8 企業在籍型職場適応援助者助成金・企業在籍型職場適応援助者の中高年齢等措置に係る助成金関係様式の記入方法・記入上の注意

○支援計画関係

82 ページ　企業在籍型職場適応援助者による支援計画書（様式第５号（企））コメントあり
85 ページ　企業在籍型職場適応援助者による支援計画書（様式第５号（企））

様式に記載の上、申請事業所が所在する都道府県の地域センターに提出して支援計画の承認を得てください。

○認定申請関係

89 ページ　企業在籍型職場適応援助者助成金等受給資格認定（変更）申請書（様式第６号（企））コメントあり
90 ページ　企業在籍型職場適応援助者助成金等受給資格認定（変更）申請書（様式第６号（企））

様式に記載の上、添付書類（64 ページをご覧ください）と併せて事業所を管轄する都道府県支部に提出して下さい。

提出期限：支給対象となる措置に係る支援計画ごとに、当該支援計画の開始日から３か月を経過する日まで

○支給請求関係

91 ページ　企業在籍型職場適応援助者助成金等支給請求書（様式第８号（企）、第８号－２（企））コメントあり
93 ページ　企業在籍型職場適応援助者助成金等支給請求書（様式第８号（企）、第８号－２（企））

様式に記載の上、添付書類（65 ページをご覧ください）と併せて事業所を管轄する都道府県支部に提出して下さい。

提出期限：支給対象期間が終了した日の翌日から起算して２か月以内

○変更申請関係

95 ページ　企業在籍型職場適応援助者助成金等受給資格認定（変更）申請書（様式第６号（企））コメントあり
96 ページ　企業在籍型職場適応援助者助成金等受給資格認定（変更）申請書（様式第６号（企））

（様式第5号（企））

企業在籍型職場適応援助者による支援計画書

事業主所在地		**県**市******		
事業主名		株式会社******		
事業所所在地		**県**市******		
事業所名		株式会社******　**事務所		
企業在籍型職場適応援助者氏名		****	地域センター配置型職場適応援助者（※）	
支援対象障害者属性	支援対象障害者氏名	****　** 歳	性別	男 ・ 女（女に丸）
	生年月日	S**年**月**日	中高年齢等措置	該当（丸） ／ 非該当
	障害		職業リハビリテー	あり（丸）（等級　３級　）・なし
	障害状	抱え込む傾向がありま ○加齢に伴い認知機能が低下し、作業手順忘れが増えています。		
	支援対象障害者が従事する職務	一般事務（メール配信、データ入力、電話対応等）		
	職場適応上の課題	○自立して安定した業務遂行のための自己管理スキルの向上について ○事務所内における障害特性及び障害に関する配慮事項等の共有について		
	勤務時間	９　時　００　分　～　１６　時　００　分		
	休　日	土、日、祝日		
事業所属性	事業内容	************		
	事業所従業員数	***　名	障害者雇用数	身体障害者　**　名 知的障害者　**　名 精神障害者　**　名
	支援対象障害者が配属される部署の作業環境及び人的環境	○所属する部署は１０名程度の部署となりますが、当該部署で初めての障害者雇用とあって、所属する社員は関わり方等について不安を覚えています。		
支援期間		R**　年　６　月　１　日　～　R**　年　１１　月　３０　日 （このうち、職場適応援助者が集中的に支援を行う期間 R**　年　６　月　１　日　～　R**　年　８　月　３１　日）	予定総支援日数　３０　日	

支援対象障害者の勤務先である事業所を記入してください。

（※）の欄については記入不要です。

中高措置の助成金は、ある程度の期間支援等を行っている中で、加齢に伴う心身の変化により職場適応が困難になった場合にのみ選択してください。３５歳以上の方が全て対象となるものではありません。

事業内容は、日本標準産業分類に基づいて主な事業内容を記載してください。

支給対象となる支援計画は、1月あたりの支援が平均で5日以上あるものになります。

（※）については、障害者職業センターで必要に応じて記載します。なお、支援を実施する職場適応援助者に障害者の支援実績が少ない場合で、本助成金の対象となる支援を初めて行う場合には、障害者職業センターが指定する配置型職場適応援助者とペア支援を行うことが要件となります。ペア支援を行う職場適応援助者の氏名がない場合、助成金が受けられませんので、障害者職業センターと、あらかじめよくご相談ください。

（様式第5号（企））

		支援事項（支援ポイント）	支援計画（内容・方法・回数・頻度等）
支援計画	支援対象障害者	①自己管理スキルを高める支援	①体調面や睡眠、職務遂行等の状況を確認する業務日誌を作成します。周囲からの期待に応えようと頑張りすぎる傾向があるため、自身のストレスに気づき、必要に応じて休憩をとったり、業務日誌を活用し、自発的に業務に関する相談ができるよう助言を行います。 　作業手順を思い出せるようなマニュアル等を一緒に考えます。
		②不安の軽減、安心感のための相談	②課題への対処方法等を助言した後に、週１回程度の振り返り面談を行うことで課題への取組状況を確認します。また、本人が不安に感じている点がある場合には、解決策について具体的な助言を行います。
	事業所	◆就業環境設定に係る配慮事項	定期的に本人と相談を行うとともに、業務日誌を本人の上司と共有し、迅速に体調面や仕事の進捗状況に対する不安を解消し、安心して仕事に取り組める環境を構築します。
		◆安全管理対策	疲労の蓄積を予防するため、１時間に１０分の休憩が必要であることについて上司、同僚の理解を得るとともに、休憩が取れる環境の調整を行います。
		◆事業所内支援体制確立に向けた取り組み	本人と相談しながら、障害特性や配慮事項等について、同じ部署に勤務する社員に対して必要な情報の提供を行います。また、本人に適切な支援が行えるよう、必要に応じて、本人の障害特性及び指導方法についての研修会を開催します。
	支援実施体制	◆本支援に係る責任者・職場適応援助者の位置付け等の社内体制、職業リハビリテーション・福祉・医療・教育機関との連携について（※） 下記の機関等と必要な連携を行いながら支援を実施していきます。 ・事業所内　**、**（ジョブコーチ） ・支援機関 　**障害者就業・生活支援センター　**（生活面のサポート等について） 　**病院　**（医療面のサポート等について）	

