

障害者助成金支給請求書(20)

		受理年月日(障害者助成部)		受理年月日		
事業所コード		〇〇〇〇〇〇		〇〇〇〇		
				認定申請書に記載の事業所番号を記載してください。		
				チェックボックスがある項目については、該当するものすべてにチェックをしてください。		
次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。						
20※※年 〇〇月 〇〇日						
独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿						
この請求書で支給請求する助成金						
☐ ① 障害者介助等助成金(職場復帰支援) ☐ ② 障害者介助等助成金(中途障害者等技能習得支援) ☐ ③ 障害者介助等助成金(中高年齢等障害者技能習得支援) ☐ ④ 障害者介助等助成金(職場支援員の配置) ☐ ⑤ 障害者介助等助成金(職場支援員の委嘱) ☐ ⑥ 障害者介助等助成金(職場支援員の配置の中高年齢等措置) ☐ ⑦ 障害者介助等助成金(職場支援員の委嘱の中高年齢等措置) ☒ ⑧ 障害者介助等助成金(介助者等資質向上措置)						
請求事業主		所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 千葉県千葉市△△区△△町〇〇-〇〇			
		(フリガナ) 事業主名	カブシキガイシャ 株式会社 △△△△			
		(フリガナ) 代表者の役職及び氏名	タイヒョウトリシマリヤクシヤチョウ コウ イチロウ 代表取締役社長 雇用 一郎			
請求に係る事業所		事業所所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都〇〇区〇〇〇〇1-1-1			
		(フリガナ) 事業所名	カブシキガイシャ ジー・トウキョウエイキョウシヤ 株式会社JEED 東京営業所			
中小企業該当の有無		☐ 有 ☐ 無		産業中分類番号	〇〇	
常用労働者の総数		〇〇〇 人		資本金・出資の総額	〇〇〇〇 万円	
主たる事業		△△△△業				
提出代行者 事務代理者 代理人		☐ 提出代行者 ☐ 事務代理者 ☐ 代理人				
		住所	(〒 -)		電話番号	
		事務所名			職名・氏名	
1 この支給請求書で請求する受給資格の認定番号等						
① 認定番号		第 〇〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇 号		② 認定日	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	
③ 認定に係る支給期間		〇〇〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇〇〇年 〇月 〇日		④ 前回支給決定額 (支給決定番号)	〇, 〇〇〇 円 (初回の支給請求では記載不要です。)	
2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況 (①④⑥の助成金については、助添付様式第73号の添付により、本欄の記載は不要です。 また、「離職理由番号」欄は、雇用保険被保険者資格喪失確認番号の離職理由欄に記載されている番号を記載してください。)		フリガナ 氏 名	雇用の 有無	離職した場合の離職日	離職理由 番号	
		マカハリ タロウ 幕張 太郎	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
3 支給請求に係る介助者等の雇用状況 (「離職理由番号」欄は、雇用保険被保険者資格喪失確認番号の離職理由欄に記載されている番号を記載してください。)		フリガナ 氏 名	雇用の 有無	離職した場合の離職日	離職理由 番号	
		チハ ハナコ 千葉 花子	☐ 雇用中 ☐ 離職	年 月 日	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	
4 支給要件確認申立書の確認項目の変更						
認定申請時に提出した支給要件確認申立書(様式第540号)により 確認した項目内容の変更の有無 ☐ 有 ☐ 無 ※支給要件確認申立書の内容は裏面を確認してください。万が一、 認定申請時と変更がある場合、認定取り消しとなる場合があります。						
5 補助金等との調整	① 支給対象費用を対象とする 国等の機関からの補助金等の 受給の有無	☐ 有 ☐ 無	② ①で有の場合、補助金等の支給機関名 及び補助事業名	③ 補助金等の額(円)	支給請求額(円)	
	(支給機関名) (補助事業名)		「有」にチェックした場合は記載してください。		〇, 〇〇〇 円	
※処理欄	審査結果	支給 ・ 不支給	支給決定日	年 月 日	決定番号	
	決定額	円				

中途障害者等技能習得・中高年齢等障害者技能習得・介助者等資質向上措置の措置内容の内訳

(1) 中途障害者等の職務等概要（中途障害者等技能習得支援助成金のみ記入）

フリガナ 支給対象障害者氏名		生年月日		年齢 歳	雇用保険被保険者番号	
職場復帰の日	年 月 日	雇用期間の定め	あり・なし 〔契約期間 ～ 〕			
療養を要した期間	〇年 〇 か月	休職等の期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
中途障害の原因と発生日	新規・進行 (新規の場合発生日)			申請した障害による本措置に係る他の助成金の受給実績の有無		あり・なし ありの場合期間 (～)
従前の職務内容 (変更がある場合のみ) 従前の所属・部署	(職業分類番号)			変更後の職務内容 (職業分類番号)		
		変更後の所属・部署				

(2) 申請事業所において実施する研修等

① 研修等名					
② 研修等実施日	年 月 日	(計 〇 時間)			
③ 研修等場所					
④ 講師名					
⑤ 講師の略歴	※所属・実務経験年数を記入してください。				
⑥ 支給対象障害者・介助者等氏名					
⑦ 研修等費用					
ア 講師謝金	円	イ 講師旅費	円		
ウ 会場使用料	円	エ 教材費・資料代	円		
オ その他	円	ア～オの合計		a	円

(3) 外部機関が実施する研修等

① 研修等名	令和〇年度 □□□□研修				
② 実施機関名	独立行政法人△△△△機構				
③ 研修等実施日	〇〇〇〇年 〇 月 〇 日	〇〇 : 〇〇～〇〇 : 〇〇	(計 〇 時間)		
④ 研修等場所	株式会社△△△△本社ビル				
⑤ 講師名	△△ △△ 様				
⑥ 講師の略歴	※所属・実務経験年数を記入してください。 △△障害者就労支援センター 主任・職場定着支援担当 〇年				
⑦ 支給対象障害者・介助者氏名	△△ △△ ← 資質向上措置内容を記載していただくため、介助者の氏名を記載してください。				
⑧ 研修等費用	〇,〇〇〇 円 × 〇 人 = b 〇,〇〇〇 円 (受講料1人当たり) (支給対象障害者・介助者等数)				

(4) 貸金相当額

c 〇, 〇〇〇 円	助添付様式86号の2の合計額を記載	チェックボックスがある項目については、 該当するものすべてにチェックしてください
------------	-------------------	---

本人確認欄

上記の措置の内容（変更を含む）が現に実施されたこと及び支給対象障害者・支給対象介助者に係る貸金台帳等の添付書類に間違いがないことを支給対象障害者・支給対象介助者本人に確認しましたか。あわせて、本助成金の支給請求に要する診断書に係る費用、研修・講習等に関する費用、その他の一切の費用について本人負担がなかったことを支給対象障害者・支給対象介助者本人に確認しましたか。

〇〇〇〇年 〇月 〇日 □はい □いいえ

(5) 支給請求額

申請日以前の日付を記載してください。		記載されている確認事項について相違がないか、 支給対象介助者に確認のうえチェックしてください。	
① 基礎額 (a+b+c)	② 企業規模	③ 主たる事業	
d 〇, 〇〇〇 円	☐ 中小企業 ☐ 大企業	△△業	
④ 調整金支給調整対象事業主の該当・非該当		⑤ 支給請求額 (①×3/4)	
☐ 該当 ☐ 非該当		〇, 〇〇〇 円	