

## 7 訪問型職場適応援助者助成金・訪問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

- 69 ページ 訪問型職場適応援助者支援計画書（様式第 2 号（訪））コメントあり  
 70 ページ 訪問型職場適応援助者支援計画書（様式第 2 号（訪））

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

- 71 ページ 訪問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（訪））コメントあり  
 72 ページ 訪問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（訪））

様式に記載の上、添付書類（P. 61 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：職場適応援助者を配置し援助の事業を実施する雇用保険適用事業所ごとに、初めて支援計画を策定（支援計画書を地域センターが作成する場合は支援計画を開始する前日まで

### ○支給請求関係

- 73 ページ 訪問型職場適応援助者助成金等支給請求書（様式第 8 号（訪））コメントあり  
 74 ページ 訪問型職場適応援助者助成金等支給請求書（様式第 8 号（訪））

様式に記載の上、添付書類（P. 63 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：認定を受けた事業実施施設が初めて支援計画を開始する日（支援計画書に記載された支援期間の開始日）から起算して6か月ごと（「支給対象期間」といい、以後新たな支援計画に基づく支援による支給申請も同期間を用います。なお、当該支給対象期間に係る一連の支援計画が終了した後は当該終了後初めて支援計画を開始する日から起算します。）に、当該支給対象期間の末日の翌日から起算して2か月以内

- 75 ページ 支援対象障害者名簿（様式第 9 号（訪））コメントあり  
 76 ページ 支援対象障害者名簿（様式第 9 号（訪））

77 ページ 訪問型職場適応援助者別活動実績状況報告書（総括票）兼請求額計算書（様式第10号（訪））コメントあり

78 ページ 訪問型職場適応援助者別活動実績状況報告書（総括票）兼請求額計算書（様式第10号（訪））

○変更申請関係

79 ページ 訪問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（訪））コメントあり

80 ページ 訪問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（訪））

# 訪問型職場適応援助者支援計画書

(様式第2号(訪))

[ R\*\* 年 \*\*月 \*\*日作成・ 年 月 日変更 ] 法人名: 社会福 支援対象障害者が未成年ではなく、本人の同意があれば不要です。

支援対象障害者	○○○○○	保護者名 (本人以外で連絡が取れる方)	(続柄)		
生年月日	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。	中高年齢等措置	該当 / 非該当		
障害		手帳の有無	あり(精神障害者保健福祉手帳3級・度) / なし		
		診断書の有無	診断書あり / なし		
支援対象事業 (支援対象障害者雇用事業)		支援対象障害者	診断書ありの場合は、障害名欄に病名を記載してください。		
職場適応援助者	××××、△△△△	事業管理日	×××××	に要した時間数	15 時間
支援期間	R** 年 4 月 1 日 ~ R** 年 6 月 30 日 [ 3 か月 ]				
	(うち雇用前支援: A型事業所の利用者は支援対象障害者とはなりません。) [集中] 年 5 月 14 日 [移行支援期] R** 年 5 月 15 日 ~ R** 年 6 月 30 日				
職場環境 作業内容	[職務内容]品出し、清掃等 [勤務時間]9:00~15:00(休憩60分) [休日]土、日 [指導担当]****様	雇用保険の加入(予定)	A型事業所利用者	定着支援事業所利用者	週(予定)所定労働時間
		あり・なし	該当・非該当	該当・非該当	25時間/週
区分	支援事項(支援ポイント)		支援計画(内容・方法等)		
対象障害者支援	○体調管理に係る助言  ○不安の軽減、安心感の向上のための相談		対象障害者へ就労定着支援と訪問型支援を行った場合は、就労定着支援サービス費は支給されません。 管理表を導入し、職場に精神的に不調を中心に職場訪問を行う 談を行い、人間関係やには必要に応じて		
事業主支援	○ご本人との接し方や体調管理についての助言  ○相談体制の構築		○ジョブコーチ訪問時に、指導担当者の方にご本人の就業状況について聞き取りを行います。また、ご本人との接し方で不明な点がありましたら助言を行います。不調の兆し(疲労、眠れない等)がみられる場合には、休息の取り方や作業量の設定等体調管理のための対応ポイントを具体的にジョブコーチが助言します。 ○ご本人の安心感向上のため、指導担当者との定期的な相談の実施をお願いします。相談にはジョブコーチも同席し体調の確認等を一緒に行います。頻度は1週間に1回から始め、徐々に適当な頻度を検討します。		
家族支援	生活面の支援機関と事業主との連携		生活面の変化や課題等が勤務に影響する場合、生活面の支援機関と事業主との連携・連絡体制の構築について助言・援助を行います。		
関係機関への協力要請事項	**【公共職業安定所】 事業主に対して、必要に応じて雇用保護制度等、障害者雇用に関する情報提供をお願いします。 **【病院】 必要に応じて職場での支援状況について情報共有を行います。体調面について、医療的な助言をお願いします。 **【支援センター】 ジョブコーチ支援期間中は、就業後に**支援センターでの面談(週1回)を予定しています。職場での状況、面談での状況については、随時情報共有し、必要な対応をお願いします。				
支援の回数・頻度等	集中支援期 最大週 3回 移行支援期 最大週 2回				
その他	ジョブ 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。				