企業在籍型職場適応援助者が支援対象障害者に対して必要な援助を常時行うことができる体制である必要があります。特に複数人の支援対象障害者を同一期間に支援する場合は、地域センターと十分に協議を行ってください。

（※）訪問型職 … つ
いては、本 …

（様式第5号（企））

その他	・支援期間中に必要に応じてケース会議を２回実施します。 ・支援対象者は毎週火曜日と、隔週で木曜日に在宅勤務を行っています。在宅勤務中に支援を行う場合は自宅を訪問し、家族支援を含めた支援を検討します。 在宅勤務者である場合もしくは在宅勤務が支援期間中にある場合は、勤務の詳細や支援の方法を当該欄に記載してください。

この支援計画に基づく職場適応援助者による援助に同意します。

対象者の同意が必要となります。

本人氏名　****

（保護者等氏名　　　　　　　　　）

この支援計画を承認します。
なお、本支援計画を実施することとしている職場適応援助者については、障害者の就労支援について十分な経験があるものと認められることから、ペア支援は不要と認めます。

年　　月　　日

障害者職業センター所長　　　印

（様式第５号（企））

企業在籍型職場適応援助者による支援計画書

<table>
<tr><td colspan="2">事業主
所在地</td><td colspan="5">**県**市******</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業主名</td><td colspan="5">株式会社******</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業所
所在地</td><td colspan="5">**県**市******</td></tr>
<tr><td colspan="2">事業所名</td><td colspan="5">株式会社******　**事務所</td></tr>
<tr><td colspan="2">企業在籍型職場適応援助者氏名</td><td colspan="2">****</td><td colspan="2">地域センター配置型
職場適応援助者（※）</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="7">支援対象
障害者
属　性</td><td>支援対象
障害者氏名</td><td colspan="3">****　** 歳</td><td colspan="2">性別　男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>S**年**月**日</td><td colspan="2">中高年齢等措置</td><td colspan="2">該当 ／ 非該当</td></tr>
<tr><td>障害名</td><td>精神障害</td><td>職業リハビリテーション計画の有無（※）</td><td>あり
・
なし</td><td>手帳の有無</td><td>あり（等級　３級　）
・
なし</td></tr>
<tr><td>障害状況</td><td colspan="5">○月１回の定期通院及び服薬により病状は落ち着いています。
○周囲の期待に応えようとする気持ちが強く、忙しくても断りきれず、抱え込む傾向があります。また、自身のストレスに気づきづらい面があります。
○加齢に伴い認知機能が低下し、作業手順忘れが増えています。</td></tr>
<tr><td>支援対象障害者が従事する職務</td><td colspan="5">一般事務（メール配信、データ入力、電話対応等）</td></tr>
<tr><td>職場適応上の課題</td><td colspan="5">○自立して安定した業務遂行のための自己管理スキルの向上について
○事務所内における障害特性及び障害に関する配慮事項等の共有について</td></tr>
<tr><td>勤務時間</td><td colspan="5">９　時　００　分　～　１６　時　００　分</td></tr>
<tr><td></td><td>休　　日</td><td colspan="5">土、日、祝日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">事業所
属　性</td><td>事業内容</td><td colspan="5">************</td></tr>
<tr><td>事業所
従業員数</td><td>***　名</td><td>障害者
雇用数</td><td colspan="3">身体障害者　**　名
知的障害者　**　名
精神障害者　**　名</td></tr>
<tr><td>支援対象障害者が配属される部署の作業環境及び人的環境</td><td colspan="5">○所属する部署は１０名程度の部署となりますが、当該部署で初めての障害者雇用とあって、所属する社員は関わり方等について不安を覚えています。</td></tr>
<tr><td colspan="2">支援期間</td><td colspan="3">R**　年　６　月　１　日　～　R**　年　１１　月　３０　日
（このうち、職場適応援助者が集中的に支援を行う期間
R**　年　６　月　１　日　～　R**　年　８　月　３１　日）</td><td colspan="2">予定総支援日数
３０　日</td></tr>
</table>

（※）については、障害者職業センターで必要に応じて記載します。なお、支援を実施する職場適応援助者に障害者の支援実績が少ない場合で、本助成金の対象となる支援を初めて行う場合には、障害者職業センターが指定する配置型職場適応援助者とペア支援を行うことが要件となります。ペア支援を行う職場適応援助者の氏名がない場合、助成金が受けられませんので、障害者職業センターと、あらかじめよくご相談ください。

（様式第5号（企））

		支援事項（支援ポイント）	支援計画（内容・方法・回数・頻度等）
支援計画	支援対象障害者	①自己管理スキルを高める支援	①体調面や睡眠、職務遂行等の状況を確認する業務日誌を作成します。周囲からの期待に応えようと頑張りすぎる傾向があるため、自身のストレスに気づき、必要に応じて休憩をとったり、業務日誌を活用し、自発的に業務に関する相談ができるよう助言を行います。 　作業手順を思い出せるようなマニュアル等を一緒に考えます。
		②不安の軽減、安心感のための相談	②課題への対処方法等を助言した後に、週１回程度の振り返り面談を行うことで課題への取組状況を確認します。また、本人が不安に感じている点がある場合には、解決策について具体的な助言を行います。
	事業所	◆就業環境設定に係る配慮事項	定期的に本人と相談を行うとともに、業務日誌を本人の上司と共有し、迅速に体調面や仕事の進捗状況に対する不安を解消し、安心して仕事に取り組める環境を構築します。
		◆安全管理対策	疲労の蓄積を予防するため、１時間に１０分の休憩が必要であることについて上司、同僚の理解を得るとともに、休憩が取れる環境の調整を行います。
		◆事業所内支援体制確立に向けた取り組み	本人と相談しながら、障害特性や配慮事項等について、同じ部署に勤務する社員に対して必要な情報の提供を行います。また、本人に適切な支援が行えるよう、必要に応じて、本人の障害特性及び指導方法についての研修会を開催します。
	支援実施体制	◆本支援に係る責任者・職場適応援助者の位置付け等の社内体制、職業リハビリテーション・福祉・医療・教育機関との連携について（※） 下記の機関等と必要な連携を行いながら支援を実施していきます。 ・事業所内　**、**（ジョブコーチ） ・支援機関 　**障害者就業・生活支援センター　**（生活面のサポート等について） 　**病院　**（医療面のサポート等について）	

