

障害者雇用安定助成金
(障害・治療と仕事の両立支援制度助成コース)
両立支援制度整備計画(変更)書

障害者雇用安定助成金(障害・治療と仕事の両立支援制度助成コース)両立支援制度整備計画(変更)書の認定を受けたいので以下のとおり申請します。
なお、本申請時点において、雇用保険被保険者資格取得届及び雇用保険被保険者資格喪失届について、届出漏れがないことを申し添えます。

労働局長 殿

事業主 住所 〒
又は 名称
代理人 氏名

平成 年 月 日
印

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に障害者雇用安定助成金(障害・治療と仕事の両立支援制度助成コース)の支給に係る事業主(計画者)の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同則第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主(計画者)の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をして下さい。

事業主又は
社会保険労務士
(提出代行者・事務代理者)

住所 〒
名称
氏名

印

① 申請 事業主	(1) 事業主の主たる事業所の 雇用保険適用事業所番号	— —	(2) 主たる事業		
	(3) 常時雇用する労働者数	人	(4) 資本の額又は出資の総額	円	
②両立支援制度整備計画期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
③ 申請予定額	☐ 両立支援制度導入助成 10万円				
				申請合計予定額 10万円	
④ 国等からの補助金等(本助成金を含む)の 受給の有無			有 () ・ 無		
⑤申請書作成担当者			電話番号		
社会保険労務士記載欄		作成年月日、提出代行・事務代理者の 表示	氏名	電話番号	

※ 処 理 欄 （ 労 働 局 記 入 ）	受理年月日	平成 年 月 日			認定年月日	平成 年 月 日	
	認定金額	円		認定番号		大企業・中小企業 の区分	☐ 大企業 ☐ 中小企業
	企業における雇用保険一般被保険者数			人			
	過去における本助成金の活用の有無			☐ 有 ☐ 無			
	備考						
※ 決 裁 欄 （労働局使用）		局 長	部 長	課 長	課 長 補 佐	係 長	担 当

【提出上の注意】

- 1 この用紙を計画の認定のために使用する場合は、標題中「（変更）」を抹消して下さい。また、変更申請の場合は、標題の（変更）を○で囲んで下さい。
- 2 この計画書は、事業主（企業単位）の主たる事業所（通常、本社となります。）の所在地を業務担当区域とする都道府県労働局職業安定部に提出して下さい。なお、その労働局の管轄下にある公共職業安定所（ハローワーク）に提出できる場合がありますので、管轄労働局にお問い合わせ下さい。
- 3 この計画書は、4に掲げる書類と共に最初に両立支援制度を導入する月の初日の6か月前の日から1か月前の日の前日までに提出して下さい。
- 4 この計画書を提出する場合は、次の書類を添付して下さい。

