内に1週間と記載し、1週間当たりの所定労働時間を記載してください。  
また、変形労働時間制を採用している場合は、（ ）内に基準となる期間を記入した上で所定労働時間を記入してください。  
なお、「継続雇用する労働者として雇用するための要件」欄については対象者と十分に話し合った上で決定してください。
- 6 ⑤⑥欄は、対象者本人に確認のうえチェックしてください。

添付書類

計画書を提出する場合は、次の(1)から(4)までの書類を添付してください。  
(2)から(4)までの書類は職業紹介事業者等の紹介により障害者トライアル雇用等を開始する場合のみ必要となります。  
なお、その場合(2)から(4)までの書類はすべて紹介を受けた職業紹介事業者より交付されます。

- (1) 障害者トライアル雇用等期間に係る雇入れ通知書又は雇用契約書等労働条件が確認できる書類
- (2) 障害者トライアル雇用等職業紹介証明書
- (3) 障害者トライアル雇用等に係る求人票
- (4) 障害者トライアル雇用対象者確認票（実施様式第1号－①）又は障害者短時間トライアル雇用対象者確認票（実施様式第1号－②）及び対象者であることの確認書類

提出にあたっての留意点

- 1 安定所、地方運輸局又は労働局が、内容に関して不明な点があるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。
- 2 偽りその他事実と異なる記載内容を記載して提出した場合は、トライアル雇用助成金（障害者（短時間）トライアルコース）の支給を受けられない場合や不正受給として処理されることがありますのでご注意ください。
- 3 ご不明な点は労働局又は安定所にお問い合わせください。

※事務処理欄には記入しないでください。

事務 処理 欄	決 裁 欄						
	局長	部長	課長	課長補佐	担当官	係長	担当
	所長	次長	統括	専門官	上席	職業指導官	担当

障害者トライアル雇用等結果報告書 兼 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支給申請書

労働局長 殿

提出・申請日 年 月 日

( 千 )

( 千 )

事業主 所在地

代理人又は  
事務代理者・  
提出代行者

所在地

名 称

名 称

氏 名

氏 名

標記について、次のとおり提出・申請します。

①  障害者トライアル雇用等 実施事業所	名 称																													
	所 在 地	( 千 )										電 話 番 号										— —								
	電 話 番 号																													
	担 当 者	所 属 ・ 役 職															電 話 番 号					— —								
雇用保 険 適 用 事 業 所 番 号	氏 名					F A X										— —					削除									
労働保 険 番 号	都道府県					所管					管轄(1)					基幹番号										枝番号				
②  支給対象事業主 要件 (※) 等確認欄  ※この他にも要件があります 裏面参照	(1) 国、地方公共団体、特定独立行政法人、特定地方独立行政法人から受けている補助金、委託費等から支出した人件費により、④欄の対象者を雇い入れましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																													
	(2) 障害者総合支援法に基づく、就労継続支援事業（A型）を行う事業所ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																													
	(3) 安定所、運輸局又は職業紹介事業者等からの紹介前に、④欄の対象者の雇入れに向けた選考を開始していましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																													
	(4) ④欄の対象者は、事業主又は取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族）ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																													
	(5) 障害者トライアル雇用等を開始した日の前日から過去3年間に、④欄の対象者を雇用したことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																													
	(6) 障害者トライアル雇用等を開始した日の前日から過去3年間に、④欄の対象者に職場適応訓練（労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律18条第5項に規定する求職者を作業環境に適応させる訓練（短期訓練を除く。））を行ったことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																													
	(7) 障害者トライアル雇用等を開始した日の前日から過去3年間に当該事業所において④欄の対象者以外で障害者トライアル雇用等を実施したことがありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※「はい」の場合 障害者トライアル雇用等開始者 人（うち継続雇用移行者数 人）（うち継続雇用へ移行しなかった者等 人）																													
	(8) 障害者トライアル雇用等を開始した日の前日から過去1年間に④欄の対象者（日雇労働者を除く。）を雇用していた事業主（以下「関連事業主」）と同一の事業主又は関連事業主との間に次の(イ)又は(ロ)のいずれかに該当する等、資本的、経済的、組織的関連性がありますか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (イ) 総株主又は総社員の議決数の過半数を有している等親会社、子会社の関係である。 (ロ) 事業主が同一又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めている。																													
	(9) 高齢者雇用確保措置を講じていないことにより、高齢者等の雇用の安定等に関する法律第10条第2項に基づき、雇用確保措置を講ずべきことの勧告、又は法令に基づいた適切な高齢者就業確保措置を講じていないことにより、同法第10条の3第2項に基づき当該就業確保措置の是正に向けた計画作成勧告を受けていますか。 <input type="checkbox"/> はい 削除																													
	(9) テレワークによる障害者トライアル雇用を実施した場合は、1週間の所定労働時間の2分の1以上がテレワーク勤務でしたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> テレワークをさせていない																													
(10) (949)、下記④欄及び勤務実態等申出書(共通様式第2号（別添様式）)の内容について間違いのないことを、対象労働者本人に確認しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																														
③ 併 給 確 認 欄	④欄の対象者について国又は地方公共団体の助成金・奨励金等の支給申請又は受給をしましたか（予定も含む）。（「はい」の場合：名称） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																													
④  障害者トライアル雇用等 労働者	フリガナ															生 年 月 日 齢					昭和・平成 年 ( 月 日 ) 歳					削除				
	氏 名															年					( 歳 )									
	雇 用 保 険 適 用 事 業 所 番 号															—					—					障害の種類 身体・知的・精神・その他( )				
	紹 介 機 関					安定所・運輸局・職業紹介事業者等 (名称)										障害者トライアル雇用等期間					か月間 (令和 年 月 日から令和 年 月 日まで)									
障害者トライアル雇用等の結果（該当する番号、雇用形態、理由を○で囲む）					1. 継続雇用する労働者として雇用（正規雇用・正規雇用以外の無期雇用・有期雇用） 2. 障害者トライアル雇用等期間中に離職（自己都合・事業主都合） 3. 障害者トライアル雇用等期間をもって離職（移行する要件を満たさなかった（本人の合意 有・無）・本人からの申出・事業主からの申出） 4. 継続雇用する労働者以外で継続して雇用（移行する要件を満たさなかった・本人からの申出・事業主からの申出）																									