（※）訪問型職場適応援助者助成金又は障害者職場適応援助コースに係る支援対象障害者（労働者）として現に支援されている者については、本助成金を受給することができません。又、助成金の受給には月平均５日以上の支援実績が必要です。

（様式第５号（企））

その他	・支援期間中に必要に応じてケース会議を２回実施します。 ・支援対象者は毎週火曜日と、隔週で木曜日に在宅勤務を行っています。在宅勤務中に支援を行う場合は自宅を訪問し、家族支援を含めた支援を検討します。

この支援計画に基づく職場適応援助者による援助に同意します。

本人氏名　　　****

（保護者等氏名　　　　　　　　　　）

この支援計画を承認します。
なお、本支援計画を実施することとしている職場適応援助者については、障害者の就労支援について十分な経験があるものと認められることから、ペア支援は不要と認めます。

年　　　月　　　日

障害者職業センター所長　　　印

MEMO

（R6.4.1）

事業所コード							

> 該当する方にチェックを入れてください。

□企業在籍型職場適応援助者助成金受給資格認定（変更）申請書
☑企業在籍型職場適応援助者の中高年齢措置に係る助成金受給資格認定（変更）申請書

受理年月日（障害者助成部）	年月日

> ご不明な場合は、空欄のままご提出ください。（認定通知書に記載されます。）

> 本認定申請書は、**支援期間の開始日から3か月以内**に提出してください。
> なお、支援対象障害者が支援開始日の前日において職場支援員の配置又は委嘱助成金の対象となっている場合は、支援開始日から3か月を経過する日又は支援開始日を含む職場支援員の配置又は委嘱助成金の支給対象期に係る支給申請日のいずれか早い日までに提出してください。

企業在籍型職場適応援助者助成金の支給を希望しますので、以下のとおり提出します。
申請書の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構（以下「機構」という。）が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を機構が行う場合は協力します。

> 必ず記載してください。
> その他施設等へ郵送することはできません。

R** 年 ** 月 ** 日

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿

事業主	住所〒	〒261-****　千葉県千葉市美浜区*******		
	名称	株式会社〇〇〇〇		
	法人番号	************	役職・氏名	取締役社長　関東　一郎
代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者の表示）	住所〒			
	電話番号			
	名称			
	氏名			

認定通知書の郵送先（いずれかに☑してください）	
事業主	☑
事業所	□

> 企業在籍職場適応援助者等が在籍出向している場合は、支給対象事業主に注意し申請してください（P20を参照してください）。

※ …主の氏名等を記入し、下欄に提出代行者又は事務代理者の氏名等を記入してください。

> 企業在籍型職場適応援助者の勤務先である事業所を記載してください。

申請に係る事業所	住所〒	〒261-****　千葉県千葉市美浜区*******					
	名称	株式会社〇〇〇〇　幕張本部					
担当者	氏名	雇用　次郎	電話/Fax	043-***-****	メールアドレス	*******@****or.jp	
雇用保険適用事業所番号	*************						
資本金の額又は出資の総額	**** 万円	常時雇用する労働者の数	** 人	主たる事業	1,小売/飲食　2. 卸売　3. サービス　(4) その他	企業規模	(1) 中小企業　2. 大企業

> 申請に係る事務の担当者を記入してください。

> 事業主全体の人数を書いてください。

1 支援対象障害者

(ふりがな) 支援対象障害者氏名 (生年月日)	まくはり　たろう 幕張　太郎 （H** 年 ** 月 ** 日）	年齢 ** 歳	障害の種類と等級：精神障害　3級
雇用保険被保険者番号	**********	中高年齢等措置	(該当) ／ 非該当
週所定労働時間	40 時間 ／ 週		
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ (なし)	雇用形態	特定短時間 ・ 短時間 ・ (それ以外)
支援の予定期間	R** 年 6 月 1 日 ～ R** 年 11 月 30 日		

2 職場適応援助者

(ふりがな) 職場適応援助者氏名 (生年月日)	こよう　じろう 雇用　次郎 H**年**月**日	雇用保険被保険者番号	**********
国等の委託事業費又は補助金等から人件費が払われているか	いる ・ (いない)		
上記職場適応援助者がこの助成金、職場支援員の配置又は委嘱助成金、職場支援員の配置又は委嘱の中高年齢等措置にに係る助成金、障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース（企業在籍型職場適応援助））又は（障害者職場定着支援コース（職場支援員の配置））の対象として現在支援している対象障害者氏名	氏名　幕張　太郎	〔本申請書に係る者〕	
	氏名　海浜　三郎	〔認定番号　************〕〔支援期間　R**年3月1日 ～ R**年8月31日〕	
	氏名	〔 〕〔 〕	
本助成金又は障害…企業…			
本受給資格認定…			
申請に係る…			

> 一番上に本申請書に係る支援対象労働者氏名を記載し、その下には本申請書に記載した企業在籍型職場適応援助者が、同時に下記助成金の対象として支援している者がいる場合に、当該対象者の氏名と認定されている助成金の認定番号を記入してください。
> 1人の企業在籍型職場適応援助者につき、同一期間内に本申請に係る支援以外に、下記の助成金の支給対象として、支援できる対象障害者の数は2人までとなります。
> ・企業在籍型職場適応援助者助成金
> ・企業在籍型職場適応援助者の中高年齢等措置に係る助成金
> ・職場支援員の配置又は委嘱助成金
> ・職場支援員の配置又は委嘱の中高年齢等措置に係る助成金
> ・障害者雇用安定助成金（障害者職場定着支援コース（企業在籍型・職場支援員配置））

