

## 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 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
	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 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 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 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 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 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。

④ 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。 ※ 「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) >

対象労働者		重度身体障害、重度知的障害、精神障害		支給申請額(A)	
人	×	支給単価	人	×	円
		<input type="checkbox"/> 中小企業 60万円 <input type="checkbox"/> 大企業 45万円			

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

### < 2. 有期→無期 >

対象労働者		重度身体障害、重度知的障害、精神障害		支給申請額(C)	
人	×	支給単価	人	×	円
		<input type="checkbox"/> 中小企業 30万円 <input type="checkbox"/> 大企業 22.5万円			

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

### < 3. 無期→正規(勤務地限定・職務限定・短時間を含む) >

対象労働者		重度身体障害、重度知的障害、精神障害		支給申請額(E)	
人	×	支給単価	人	×	円
		<input type="checkbox"/> 中小企業 30万円 <input type="checkbox"/> 大企業 22.5万円			

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

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 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 ⑤欄は、支給申請額およびそれに関係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。

- 1 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
- 2 管轄労働局長の確認を受けたキャリアアップ計画書
- 3 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
- 4 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
- 5 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
- 6 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。
- 7 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。
- 8 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

**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。