※事務処理欄には記入しないでください。

事務 処理 欄	決 裁 欄							支給処理欄		
	局長	部長	課長	課長補佐	担当官	係長	担当	受 理 年 月 日	年	月 日
								起 案 年 月 日	年	月 日
								支給(不支給)決定年月日	年	月 日
	所長	次長	統括	専門官	上席	職業指導官	担当	支 給 決 定 番 号	第	号
								支 給 決 定 額	万 円	
								通 知 書 発 送 年 月 日	年	月 日

共通様式第2号（第2面）（R7.4.1R5-6-26）

提出上の注意

この障害者トライアル雇用等結果報告書兼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支給申請書（以下「支給申請書」といいます。）は別添様式のほか添付書類を添えて、以下の期限以内に、障害者トライアル雇用等を行った事業所の所在地を管轄する都道府県労働局（以下「労働局」といいます。）に提出（※）してください。  
（※）公共職業安定所（以下「安定所」といいます。）を経由して労働局に提出することができる場合もあります。詳細については、労働局へお問い合わせください。

【障害者トライアルコースの場合】

以下の起算日から2か月以内

- ・原則 → 障害者トライアル雇用期間が終了した日の翌日
- ・対象者が精神障害者の障害者トライアル雇用を実施した事業主であって、障害者トライアル雇用期間が6か月以下の場合 → 障害者トライアル雇用期間が終了した日の翌日
- ・対象者が精神障害者の障害者トライアル雇用を実施した事業主であって、障害者トライアル雇用期間が6か月より長い場合  
→ 障害者トライアル雇用を開始してから6か月経過した日（希望する場合は、障害者トライアル雇用期間が終了した日→の翌日）
- ・対象者がテレワーク勤務による障害者トライアル雇用を実施した事業主であって、障害者トライアル雇用期間が3か月以下の場合 → 障害者トライアル雇用期間が終了した日の翌日
- ・対象者がテレワーク勤務による障害者トライアル雇用を実施した事業主であって、障害者トライアル雇用期間が3か月より長い場合  
→ 障害者トライアル雇用を開始してから3か月経過した日（希望する場合は、障害者トライアル雇用期間が終了した日→の翌日）
- ・対象者が障害者トライアル雇用期間の途中で離職した場合 → 離職日の翌日
- ・対象者が障害者トライアル雇用期間の途中で継続雇用する労働者へ移行した場合 → 継続雇用する労働者への移行日