機構処理欄

認定年月日	

（R6.4.1）

（様式第６号（企））

事業所コード								

□企業在籍型職場適応援助者助成金受給資格認定（変更）申請書
☑企業在籍型職場適応援助者の中高年齢措置に係る助成金受給資格認定（変更）申請書

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日

企業在籍型職場適応援助者助成金の支給を希望しますので、以下のとおり提出します。
申請書の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構（以下「機構」という。）が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を機構が行う場合は協力します。

R** 年 ** 月 ** 日

（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿

事業主	住所〒 〒261-**** 千葉県千葉市美浜区*******			
	名称 株式会社〇〇〇〇			
	法人番号 ************		役職・氏名	取締役社長　関東　一郎
代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者の表示）	住所〒			
	電話番号			
	名称			
	氏名			

認定通知書の郵送先（いずれかに☑してください）	
事業主	☑
事業所	□

※ 申請者が代理人、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の場合、上欄に事業主の氏名等を記入し、下欄に提出代行者又は事務代理者の氏名等を記入してください。

申請に係る事業所	住所〒 〒261-**** 千葉県千葉市美浜区*******						
	名称 株式会社〇〇〇〇　幕張本部						
担当者	氏名	雇用　次郎	電話/Fax	043-***-****	メールアドレス	*******@****or.jp	
雇用保険適用事業所番号	*************						
資本金の額又は出資の総額	**** 万円	常時雇用する労働者の数	** 人	主たる事業	1.小売/飲食　2. 卸売　3. サービス　4 その他（4に〇）	企業規模	1. 中小企業（1に〇）　2. 大企業

1　支援対象障害者

（ふりがな）支援対象障害者氏名（生年月日）	まくはり　たろう 幕張　太郎 （ H** 年 ** 月 ** 日）	年齢 ** 歳	障害の種類と等級 精神障害　3級
雇用保険被保険者番号	**********	中高年齢等措置	該当（〇）／ 非該当
週所定労働時間	40 時間 / 週		
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ なし（〇）	雇用形態	特定短時間 ・ 短時間 ・ それ以外（〇）
支援の予定期間	R** 年 6 月 1 日 ～ R** 年 11 月 30 日		

2　職場適応援助者

（ふりがな）職場適応援助者氏名（生年月日）	こよう　じろう 雇用　次郎 H**年**月**日	雇用保険被保険者番号	**********
国等の委託事業費又は補助金等から人件費が払われているか	いる ・ いない（〇）		
上記職場適応援助者がこの助成金、職場支援員の配置又は委嘱助成金、職場支援員の配置又は委嘱の中高年齢等措置にに係る助成金、障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース（企業在籍型職場適応援助））又は（障害者職場定着支援コース（職場支援員の配置））の対象として現在支援している対象障害者氏名	氏名 幕張　太郎	〔本申請書に係る者〕	
	氏名 海浜　三郎	〔認定番号 *********** 〕〔支援期間 R**年3月1日 ～ R**年8月31日〕	
	氏名	〔認定番号 〕〔支援期間 〕	
本助成金又は障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）のうち企業在籍型職場適応援助に係る支援実績	あり（〇） ・ なし		
本受給資格認定に基づく支援による養成経費の助成金申請予定	あり ・ なし（〇）		
申請に係る職場適応援助についてペア支援の有無	あり ・ なし（〇）		

機構処理欄

認定年月日		認定番号	

（R6.4.1）

（様式第…） 該当する方にチェックを入れてください。

事業所コード

□企業在籍型職場適応援助者助成金支給請求書
☑企業在籍型職場適応援助者の中高年齢措置に係る助成金支給請求書

受理年月日（障害者助成部） 受理年月日

本申請書は、支給対象期間の末日の翌日から2か月以内に提出してください。支給申請期限を過ぎると申請書を受理できず、助成金の支給はできませんのでご注意ください。

受給資格認定通知書に記載された事業所コードをご記入ください。

標記助成金の支給を希望しますので、以下のとおり支給請求します。また、請求書の記載事項及び関連して提出する書類等並びに受給資格認定時に届け出た事項のすべてについて、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構（以下「機構」という。）が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を機構が行う場合は協力します。

（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿　　　R** 年 ** 月 ** 日

事業主	住所〒	〒261-**** 千葉県千葉市美浜区*******	助成金振込金融機関等	
	名称	株式会社○○○○	金融機関名	****銀行（コード番号 * * * *）
	役職・氏名	取締役社長　関東　一郎	支店名	****支店（コード番号 * * *）
代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者の表示）	住所〒		口座種別	☑普通 □当座 □その他
	電話番号		口座番号	* * * * * * *
	名称		（カナ）口座名義	カ)○○○○
	氏名			

※ 申請者が代理人、…する事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を記入し、下…

請求事業主の当該助成金の支給請求回数を、今回請求分を含め記載してください。なお、中高年齢措置とそれ以外の合計回数となります。

請求に係る事業所	名称	株式会社○○○○		支給決定通知書の郵送先（いずれかに☑してください）	事業主 ☑	事業所 □
担当者	氏名	雇用　次郎	電話/Fax	043-***-****	メールアドレス	*******@****or.jp
雇用保険適用事業所番号				請求回数（今回分も含む）	4　回	

受給資格認定通知書に記載されている認定番号を記載してください。

1　支援対象障害者

ふりがな	まくはり　たろう	生年月日	S**年**月**日
氏　名	幕張　太郎	認定番号	**********
		雇用保険被保険者番号	**********
		支給対象期間内の賃金未払い	あり ・ (なし)
支給対象期間内の支援対象障害者の在職状況	(在職) ・ 離職（離職日　年　月　日）		