☐ 導入する両立支援制度の概要票（様式 a-1 別紙）

☐ 次のいずれかの対象労働者に係る書類

☐ 対象労働者（障害を抱える労働者）ごとに表 1 に掲げるイからへに該当することを証明する書類

☐ 対象労働者（傷病を負った労働者）に関する治療の状況や就業継続の可否についての主治医意見書

☐ 上記、主治医意見書の発行費用に関しての事業主負担を証明する書類

☐ 現行の労働協約又は就業規則

☐ その他管轄労働局長が必要と認める書類

（表 1）

イ 身体障害者	身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 15 条第 4 項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳（以下「身体障害者手帳」という。）（写）であって対象労働者の氏名、年齢及び障害の程度が確認できるもの。 身体障害者手帳を所持しない者については、当分の間、次のイ及びロによる医師の診断書・意見書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名、年齢及び障害の程度が確認できるもの。 イ 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 15 条の規定により都道府県知事の定める医師（以下「指定医」という。）又は労働安全衛生法第 13 条に規定する産業医による障害者雇用促進法別表に掲げる身体障害を有する旨の診断書・意見書（ただし、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害については、当分の間、指定医によるものに限る。）を受けること。 ロ イの診断書は、障害の種類及び程度並びに障害者雇用促進法別表に掲げる障害に該当する旨を記載したものとすること
ロ 知的障害者	児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は地域センターの判定書（対象労働者の知能指数及び身辺処理能力に関する意見を記入したものをいう。）（写）又は所得税法施行令（昭和40年政令第96号）第31条の 2 第17号に規定する療育手帳（以下「療育手帳」という。）（写）であって対象労働者の氏名、年齢及び障害の程度が確認できるもの。
ハ 精神障害者	精神保健福祉法第45条第 2 項の規定に基づき交付を受けた精神障害者保健福祉手帳（写）又は主治医の診断書・意見書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名が確認できるもの（統合失調症、そううつ病又はてんかん以外の精神障害がある者については、上記のうち精神障害者保健福祉手帳（写）に限る。）。
ニ 発達障害者	医師の診断書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名及び発達障害であることが確認できるもの。
ホ 難治性疾患を有する者	難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第 7 条第 4 項により都道府県が交付する医療受給者証（写）、医師の診断書（原本又は写し）又は公的機関が発行する書類（原本又は写し）であって対象労働者の氏名及び難治性疾患の病名が確認できるもの。
へ 高次脳機能障害	医師の診断書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名及び高次脳機能障害であることが確認できるもの。

- 5 導入する両立支援制度の内容等、当該計画の内容に変更が生じるときは、計画の変更を申請しなければなりません。変更の際は、この用紙を計画変更書として使用します。詳細な手続き、記入方法については、あらかじめ労働局にお問い合わせ下さい。変更の申請は、変更の内容に応じて提出期限が異なりますので、あらかじめ労働局にお問い合わせ下さい。 なお、変更の申請がなされず認定された計画との違いがある場合、支給決定されないことがあります。
- 6 その他、この計画について労働局が立ち入り検査等を行うことがありますので、ご協力下さい。
- 7 支給申請するときは、必要な書類の整備又は提出が必要です。

【記入上の注意】

- 1 ①(3)については、制度導入を行う事業所における2か月を超えて使用されている者（実態として2か月を超えて使用されている者のほか、それ以外の者であっても期間の定めのない者及び2か月を超える雇用期間の定めのある者を含む）であり、かつ週当たりの所定労働時間が当該企業の正規の従業員と概ね同等である者の数を計上して下さい。
- 2 ②には、両立支援制度整備計画の期間（最初に両立支援制度を導入する月の初日を起算日とする3ヶ月以上1年以内の期間）を記載して下さい。なお、この期間内に新たな両立支援制度の導入を行い、対象事業所における対象労働者に実際に実施することが必要です。
- 3 この計画書の提出日において、国、特別の法律に基づいて設立された法人等からの補助金、助成金等（本助成金を含む。）を受給している（予定を含む。）場合は、この助成金（両立支援制度助成）の支給対象とならない場合があります。④欄には、受給の有無及び受給している（予定を含む。）補助金等のすべてについてその名称を記入して下さい。書ききれない場合は別紙に記入して添付して下さい。
- 4 ⑤欄には、この計画書の内容を了解している作成担当者を記入して下さい。労働局から記載内容について問い合わせることがあります。

【書類等の保管】

本助成金（両立支援制度助成）の支給を受けた事業主は、本助成金（両立支援制度助成）の申請に当たって提出した書類等について、当該助成金（両立支援制度助成）の最後の支給日の属する年度から起算して5年間整理保管することとされています。また、これらの書類等について都道府県労働局より提示又は提出を求められたときは、速やかに提示又は提出下さい。この求めに応じていただけない場合、雇用保険法の規定に基づき罰せられることがあります。

【助成金（両立支援制度助成）の支給を受けるためには、以下のような条件が定められています。】

両立支援制度整備計画期間の初日の前日から起算して6か月前の日から両立支援制度助成に係る支給申請書の提出日までの間に、3人を超え、かつ、雇用保険被保険者の6％に相当する数を超えた特定受給資格者となる離職を出した事業主でないこと。