

9-3 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【職場復帰支援】

①障害者助成金支給請求書（20）（様式第 625 号）記入方法

支給請求にあたっては、支給請求書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕請求事業所の所在地を管轄する支部

〔提出期限〕P68 をご覧ください

〔印刷して提出する場合の部数〕3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

職場支援員と同じです。（111 ページ参照）

このファイルでは、4 ページ目に掲載しています

②障害者支給対象障害者の出勤状況（助添付様式第 73 号）記入方法

印刷して提出する場合は、障害者助成金支給請求書（20）と同様に、「機構用」、「支部用」、「事業主用」の3部をご用意ください。

職場支援員と同じです。（115 ページ参照）

このファイルでは、5 ページ目に掲載しています

③職場復帰支援の内訳（助添付様式第85号）記入方法

印刷して提出する場合は、障害者助成金支給請求書（20）と同様に、「機構用」、「支部用」、「事業主用」の3部

助添付様式第85号（第1面）

職場復帰支援

医師の意見書の「上記疾病・外傷の療養のために休職等が必要な期間」欄に記載された期間を記載してください。

雇入れ後に障害者となった場合は「新規」に丸をつけ、原因と発生日（事故等は発生日、疾患の場合は最初の診断日）を記入してください。既往の障害の進行を原因とする場合は「進行」に丸をつけてください。

通勤時間の短縮等のための勤務地変更を行った場合は、通勤時間の短縮であることを明確に記載してください。単身で居住していた支給対象障害者が、親族等と同居できるようにするために勤務地を変更した場合は、支給対象障害者が以前独居であったかどうか、勤務地変更後に親族等と同居しているかどうかおよび同居後の住所（市町村名まで）がわかるように記載してください。

援助を行った外部専門家について記載してください。

「支給対象期間」の開始日から次の月の応当日の前日までをひと月とし、以後同様に各月の応当日からその次の月の応当日の前日までをひと月として区切った各月について、支給対象障害者の出勤割合が6割に満たない月および出勤日数が0日の月を除いた月数を記載してください。

最後にひと月に満たない端数がある場合は、当該ひと月に満たない期間については「月数（端数分）」欄の分子に当該端数となった日数を、分母にひと月に満たない期間の開始日からその次の月の応当日の前日までの日数を記載してください。

フリガナ		ミハマ ワカバ	生年月日	1994年
支給対象障害者氏名		美浜 若葉		
職場復帰の日		2025年 11月 1日	雇用期	
療養を要した期間		年 月 日	休職等	
中途障害の原因と発生日		〇〇〇〇の発症 (新規の場合発生日 2025年8月)	新規	
時間的配慮	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等	週5日、1日8時間勤務	労働時	
	措置の開始日	2025年 11月 1日	措置内(変更)	
	理由 (中途変更有りの場合はその理由も記入してください。)	医師の意見書にもとづき、支給対象	変更	
	理由		内容変	
	通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり ・ 実施なし	(内容)	
	措置の開始日	年 月 日	措置内(変更)	
	行った措置に		変更	
職務開発等	従前の職務内容	機械整備・修理工 (職業分類番号 060)	職務内容の	
	(変更が有る場合のみ) 従前の所属・部署			
	理由	外部専門家の援助を受けて作業工程の改善を		
	措置の開始日	2025年 11月 1日	措置内(変更)	
	見直しを支援した支援者	氏名		
		資格		
本人確認欄		上記の職場復帰のための措置の内容(変更を含類に間違いがないことを支給対象障害者本人に用、その他の一切の費用について本人負担がな		
		年 月 日		

支給対象期間	第1回目	第2回目	
	月数	か月	金額
対象月数	月数 (端数分)	(日) か月 (日)	

をご用意ください。

の内訳

〇月1日	年齢 31 歳	雇用保険 被保険者番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇-〇
間の定め	あり・なし 〔契約期間 ~ 〕		
の期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
進行 4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 (~)	
間の調整	変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等 週4日、1日6時間勤務		
容の途中変更の有無 (には終了も含みます)	あり・なし		
した措置の開始日	年 月 日		
更に係る医師の許可	あり・なし		
障害者の勤務時間を短縮するため。			
付与	行った措置に☑		
年間計 日まで			
容の途中変更の有無 (には終了も含みます)	あり・なし		
した措置の開始日	年 月 日		
更に係る医師の許可	あり・なし		
変更、職種転換			
変更後の職務内容		一般事務 (職業分類番号 034)	
変更後の所属・部署			
図ったが、〇〇の業務に従事することが困難だったため職種転換を行った			
容の途中変更の有無 (には終了も含みます)	あり・なし		
した措置の開始日	年 月 日		
所属組織名			
連絡先			
む)が現に実施されたこと及び支給対象障害者に係る賃金台帳等の添付書確認しましたか。あわせて、本助成金の支給請求に要する診断書に係る費かったことを支給対象障害者本人に確認しましたか。			
□はい □いいえ			