機構地域障害者職業センターが策定又は承認した企業在籍型職場適応援助者による支援計画書の支援期間を記入してください。

支給対象期間	R** 年 6 月 1 日 ～ R** 年 11 月 30 日

本人確認	別紙のとおり、企業在籍型職場適応援助者による支援を受けたこと及び賃金の支払状況について、賃金台帳等の添付書類のとおり間違いのないことを支援対象障害者本人に確認しましたか。 ☑はい □いいえ

必ず記載してください。

職場適応援助者確認	別紙のとおり、企業在籍型職場適応援助を実施したこと及び賃金の支払状況について、賃金台帳等の添付書類のとおり間違いのないことを職場適応援助者本人に確認しましたか。 ☑はい □いいえ

必ず記載してください。

支給額〔別紙a.欄とb.欄の合計額〕	750，000 円

必ず記載してください。

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　※裏面の「申請にあたっての留意点」への該当の有無をご確認ください。	□ 有　☑ 無	※万が一、認定申請時と変更がある場合、認定取消しとなる場合があります。

機構処理欄

支給・不支給決定日		支給額	

（R6.4.1）

（様式第８号−２（企））

企業在籍型職場適応援助者助成金支給請求書続き

２ 支援関係

企業在籍型職場適応援助者氏名	雇用 次郎	企業在籍型職場適応援助者に対する支給対象期間中の賃金未払い	あり ・ (なし)
支給対象期間内の企業在籍型職場適応援助者の支援状況	(支援実施) ・ 離職又は異動等（支援を提供しなくなった日 年 月 日）		

> 支援を実施した日を記載してください。支援記録票（様式第12号）が揃っているか併せて確認してください。

支援日数

日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
支援日	6/1	6/8	6/12	6/20	6/28	7/5	7/10	7/18	7/24	7/28	8/1	8/4	8/10	8/21	8/25
日数	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
支援日	8/30	9/1	9/5	9/11	9/15	9/25	(10/2)	10/12	10/16	10/23	10/30	11/6	11/13	11/20	11/27
日数	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
支援日	11/30														
備考															

> ・１日に複数回の支援を行ったとしても、支援日は１日となります。
> ・オンラインで実施した日は○を付してください。

> ・実施した支援の概要等を記載してください。
> ・オンラインで実施した場合は該当日を記載してください。

本助成金に係る支給対象期間 6 か月 日

当該助成金の支援期間において企業在籍型職場適応援助者が現に右記の助成金の支援対象労働者として支援を受けているか	（ 支援を受けている ・ (いない) ） ↓ □ 障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース） □ 職場適応援助者助成金 □ 障害者雇用安定助成金（障害者職場定着支援コース）（職場支援員の配置） □ 職場支援員の配置又は委嘱助成金 □ 職場支援員の配置又は委嘱の中高年齢等措置に係る助成金 □ 障害者介助等助成金（介助者、職業コンサルタント、在宅コーディネーター） □ 重度障害者等通勤対策助成金（指導員の配置）
障害の種類	(1.) 精神障害 2. それ以外の障害
雇用形態	1. 短時間労働者 (2.) 短時間労働者・特定短時間労働者以外 3. 特定短時間労働者
企業規模	(1.) 中小企業 2. 大企業
調整金支給調整対象事業主 ※中高年齢等措置の場合選択	1. 該当します (2.) 該当しません
対象月数	金額 120,000 円 × 6 か月 ＝ 720,000 円 円 × （日）/（日） ＝ 円
合計	0 0 0 円

> 雇用形態を選択してください。

> 調整金支給調整対象事業主であるか選択してください（中高年齢等措置の場合）。

> 該当がある場合に記載してください。
> 機構で研修を受講された場合は無料のため記載は不要です。

３ 養成研修受講料関係

企業在籍型職場適応援助者養成研修受講料関係	職場適応援助者氏名	雇用 次郎	最初の支援の日	R** 年 6 月 1 日
	研修修了年月	R** 1月	研修実施機関名	***********
	最初の支援計画におけるペア支援	(あり) ・ なし	養成研修受講料	60, 000 円
	事業主負担額	60, 000 円	助成金金額（事業主負担額×1／2）	b. 30, 000 円

企業在籍型関係様式の記入方法

(R6.4.1)

(様式第８号(企))

事業所コード									

☐企業在籍型職場適応援助者助成金支給請求書
☑企業在籍型職場適応援助者の中高年齢措置に係る助成金支給請求書

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日

標記助成金の支給を希望しますので、以下のとおり支給請求します。また、請求書の記載事項及び関連して提出する書類等並びに受給資格認定時に届け出た事項のすべてについて、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構(以下「機構」という。)が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を機構が行う場合は協力します。

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿

R**　年　**　月　**　日

			助成金振込金融機関等	
事業主	住所〒	〒261-****　千葉県千葉市美浜区*******	金融機関名	****銀行　コード番号 * * * *
	名称	株式会社〇〇〇〇	支店名	****支店　コード番号 * * *
	役職・氏名	取締役社長　関東　一郎	口座種別	☑普通　☐当座　☐その他
代理人又は社会保険労務士(提出代行者・事務代理者の表示)	住所〒		口座番号	* * * * * * *
	電話番号		(カナ)口座名義	カ)〇〇〇〇
	名称			
	氏名			

※　申請者が代理人、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施行規則第16条の3に規定する事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を記入し、下欄に提出代行者又は事務代理者の氏名等を記入してください。

				支給決定通知書の郵送先(いずれかに☑してください)	
請求に係る事業所	住所〒	〒261-****　千葉県千葉市美浜区*******			事業主　☑
	名称	株式会社〇〇〇〇　幕張本部			事業所　☐
担当者	氏名	雇用　次郎	電話/Fax　043-***-****	メールアドレス	*******@****or.jp
雇用保険適用事業所番号		************		請求回数(今回分も含む)	4　回

1　支援対象障害者

ふりがな	まくはり　たろう	生年月日	S**年**月**日
氏　名	幕張　太郎	認定番号	***********
		雇用保険被保険者番号	***********
		支給対象期間内の賃金未払い	あり　・　(なし)
支給対象期間内の支援対象障害者の在職状況	(在職)　・　離職　(離職日　年　月　日)		
	理由		

