

様式第4号（別添様式2）（第2面）

支給申請期間

支給要件を具備した日以降最初に到来する職場定着支援計画ごとに定められた支給申請期間中に申請してください。

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欄は対象労働者について記入してください。
- 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。その場合、続柄を記入してください。
- ②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。
- 用紙が不足する場合は、様式第4号（別添様式2）（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

添付書類

短時間労働者の勤務時間延長の措置に係る支給申請を行う場合は、支給申請書（様式第4号）および本様式（別添様式2）に、次の書類（原本または写し）を添付してください。

- イ 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」、「難治性疾患」、「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
- ロ 管轄労働局長の確認を受けた職場定着支援計画書
- ハ 対象労働者の週所定労働時間の延長前および延長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。）
- ニ 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、延長前6か月分（※1）および延長後6か月分（※2））
※1 延長日の前日から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、当該支給対象期間に係る分を添付してください。
- ホ 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、延長前6か月分（※1）および延長後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、当該支給対象期間に係る分を添付してください。
- ヘ 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（例えば、登記事項証明書、資本金・労働者数等を記載した資料、事業内容を記載した資料など、下表の範囲に該当することが確認できる資料）

（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。

提出された書類により支給要件の確認を行うことが困難であると判断した場合は、追加で書類の提出を求める場合があります。

| | | | | | | | | |
|--|--|--|----------------|---|---------------|---------------|--------------------|--------------------------|
| ① | 氏名 | | | | 雇用保険被保険者番号 | | | |
| | | | | | | | | |
| | 生年月日・年齢 | 昭和・平成 年 月 日（歳） | | 障害の種類 | | | トライアルからの接続 | <input type="checkbox"/> |
| | 週所定労働時間 | 延長前 | 時間 | 延長後 | 時間 | 週所定労働時間を延長した日 | 平成 年 月 日 | |
| | 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 | 該当しない ・ 該当する | | 対象労働者が週所定労働時間の延長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 | | | 該当しない ・ 該当する | |
| | 継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。 | | | | あり ・ なし | | | |
| | 本人確認 | 上記の内容について間違いのないことを確認し、また、勤務時間を延長することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 | | | | | | |
| | | | 平成 年 月 日（本人署名） | | 印（保護者の場合続柄：） | | | |
| | 支給対象期間 | 第1期 ・ 第2期 | | | | | | |
| | 対象労働者 | 氏名 | | | | 雇用保険被保険者番号 | | |
| | | | | | | | | |
| 生年月日・年齢 | | 昭和・平成 年 月 日（歳） | | 障害の種類 | | | トライアルからの接続 | <input type="checkbox"/> |
| 週所定労働時間 | | 延長前 | 時間 | 延長後 | 時間 | 週所定労働時間を延長した日 | 平成 年 月 日 | |
| 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 | | 該当しない ・ 該当する | | 対象労働者が週所定労働時間の延長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 | | | 該当しない ・ 該当する | |
| 継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。 | | | | あり ・ なし | | | | |
| 本人確認 | | 上記の内容について間違いのないことを確認し、また、勤務時間を延長することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 | | | | | | |
| | | 平成 年 月 日（本人署名） | | 印（保護者の場合続柄：） | | | | |
| 支給対象期間 | | 第1期 ・ 第2期 | | | | | | |
| | | 氏名 | | | | 雇用保険被保険者番号 | | |
| | | | | | | | | |
| | 生年月日・年齢 | 昭和・平成 年 月 日（歳） | | 障害の種類 | | | トライアルからの接続 | <input type="checkbox"/> |
| | 週所定労働時間 | 延長前 | 時間 | 延長後 | 時間 | 週所定労働時間を延長した日 | 平成 年 月 日 | |
| | 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 | 該当しない ・ 該当する | | 対象労働者が週所定労働時間の延長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 | | | 該当しない ・ 該当する | |
| | 継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。 | | | | あり ・ なし | | | |
| | 本人確認 | 上記の内容について間違いのないことを確認し、また、勤務時間を延長することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 | | | | | | |
| | | | 平成 年 月 日（本人署名） | | 印（保護者の場合続柄：） | | | |
| | 支給対象期間 | 第1期 ・ 第2期 | | | | | | |