【障害者短時間トライアルコースの場合】

以下の起算日から2か月以内

- ・障害者短時間トライアル雇用期間が6か月以下の場合 → 障害者短時間トライアル雇用を終了した日の翌日
- ・障害者短時間トライアル雇用期間が6か月より長い場合 → 障害者短時間トライアル雇用を開始してから6か月経過した日、~~後~~及びトライアル雇用期間が終了した日の翌日
- ・対象者が、障害者短時間トライアル雇用期間の途中で離職した場合 → 離職日の翌日
- ・対象者が、障害者短時間トライアル雇用期間の途中で継続雇用する労働者へ移行した場合 → 継続雇用する労働者への移行日

記入上の注意

この支給申請書は、次の点に注意して記入してください。

- 1 「事務処理欄」には記入しないでください。
- 2 障害者トライアルコース又は障害者短時間トライアルコースに係るトライアル雇用助成金の申請をしない場合でも、障害者トライアル雇用等に係る結果報告はしてください。その際は、表題の「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支給申請書」を二重線で削除してください。また、その場合②及び③欄は記入不要です。
- 3 申請者が代理人の場合は、本助成金の支給に係る「事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記入し、「代理人又は事務代理人・提出代行者」欄に代理人の所在地、名称及び氏名を記入してください。また、申請者が社会保険労務士法施行規則第16条に規定する提出代行者又は同施行規則第16条の3に規定する事務代理人の場合は、「事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記入し、「代理人又は事務代理人・提出代行者」欄に代理人の所在地、名称及び氏名を記載してください。
- 4 ①欄は、障害者トライアル雇用等を実施した事業所について記載してください。
- 5 ②欄は、各項目について該当する方にチェックをしてください。  
なお、(104)について、障害者トライアル雇用等期間中に当該労働者本人の自己都合離職、死亡等の理由により確認することができない場合は、申請事業主が、その理由及び対象者に連絡した経緯（例：〇〇年〇月〇日、〇〇氏の自宅に電話により連絡を取ったが応答なし等）または連絡を取ることができない理由等を記載した疎明書（任意様式）を提出してください。
- 6 ③欄は、今回の支給申請を行う対象労働者について、国又は地方公共団体の助成金・奨励金等の支給申請又は受給の有無を記入してください。
- 7 ④欄は、今回障害者トライアル雇用等を行った労働者について記載してください。~~また、年齢については、障害者トライアル雇用等開始日時時点の年齢を記入してください。~~

添付書類

支給申請を行う場合は、支給申請書及び別添様式に次の(1)から(66)までの書類を添付してください。

- (1) 障害者トライアル雇用実施計画書（安定所、地方運輸局又は労働局の受理印のあるもの）の写し
- (2) 障害者トライアル雇用等労働者に係る出勤簿等障害者トライアル雇用等期間中の出勤状況が確認できる書類又はその写し
- (3) 障害者トライアル雇用等労働者に対して障害者トライアル雇用等期間中に支払うべき賃金について支払ったことが確認できる賃金台帳又はその写し
- (4) 障害者トライアル雇用等労働者の障害者トライアル雇用等期間に係る雇用契約書若しくは雇入れ通知書等障害者トライアル雇用等期間中の労働契約について確認できる書類又はその写し
- (5) 障害者トライアル雇用等労働者が継続雇用する労働者として雇用した後期間に係る雇用契約書若しくは雇入れ通知書等当該労働者の継続雇用する労働者移行後の労働契約について確認できる書類又はその写し（障害者トライアル雇用等労働者が障害者トライアル雇用等期間後に継続雇用する労働者へ移行した場合に限る。）
- (6) 支給要件を確認するに当たってその他管轄労働局長が必要と認める書類