支給対象期間	R**　年　6　月　1　日　～　R**　年　11　月　30　日

本人確認	別紙のとおり、企業在籍型職場適応援助者による支援を受けたこと及び賃金の支払状況について、賃金台帳等の添付書類のとおり間違いのないことを支援対象障害者本人に確認しましたか。　☑はい　☐いいえ

職場適応援助者確認	別紙のとおり、企業在籍型職場適応援助を実施したこと及び賃金の支払状況について、賃金台帳等の添付書類のとおり間違いのないことを職場適応援助者本人に確認しましたか。　☑はい　☐いいえ

支給額〔別紙a.欄とb.欄の合計額〕	750,000　円

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　※裏面の「申請にあたっての留意点」への該当の有無をご確認ください。	☐　有　☑　無	※万が一、認定申請時と変更がある場合、認定取消しとなる場合があります。

機構処理欄

支給・不支給決定日		支給額	

(R6.4.1)

（様式第８号-２（企））

企業在籍型職場適応援助者助成金支給請求書続き

２ 支援関係

企業在籍型職場適応援助者氏名	雇用　次郎	企業在籍型職場適応援助者に対する支給対象期間中の賃金未払い	あり　・　なし
支給対象期間内の企業在籍型職場適応援助者の支援状況	支援実施　・　離職又は異動等 （支援を提供しなくなった日　　年　　月　　日） 理由		

支援日数

日数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
支援日	6/1	6/8	6/12	6/20	6/28	7/5	7/10	7/18	7/24	7/28	8/1	8/4	8/10	8/21	8/25
日数	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
支援日	8/30	9/1	9/5	9/11	9/15	9/25	10/2	10/12	10/16	10/23	10/30	11/6	11/13	11/20	11/27
日数	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
支援日	11/30														

備考
・支援計画に基づき、支援当初は集中的に支援を行った。また、中期から後期にかけて、ナチュラルサポートに向けた支援を意識し実施した。

・オンライン支援日　10月2日

本助成金に係る支給対象期間　6　か月　　日

当該助成金の支援期間において企業在籍型職場適応援助者が現に右記の助成金の支援対象労働者として支援を受けているか	（　支援を受けている　・　いない　） ↓ □ 障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース） □ 職場適応援助者助成金 □ 障害者雇用安定助成金（障害者職場定着支援コース）（職場支援員の配置） □ 職場支援員の配置又は委嘱助成金 □ 職場支援員の配置又は委嘱の中高年齢等措置に係る助成金 □ 障害者介助等助成金（介助者、職業コンサルタント、在宅コーディネーター） □ 重度障害者等通勤対策助成金（指導員の配置）
障害の種類	1. 精神障害　　2. それ以外の障害
雇用形態	1. 短時間労働者　2. 短時間労働者・特定短時間労働者以外　3. 特定短時間労働者
企業規模	1. 中小企業　　2. 大企業
調整金支給調整対象事業主 ※中高年齢等措置の場合選択	1. 該当します　　2. 該当しません

対象月数	月数　6　か月	金額	120,000　円 × 6　か月 ＝ 720,000　円	
	月数（端数分）　（日）／（日）　か月		円 × （日）／（日） ＝ 円	
合計			a.　720,000　円	

３ 養成研修受講料関係

企業在籍型職場適応援助者養成研修受講料関係	職場適応援助者氏名	雇用　次郎	最初の支援の日	R** 年　6 月　1 日
	研修修了年月	R**　1月	研修実施機関名	***********
	最初の支援計画におけるペア支援	あり　・　なし	養成研修受講料	60, 000　円
	事業主負担額	60, 000　円	助成金金額（事業主負担額×1／2）	b.　30, 000　円

（R6.4.1）

（様式第6号（企））

事業所コード												

☐企業在籍型職場適応援助者助成金受給資格認定（変更）申請書
☑企業在籍型職場適応援助者の中高年齢措置に係る助成金受給資格認定（変更）申請書

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日

> 認定及び支給に係る法人名、代表者、法人住所、事業所名、事業所住所、事業管理者及び助成金振込先の変更については、変更届（様式第552号）で変更してください。
>
> 認定されている事業計画を変更する場合はこちらの様式で申請してください。

> 「変更」を「〇」で囲んでください。

企業在籍型職場適応援助者助成金の支給を希望しますので、以下のとおり提出します。
申請書の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構（以下「機構」という。）が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を機構が行う場合は協力します。

R** 年 ** 月 ** 日

（独）高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿

事業主	住所〒 〒261-**** 千葉県千葉市美浜区*******			
	名称 株式会社〇〇〇〇			
	法人番号 ************		役職・氏名	取締役社長　関東　一郎
代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者の表示）	住所〒			
	電話番号			
	名称			
	氏名			

認定通知書の郵送先（いずれかに☑してください）	
事業主	☑
事業所	☐

※ 申請者が代理人、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の場合、上欄に事業主の氏名等を記入し、下欄に提出代行者又は事務代理者の氏名等を記入してください。

申請に係る事業所	住所〒 〒261-**** 千葉県千葉市美浜区*******						
	名称 株式会社〇〇〇〇　幕張本部						
担当者	氏名	雇用　次郎	電話/Fax	043-***-****	メールアドレス	*******@****or.jp	
雇用保険適用事業所番号	*************						
資本金の額又は出資の総額	**** 万円	常時雇用する労働者の数	** 人	主たる事業	1,小売/飲食　2. 卸売　3. サービス　(4) その他	企業規模	(1). 中小企業　2. 大企業

1 支援対象障害者

（ふりがな）支援対象障害者氏名（生年月日）	まくはり　たろう 幕張　太郎 (H** 年 ** 月 ** 日)	年齢	障害の種類と等級
雇用保険被保険者番号	**********		
週所定労働時間	25 時間 / 週		
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ (なし)	雇用形態	特定短時間 ・ (短時間) ・ それ以外
支援の予定期間	R** 年 6 月 1 日 ～ R** 年 11 月 30 日		