どちらかに丸をつけてください。
雇用期間に定めがある場合、契約期間も記載してください。

出勤簿により確認できる、実際の連続した休職等の期間を記載してください。

どちらかに丸をつけてください。
「あり」の場合、受給していた期間も記載してください。

措置内容を途中で変更または終了した場合に記載してください。

休職等の前および措置実施後の職務の内容を記載してください。
産業分類番号には、職業安定法第15条の規定に基づき職業安定主管局長が作成する職業分類表(71ページ参照)の中分類を記入してください。この中分類が異なる職種への転換が、本助成金上の職種転換と認められます。

措置内容を途中で変更または終了した場合に記載してください。

本人確認欄は、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、支給対象障害者に確認のうえチェックしてください。

支給請求書等の記入方法・記入上の注意

年 月 日 ~ 年 月 日	円 × 円	円
□中小企業 6万円	円 × (日)	円
□大企業 4.5万円	円 × (日)	円
支給請求額		円

R7.4.1

9-2 支給請求書等の記入方法・記入上の注意

【職場支援員】

① 障害者助成金支給請求書（20）（様式第 625 号）記入方法

支給請求にあたっては、支給請求書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕 請求事業所の所在地を管轄する支部

〔提出期限〕 各助成金のページをご覧ください

〔印刷して提出する場合の部数〕 3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

(R7.4.1)

様式第625号

障害者助成金支給請求書(20)

事業所コード		受理年月日(障害者助成金)		受理年月日	
2026年 6月 30日					
次のとおり助成金の支給を受けたいので請求します。 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 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場復帰支援) ② <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(中途障害者等技能習得支援) ③ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(中高年齢等障害者技能習得支援) ④ <input checked="" type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場支援員の配置) ⑤ <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(職場支援員の委嘱) ⑥ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(介助者等資質向上措置)					
請求事業主		請求に係る事業所		金融機関名	
所在地 (〒000-0000) 千葉県千葉市美浜区若葉3-1-3		所在地 (〒000-0000) 東京都〇〇区〇〇〇〇1-1-1		〇〇銀行	
事業主名 (フリガナ) 株式会社 J E E D		事業主名 (フリガナ) 株式会社 J E E D		支店名 〇〇支店	
代表者の役職及び氏名 (フリガナ) 代表取締役社長 幕張 花子		代表者の役職及び氏名 (フリガナ) 代表取締役社長 幕張 花子		口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	
支店名 〇〇支店		口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		口座名義 株式会社 J E E D	
中小企業該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		産業中分類番号 〇		障害者雇用調整金支給調整対象事業主の該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
常用労働者の総数 100 人		資本金・出資の総額 10,000 万円		主たる事業 〇〇〇〇業	
提出代行者 事務代理人		住所 (〒 -)		事務所名	
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 1216 - 507 - 〇〇 号		② 認定日 2025 年 〇 月 〇 日		③ 認定に係る支給期間 2025 年 12 月 1 日 ~ 2028 年 2 月 29 日	
④ 前回支給決定額 (支給決定番号)		初回の支給請求では記載不要			
2 支給請求に係る支給対象障害者の雇用状況		フリガナ氏名		雇用の有無	
フリガナ氏名		フリガナ氏名		フリガナ氏名	
千葉 次郎		千葉 次郎		千葉 次郎	
3 支給請求に係る介助者等の雇用状況		フリガナ氏名		雇用の有無	
フリガナ氏名		フリガナ氏名		フリガナ氏名	
千葉 次郎		千葉 次郎		千葉 次郎	
4 支給要件確認申立書の確認項目の変更 <input checked="" type="checkbox"/> 該当する方に					
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 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無					
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		② ①で有的場合、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) 〇〇〇, 〇〇〇円			
※処理欄		審査結果		決定額	
支給・不支給		支給決定日		決定番号	

④助成金支給対象障害者の出勤状況（助添付様式第73号）記入方法
（職場支援員助成金（配置）、職場復帰支援助成金）

印刷して提出する場合は、障害者助成金支給請求書（20）と同様に、「機構用」、「支部用」、「事業主用」の3部をご用意ください。

(R7.4.1)

助成金支給対象障害者の出勤状況

助添付様式 第73号 請求しようとする助成金に☑

- 助成金の種類
 (該当する助成金の口欄にレ点を入れてください。)
- 職場復帰支援 職場復帰支援員助成金 継続措置 中高年齢等措置 手話通訳、要約筆記等担当者の配置 継続措置 中高年齢等措置
 - 職場支援員助成金 中高年齢等措置 職業生活相談支援専門員の配置 職業能力開発向上支援専門員の配置