申請にあたっての留意点

- 1 次のいずれかの要件に該当する事業主は、障害者トライアルコース及び障害者短時間トライアルコースに係るトライアル雇用助成金は支給されません。
  - イ 障害者トライアル雇用等を開始した日の前日から起算して過去3年間に、当該障害者トライアル雇用等を行った事業所において、当該障害者トライアル雇用等以外に障害者トライアル雇用等を開始した対象者のうち、障害者トライアル雇用等を実施した後に「継続雇用する労働者として雇用しなかった障害者（障害者本人の都合による離職や本人の責めに帰すべき理由による解雇等は除く。）の数」に障害者トライアル雇用等結果報告書兼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支給申請書が提出されていない者の数を加えた数が3人を超え、継続雇用する労働者として雇用された数を上回っている事業主
  - ロ 基準期間（障害者トライアル雇用等を開始した日の前日から起算して6か月前の日から当該障害者トライアル雇用等開始の日の前日までの間において、当該障害者トライアル雇用等に係る雇入れを行った事業所において、雇用保険被保険者（雇用保険法第38条第1項に規定する短期雇用特別被保険者及び同法第43条第1項に規定する日雇労働被保険者を除く。以下「被保険者」という。）を解雇等事業主の都合により離職させた事業主（次の(イ)又は(ロ)に該当する解雇等により当該被保険者を離職させた者を除く。）
    - (イ) 当該被保険者の責めに帰すべき理由による解雇等
    - (ロ) 天災その他やむを得ない理由により事業の継続が不可能となったことによる解雇
- ハ 基準期間に、障害者トライアル雇用等に係る雇入れを行った事業所において、雇用保険法（昭和49年法律第116号）第23条第1項に規定する特定受給資格者となる離職理由のうち離職区分1 A又は3 Aに区分される離職理由により離職した者（以下「特定受給資格離職者」という。）として同法第13条に規定する受給資格の決定が行われたものの数を、当該事業所における当該雇入れ日における被保険者数で除した割合が6％を超えている（特定受給資格離職者として当該受給資格の決定が行われたものの数が3人以下である場合を除く。）事業主
- ニ 障害者トライアル雇用等を開始した日の前日から起算して1年前の日から当該障害者トライアル雇用等開始の日の前日までの間において、当該障害者トライアル雇用等に係る対象者（日雇労働者を除く。）を雇用していた事業主との間において、次の(イ)又は(ロ)のいずれかに該当する者、資本的、経済的、組織的関連性等から密接な関係にある事業主
  - (イ) 雇入れ日において、他の事業主の総株主又は総社員の議決数の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における親会社又は子会社であること
  - (ロ) 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であること又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めていること
- ホ 障害者トライアル雇用等労働者に対して、障害者トライアル雇用等期間中に支払うべき賃金（時間外手当、休日手当等を含む。）を支払っていない事業主
- ヘ 障害者トライアル雇用等を行った事業所において、次の(イ)から(ロ)までの書類の整備・保管していない事業主
  - (イ) 労働者の出勤状況が日ごと明らかにされた出勤簿等の書類
  - (ロ) 労働基準法（昭和22年法律第49号）第107条に規定する労働者名簿
  - (ハ) 労働基準法第108条に規定する賃金台帳
- ト 安定所、紹介事業者等の紹介時点と異なる条件により障害者トライアル雇用等を行った事業主であって、障害者トライアル雇用等労働者に対し労働条件に関する不利益又は違法行為があり、かつ、当該者から求人条件と実際の労働条件が異なることについて安定所又は都道府県労働局に申出があった事業主

(助成金共通要件)