> 変更した内容を記載してください。また変更内容に応じた認定申請添付書類等の提出が必要となります。

2 職場適応援助者

（ふりがな）職場適応援助者氏名（生年月日）	こよう　じろう 雇用　次郎 H**年**月**日	雇用保険被保険者番号	**********
国等の委託事業費又は補助金等から人件費が払われているか	いる ・ (いない)		
上記職場適応援助者がこの助成金、職場支援員の配置又は委嘱助成金、職場支援員の配置又は委嘱の中高年齢等措置にに係る助成金、障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース（企業在籍型職場適応援助））又は（障害者職場定着支援コース（職場支援員の配置））の対象として現在支援している対象障害者氏名	氏名　幕張　太郎	〔本申請書に係る者〕	
	氏名　海浜　三郎	〔認定番号　*********** 〕〔支援期間　R**年3月1日 ～ R**年8月31日〕	
	氏名	〔認定番号 〕〔支援期間 〕	
本助成金又は障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）のうち企業在籍型職場適応援助に係る支援実績		(あり) ・ なし	
本受給資格認定に基づく支援による養成経費の助成金申請予定		あり ・ (なし)	
申請に係る職場適応援助についてペア支援の有無		あり ・ (なし)	

機構処理欄

認定年月日		認定番号	

（R6.4.1）

（様式第6号（企））

事業所コード											

□企業在籍型職場適応援助者助成金受給資格認定（変更）申請書
☑企業在籍型職場適応援助者の中高年齢措置に係る助成金受給資格認定（変更）申請書

受理年月日（障害者助成部）	受理年月日

企業在籍型職場適応援助者助成金の支給を希望しますので、以下のとおり提出します。
申請書の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも事実と相違ありません。虚偽の申し立てがあると(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構（以下「機構」という。）が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を機構が行う場合は協力します。

R** 年 ** 月 ** 日

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長　殿

事業主	住所〒　〒261-****　千葉県千葉市美浜区*******			
	名称　株式会社○○○○			
	法人番号　************		役職・氏名	取締役社長　関東　一郎
代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者の表示）	住所〒			
	電話番号			
	名称			
	氏名			

認定通知書の郵送先（いずれかに☑してください）	
事業主	☑
事業所	□

※ 申請者が代理人、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の場合、上欄に事業主の氏名等を記入し、下欄に提出代行者又は事務代理者の氏名等を記入してください。

申請に係る事業所	住所〒　〒261-****　千葉県千葉市美浜区*******						
	名称　株式会社○○○○　幕張本部						
担当者	氏名	雇用　次郎	電話/Fax	043-***-****	メールアドレス	*******@****or.jp	
雇用保険適用事業所番号	*************						
資本金の額又は出資の総額	**** 万円	常時雇用する労働者の数	** 人	主たる事業	1.小売/飲食　2. 卸売　3. サービス　(4) その他	企業規模	(1). 中小企業　2. 大企業

1　支援対象障害者

(ふりがな) 支援対象障害者氏名 (生年月日)	まくはり　たろう 幕張　太郎 (H** 年 ** 月 ** 日)	年齢 ** 歳	障害の種類と等級 精神障害　3級
雇用保険被保険者番号	**********	加齢による措置	(該当) ／ 非該当
週所定労働時間	25 時間 / 週		
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ (なし)	雇用形態	特定短時間 ・ (短時間) ・ それ以外
支援の予定期間	R** 年 6 月 1 日 ～ R** 年 11 月 30 日		

2　職場適応援助者

(ふりがな) 職場適応援助者氏名 (生年月日)	こよう　じろう 雇用　次郎 H**年**月**日	雇用保険被保険者番号	**********
国等の委託事業費又は補助金等から人件費が払われているか	いる ・ (いない)		
上記職場適応援助者がこの助成金、職場支援員の配置又は委嘱助成金、職場支援員の配置又は委嘱の中高年齢等措置にに係る助成金、障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース（企業在籍型職場適応援助））又は（障害者職場定着支援コース（職場支援員の配置））の対象として現在支援している対象障害者氏名	氏名　幕張　太郎	〔本申請書に係る者〕	
	氏名　海浜　三郎	〔認定番号　***********　〕 〔支援期間　R**年3月1日 ～ R**年8月31日〕	
	氏名	〔認定番号　〕 〔支援期間　〕	
本助成金又は障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）のうち企業在籍型職場適応援助に係る支援実績		(あり) ・ なし	
本受給資格認定に基づく支援による養成経費の助成金申請予定		あり ・ (なし)	
申請に係る職場適応援助についてペア支援の有無		あり ・ (なし)	