助成金支給回数 第 1 回

何回目の支給請求かを数字で記載してください。

支給対象障害者の出勤状況申告欄

フリガナ	ハナミガワ サブロー	イナゲキョウコ	ミドリツキコ
氏名	花見川 三郎	稲毛 京子	緑 月子
退職年月日	年 月 日	2026年1月1日から1216-507-00に追加された方	2026年3月1日から1216-507-00に追加された方
退職理由(※1)	□ 1 □ 2 □ 3	□ 1 □ 2 □ 3	□ 1 □ 2 □ 3
請求年月	年 月	年 月	年 月
2025	12 20 18 2	12 20 18 2	12 20 18 2
2026	1 19 19	1 19 19	1 19 19
2026	2 18 18	2 18 18	2 18 18
2026	3 20 18 1 1	3 20 18 1 1	3 20 18 1 1
2026	4 21 21	4 21 21	4 21 21
2026	5 20 19 1	5 20 19 1	5 20 19 1
所定労働日数	20	20	20
出勤日数	18	18	18
有給休暇等日数	2	2	2
短時間等日数(※2)			
欠勤日数			
有給休暇等日数			
短時間等日数(※2)			
欠勤日数			
備考			

※全休した月は支給対象外となります。

通知書の継続理由欄
アルファベットを記

＜記入上の注意＞

「退職年月日」および「退職理由」欄は、支給対象障害者が退職した場合に記載してください。「退職年月日」および「退職理由」は、支給請求書と一緒に提出いただく雇用保険被保険者資格喪失確認通知書を参照し記載してください。

特定短時間労働者で雇用保険被保険者の適用を受けない方は「退職理由」の「退職理由」が確認できる書類(退職届等)を提出してください。

「出勤日数」欄は、所定労働日数に対して、出勤した日数を記載してください。

「所定労働日数」欄は、公休日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記載してください。

「有給休暇等日数」欄は、次の日数の合計日数を記入してください。

労働基準法第39条に基づき年次有給休暇、年次有給休暇以外の法定休暇、年次有給休暇のために勤務していない日、就業規則又は雇用契約書等において定められた休暇制度等に基づき、負傷又は疾病(医師の診断書等により内容が確認できるものに限る)による療養のために休業した日、慶弔による休暇、夏季休暇といった特別休暇等であって、就業規則又は雇用契約書等に記載する休暇等により出勤していない日

④ 「欠勤日数」欄には、公休日を除き、③以外の理由により休んだ日数を記入して下さい。

なお、生産調整等、会社都合の事由により休んだ日は、就業規則の定めに関わらず、欠勤日として扱います。

⑤ 「備考」欄には、休日出勤を行った日数とその振替休日の日数を記入してください。

① 所定労働日数 欄には、公休日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記入して下さい。

② 「出勤日数」欄には、①の所定労働日数に対して出勤した日数を記入して下さい。

具体的には、原則として、次の日数の合計日数となります。

- ・ 受給資格認定を受けた事業日の所定労働時間の半分以上就労した日
- ・ 出張した日(研修日を含む)
- ・ 休日に出勤した日

③ 「有給休暇等日数」欄には、次の日数の合計日数を記入してください。

- ・ 労働基準法第39条に基づき年次有給休暇、年次有給休暇以外の法定休暇、年次有給休暇のために勤務していない日
- ・ 人工透析のために勤務していない日
- ・ 就業規則又は雇用契約書等において定められた休暇制度等に基づき、負傷又は疾病(医師の診断書等により内容が確認できるものに限る)による療養のために休業した日
- ・ 慶弔による休暇、夏季休暇といった特別休暇等であって、就業規則又は雇用契約書等に記載する休暇等により出勤していない日

④ 「欠勤日数」欄には、公休日を除き、③以外の理由により休んだ日数を記入して下さい。

なお、生産調整等、会社都合の事由により休んだ日は、就業規則の定めに関わらず、欠勤日として扱います。

⑤ 「備考」欄には、休日出勤を行った日数とその振替休日の日数を記入してください。

【D】 特定短時間労働者 ⇒ 短時間労働者
 【E】 一般 ⇒ 特定短時間労働者
 【F】 特定短時間労働者 ⇒ 一般

一般とは、...週の所定労働時間が30時間以上の者
 短時間とは、...週の所定労働時間が20時間以上30時間未満である者(支給対象障害者が重度身体障害者、重度知的障害者又は精神障害者である場合に限りません)をいいます。