- イ 偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、又は受けようとしたことにより、支給申請日又は支給決定日の時点で、3年間（平成31年4月以降に申請された助成金においては5年間）の不支給措置がとられていること
- ロ 偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、又は受けようとしたことにより、支給申請日又は支給決定日の時点で、5年間の不支給措置がとられている事業主又は事業主団体の役員等がいる事業主
- ハ 本助成金の支給に係る事業所において、支給申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度（労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号）第2条第4項に規定する「保険年度」をいう。）の労働保険料（同法第41条により徴収する権利が消滅しているものを除く。）を納付していない事業主（支給申請日の翌日から起算して2か月以内に納付を行った事業主を除く。）
- ニ 本助成金の支給に係る事業所において、支給申請日の前日から起算して1年前の日から支給申請日の前日までの間に労働関係法令の違反（船員に適用される労働関係法令違反を含む。）を行った事業主
- ホ 本助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律（昭和23年法律第122号）第2条第4項に規定する接待飲食等営業（同条第1項第1号に該当するものに限る。）、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業（同条第6項第1号、第2号若しくは第3号、第7項第1号、第9項又は第10項に該当するものに限る。）等を行っている事業所において、接待業務、性的な行為を表す場面若しくは衣服を脱いだりの変態を見せる業務又は性的好奇心を満たすための交際・会話を希望する者に対する音声による会話の業務に従事する者を対象労働者として、本助成金の支給を受けようとする事業主
- ヘ 暴力団関係事業主（以下の(イ)又は(ロ)に該当する者をいう。以下同じ。）
  - (イ) 暴力団が実質的に経営を支配する事業主
  - 事業主又は事業主の役員等（事業主が個人である場合はその者、法人である場合は、役員又は支店若しくは営業所等の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。）が暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。）であるとき
  - (ロ) 暴力団が実質的に経営を支配する事業主に準ずる事業主
    - a 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている事業主
    - b 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは間接的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している事業主
    - c 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている事業主
- ト 事業主又は事業主の役員等が、破壊活動防止法（昭和27年法律第240号）第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れがある団体等 に属している
- チ 支給申請日又は支給決定日の時点で倒産（雇用保険法施行規則（昭和50年労働省令第3号）第35条第1号に規定する倒産をいう。）している事業主（再生手続開始の申立て（民事再生法（平成11年法律第225号）第21条に規定する再生手続開始の申立てをいう。）又は更生手続開始の申立て（会社更生法（平成14年法律第154号）第17条に規定する更生手続開始の申立てをいう。）を行った事業主であって、事業活動を継続する見込みがある者を除く。）
- 2 労働局長が、助成金の支給に関し必要があると認めるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。  
なお、調査又は報告の際に求められた書類等を提示又は提出できない場合や調査又は報告を正当な理由なく拒否する場合は、助成金の支給を行いません。
- 3 助成金の支給申請に当たって労働局に提出した書類等については、当該支給申請に係る支給決定日から起算して5年間保管してください。
- 4 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又は一部を返還していただきます。返還に関しては、受給した日の翌日から返還を終了する日までの期間に対し、年3％の利息を付すとともに当該返還を求めた額の2割に相当する額を請求します。
- 5 偽りその他不正の行為により助成金の支給を受け、又は受けようとした事業主については、一定期間雇用保険法に基づく助成金等の申請ができなくなります。
- 6 代理人が申請する場合にあつては、委任状（写しでも可）を添付してください。
- 7 助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、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。

障害者トライアル雇用等実施計画変更届（天災等特例）  
（障害者トライアル雇用・障害者短時間トライアル雇用）

労働局長 殿  
公共職業安定所長  
（ 〳 ）

提出日 年 月 日

（ 〳 ）

事業主

所在地

代理人又は事務代理  
者・提出代行者

所在地

名称

名称

氏名

氏名

標記について、次のとおり提出します。

① 障害者トライアル 雇用等 実施事業所	名称																
	所在地 電話番号	( 〳 ) 電話番号 ー ー															
	担当者	所属・役職 氏名				電話番号 F A X				ー ー ー ー							
	雇用保険 適用事業所番号					ー							ー				
② 特例対象事業主要 件の確認欄	(ア) 当初の実施計画書の障害者トライアル雇用等実施予定期間のうち、③の対象者を 天災等のやむを得ない理由により、休業等させた日がありましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																
	(イ) (ア) の休業等により③の対象者の適性や業務遂行可能性の見極めが難しくなり ましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																
③ 障害者トライアル 雇用等 対象者	フリガナ											生年月日 年 月 日 年齢	昭和・平成 年 ( 月 日 生 歳 )				
	氏名											障害の種類	身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ その他 ( )				
④ 障害者トライアル 雇用等 求人及び紹介	紹介機関	安定所 ・ 運輸局 ・ 職業紹介事業者等 (名称 )															
	求人番号 (ハローワーク紹介の場合)					ー											
⑤ 障害者トライアル 雇用等 実施内容	(ア) 当初の障害者 トライアル雇用等実 施 予 定 期 間 (該当する期間を○で囲む)	年 月 日 から 年 月 日 まで )															
	(イ) (ア) のうち 休業を実施した日																
	(ウ) (ア) に加え て新たに障害者トラ イアル雇用等を実施 する日																
	(エ) 所定労働時 間	： から ： まで 1週間当たり の所定労働時間 時間 ( )															
	(オ) 継続雇用す る労働者として雇 用するための要件	<input type="checkbox"/> 業務について基礎的な知識・技術を身につけること <input type="checkbox"/> 求人票記載業務を周囲と連携して行うことができること <input type="checkbox"/> やむを得ない場合を除く遅刻、早退、欠勤等なく、業務遂行の適性があると判断できること <input type="checkbox"/> その他 ( )															
備考																	