機構処理欄

認定年月日		認定番号	

企業在籍型関係様式の記入方法

MEMO

JEEDお問い合わせ先

R70
古紙パルプ配合率70%再生紙を使用しています
石油系溶剤を含まないインキを使用しています

JEEDの助成金等に関する申請手続き等については、JEED都道府県支部高齢・障害者業務課（東京、大阪は高齢・障害者窓口サービス課）にお問い合わせください。

名　　称	所　　在　　地	電話番号
北海道支部 高齢・障害者業務課	〒063-0804 札幌市西区二十四軒4条1-4-1 北海道職業能力開発促進センター内	011-622-3351
青森支部 高齢・障害者業務課	〒030-0822 青森市中央3-20-2 青森職業能力開発促進センター内	017-721-2125
岩手支部 高齢・障害者業務課	〒020-0024 盛岡市菜園1-12-18 菜園センタービル3階	019-654-2081
宮城支部 高齢・障害者業務課	〒985-8550 多賀城市明月2-2-1 宮城職業能力開発促進センター内	022-361-6288
秋田支部 高齢・障害者業務課	〒010-0101 潟上市天王字上北野4-143 秋田職業能力開発促進センター内	018-872-1801
山形支部 高齢・障害者業務課	〒990-2161 山形市漆山1954 山形職業能力開発促進センター内	023-674-9567
福島支部 高齢・障害者業務課	〒960-8054 福島市三河北町7-14 福島職業能力開発促進センター内	024-526-1510
茨城支部 高齢・障害者業務課	〒310-0803 水戸市城南1-4-7 第5プリンスビル5階	029-300-1215
栃木支部 高齢・障害者業務課	〒320-0072 宇都宮市若草1-4-23 栃木職業能力開発促進センター内	028-650-6226
群馬支部 高齢・障害者業務課	〒379-2154 前橋市天川大島町130-1 ハローワーク前橋3階	027-287-1511
埼玉支部 高齢・障害者業務課	〒336-0931 さいたま市緑区原山2-18-8 埼玉職業能力開発促進センター内	048-813-1112
千葉支部 高齢・障害者業務課	〒263-0004 千葉市稲毛区六方町274 千葉職業能力開発促進センター内	043-304-7730
東京支部 高齢・障害者窓口サービス課	〒130-0022 墨田区江東橋2-19-12 ハローワーク墨田5階	03-5638-2284
神奈川支部 高齢・障害者業務課	〒241-0824 横浜市旭区南希望が丘78 関東職業能力開発促進センター内	045-360-6010
新潟支部 高齢・障害者業務課	〒951-8061 新潟市中央区西堀通6-866 NEXT21ビル12階	025-226-6011
富山支部 高齢・障害者業務課	〒933-0982 高岡市八ケ55 富山職業能力開発促進センター内	0766-26-1881
石川支部 高齢・障害者業務課	〒920-0352 金沢市観音堂町へ-1 石川職業能力開発促進センター内	076-267-6001
福井支部 高齢・障害者業務課	〒915-0853 越前市行松町25-10 福井職業能力開発促進センター内	0778-23-1021
山梨支部 高齢・障害者業務課	〒400-0854 甲府市中小河原町403-1 山梨職業能力開発促進センター内	055-242-3723
長野支部 高齢・障害者業務課	〒381-0043 長野市吉田4-25-12 長野職業能力開発促進センター内	026-258-6001
岐阜支部 高齢・障害者業務課	〒500-8842 岐阜市金町5-25 G-front Ⅱ 7階	058-265-5823
静岡支部 高齢・障害者業務課	〒422-8033 静岡市駿河区登呂3-1-35 静岡職業能力開発促進センター内	054-280-3622
愛知支部 高齢・障害者業務課	〒460-0003 名古屋市中区錦1-10-1 ＭＩテラス名古屋伏見4階	052-218-3385
三重支部 高齢・障害者業務課	〒514-0002 津市島崎町327-1	059-213-9255
滋賀支部 高齢・障害者業務課	〒520-0856 大津市光が丘町3-13 滋賀職業能力開発促進センター内	077-537-1214
京都支部 高齢・障害者業務課	〒617-0843 長岡京市友岡1-2-1 京都職業能力開発促進センター内	075-951-7481
大阪支部 高齢・障害者窓口サービス課	〒566-0022 摂津市三島1-2-1 関西職業能力開発促進センター内	06-7664-0722
兵庫支部 高齢・障害者業務課	〒661-0045 尼崎市武庫豊町3-1-50 兵庫職業能力開発促進センター内	06-6431-8201
奈良支部 高齢・障害者業務課	〒634-0033 橿原市城殿町433 奈良職業能力開発促進センター内	0744-22-5232
和歌山支部 高齢・障害者業務課	〒640-8483 和歌山市園部1276番地 和歌山職業能力開発促進センター内	073-462-6900
鳥取支部 高齢・障害者業務課	〒689-1112 鳥取市若葉台南7-1-11 鳥取職業能力開発促進センター内	0857-52-8803
島根支部 高齢・障害者業務課	〒690-0001 松江市東朝日町267 島根職業能力開発促進センター内	0852-60-1677
岡山支部 高齢・障害者業務課	〒700-0951 岡山市北区田中580 岡山職業能力開発促進センター内	086-241-0166
広島支部 高齢・障害者業務課	〒730-0825 広島市中区光南5-2-65 広島職業能力開発促進センター内	082-545-7150
山口支部 高齢・障害者業務課	〒753-0861 山口市矢原1284-1 山口職業能力開発促進センター内	083-995-2050
徳島支部 高齢・障害者業務課	〒770-0823 徳島市出来島本町1-5	088-611-2388
香川支部 高齢・障害者業務課	〒761-8063 高松市花ノ宮町2-4-3 香川職業能力開発促進センター内	087-814-3791
愛媛支部 高齢・障害者業務課	〒791-8044 松山市西垣生町2184 愛媛職業能力開発促進センター内	089-905-6780
高知支部 高齢・障害者業務課	〒781-8010 高知市桟橋通4-15-68 高知職業能力開発促進センター内	088-837-1160
福岡支部 高齢・障害者業務課	〒810-0042 福岡市中央区赤坂1-10-17 しんくみ赤坂ビル6階	092-718-1310
佐賀支部 高齢・障害者業務課	〒849-0911 佐賀市兵庫町若宮1042-2 佐賀職業能力開発促進センター内	0952-37-9117
長崎支部 高齢・障害者業務課	〒854-0062 諫早市小船越町1113番地 長崎職業能力開発促進センター内	0957-35-4721
熊本支部 高齢・障害者業務課	〒861-1102 合志市須屋2505-3 熊本職業能力開発促進センター内	096-249-1888
大分支部 高齢・障害者業務課	〒870-0131 大分市皆春1483-1 大分職業能力開発促進センター内	097-522-7255
宮崎支部 高齢・障害者業務課	〒880-0916 宮崎市大字恒久4241番地 宮崎職業能力開発促進センター内	0985-51-1556
鹿児島支部 高齢・障害者業務課	〒890-0068 鹿児島市東郡元町14-3 鹿児島職業能力開発促進センター内	099-813-0132
沖縄支部 高齢・障害者業務課	〒900-0006 那覇市おもろまち1-3-25 沖縄職業総合庁舎4階	098-941-3301

＼らしく、はたらく、ともに／
JEED

独立行政法人
高齢・障害・求職者雇用支援機構

（R7.4）