※内容変更が決定次第速やかに提出してください。

※記載に当たっては裏面をご覧ください。

※事務処理欄には記入しないでください。

事務 処理 欄	受理年月日	年 月 日				受 理 印	
	受理番号						
	連絡先安定所						
	対象者要件確認欄						
	実施要領第1の3(1)の二において該当する要件 イ(二) a ・ b ロ ※イ(二) b の場合 ( a ) ・ ( b ) ・ ( c )						



提出上の注意

この障害者トライアル雇用等実施計画変更届（天災等特例）（以下「変更届」といいます。）は、内容変更が決定次第速やかに、次の(イ)から(ハ)までの区分に応じて、それぞれ次に掲げる提出先に添付書類を添えて提出してください。

(イ) 公共職業安定所（以下「安定所」といいます。）から紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合  
当該障害者トライアル雇用等に係る職業紹介を行った安定所

(ロ) 地方運輸局から紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合  
当該障害者トライアル雇用等に係る職業紹介を行った地方運輸局

(ハ) 職業紹介事業者等から紹介を受け、障害者トライアル雇用等を開始する場合  
当該障害者トライアル雇用等に係る雇用保険適用事業所の所在地を管轄する都道府県労働局（以下「労働局」といいます。）又は安定所

（※）各労働局によって異なりますので、紹介を受けた職業紹介事業者等の指示に従ってください。  
また、ご不明な場合は管轄の労働局又は安定所へお問い合わせください。

記入上の注意

この変更届は、次の点に注意して記入してください。

1 「事務処理欄」には記入しないでください。

2 ①欄は、障害者トライアル雇用等を実施する事業所について記載してください。

3 ②欄は、障害者トライアル雇用等期間の変更を行うための要件を満たしているかどうかについてチェックしてください。

4 ③欄は、今回障害者トライアル雇用等を行う対象者について記載してください。  
また、年齢については、障害者トライアル雇用等開始日時点の年齢を記入してください。

5 ④欄は、障害者トライアル雇用等に係る求人及び紹介を受けた機関について記載してください。

6 ⑤欄は、障害者トライアル雇用等に係る実施内容について記載してください。  
（ア）の期間が、既にご提出いただいている「トライアル雇用実施計画書」の記載と異なる場合は、その旨と理由を備考欄に記載してください。  
（イ）には、（ア）のうち③の対象者が勤務する予定であった日であって、（ア）から除外する日のみを記載してください。  
（ウ）には、③の対象者が勤務する予定の日を、（イ）と日数が等しくなるように記載してください。  
（エ）の所定労働時間欄については、通常は（ ）内に1週間と記載し、1週間当たりの所定労働時間を記載してください。  
また、変形労働時間制を採用している場合は、（ ）内に基準となる期間を記入した上で所定労働時間を記入してください。  
（オ）の「継続雇用する労働者として雇用するための要件」欄については対象者と十分に話し合った上で決定してください。

7 提出前に、表面の内容（②を除く。）及び別途交付した雇用契約書等によりトライアル雇用を行うことについて、相違ないかを対象者本人に確認した上でご提出願います。なお、計画内容に疑義がある場合、必要に応じて対象者本人にも事情聴取等を行うことがありますのでご注意ください。

提出にあたっての留意点

- 1 安定所又は労働局が、内容に関して不明な点があるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。
- 2 偽りその他事実と異なる内容を記載し提出した場合は、トライアル雇用助成金（障害者（短時間）トライアルコース）の支給を受けられない場合があります。
- 3 ご不明な点は労働局又は安定所にお問い合わせください。

※事務処理欄には記入しないでください。

事務 処理 欄	決 裁 欄						
	局長	部長	課長	課長補佐	担当官	係長	担当
	所長	次長	統括	専門官	上席	職業指導官	担当