(※) 支援計画の開始日前5年間に訪問型職場適応援助者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)のうち訪問型職場適応援助に係る支給を受けたことがない事業主が訪問型職場適応援助を行う場合は、当該訪問型職場適応援助を行う訪問型職場適応援助者に、職場適応援助者としての経験を十分に有する者として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。配置型職場適応援助者とペア支援を行う場合、障害者職業センターが支援計画書を作成しますので、障害者職業センターとあらかじめよくご相談ください。

本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事業主については、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

# 訪問型職場適応援助者支援計画書

(様式第2号(訪))

法人名: 社会福祉法人〇〇〇 (作成者名: ××××)

[ R\*\* 年 \*\*月 \*\*日作成・ 年 月 日変更 ]

支援対象障害者	〇〇〇〇〇	保護者名 (本人以外で連絡が取れる方)	(続柄)		
生年月日	S**年**月**日	中高年齢等措置	該当 / 非該当		
障害名	精神障害	手帳の有無	あり(精神障害者保健福祉手帳3級・度) / なし		
		診断書の有無	診断書あり / なし		
支援対象事業主 (支援対象障害者 雇用事業所)	株式会社〇〇〇〇	支援対象障害者 勤務先事業所 (同左の場合記載不要)			
職場適応援助者	××××、△△△△	事業管理者	××××	支援計画策定 に要した時間数	15 時間
支援期間	R** 年 4 月 1 日 ~ R** 年 6 月 30 日 [ 3 か月 ] (うち雇用前支援: 年 月 日 ~ 年 月 日(雇入予定日 年 月 日))				
	[集中支援期] R** 年 4 月 1 日 ~ R** 年 5 月 14 日 [移行支援期] R** 年 5 月 15 日 ~ R** 年 6 月 30 日				
職場環境 作業内容	[職務内容]品出し、清掃等 [勤務時間]9:00~15:00(休憩60分) [休日]土、日 [指導担当]****様	雇用保険の 加入(予定)	A型事業 所利用者	定着支援事 業所利用者	週(予定)所定労働時間
		あり/なし	該当/非該当	該当/非該当	25時間/週
区分	支援事項(支援ポイント)		支援計画(内容・方法等)		
対象 障害者 支援	○体調管理に係る助言  ○不安の軽減、安心感の向上のための相談		○加齢に伴う認知機能の低下、体調の変化に対処するため「体調管理表」を導入し、職場訪問時に確認。不調時には対処方法について助言します。休み明けに精神的に不調になりやすく、作業手順を忘れる傾向があるため、当面は月曜日を中心に職場訪問を行う予定です。 ○安心して仕事に取り組めるように、ジョブコーチが訪問時に面談を行い、人間関係や職務等における困りごとについて相談します。課題がみられた際には必要に応じて指導担当者と相談しながら解決に向けた助言を行います。		
事業主 支援	○ご本人との接し方や体調管理についての助言  ○相談体制の構築		○ジョブコーチ訪問時に、指導担当者の方にご本人の就業状況について聞き取りを行います。また、ご本人との接し方で不明な点がありましたら助言を行います。不調の兆し(疲労、眠れない等)がみられる場合には、休息の取り方や作業量の設定等体調管理のための対応ポイントを具体的にジョブコーチが助言します。 ○ご本人の安心感向上のため、指導担当者との定期的な相談の実施をお願いします。相談にはジョブコーチも同席し体調の確認等を一緒に行います。 頻度は1週間に1回から始め、徐々に適当な頻度を検討します。		
家族 支援	生活面の支援機関と事業主との連携		生活面の変化や課題等が勤務に影響する場合、生活面の支援機関と事業主との連携・連絡体制の構築について助言・援助を行います。		
関係機関 への協力 要請事項	[**公共職業安定所] 事業主に対して、必要に応じて雇用援護制度等、障害者雇用に関する情報提供をお願いします。 [**病院] 必要に応じて職場での支援状況について情報共有を行います。体調面について、医療的な助言をお願いします。 [**支援センター] ジョブコーチ支援期間中は、就業後に**支援センターでの面談(週1回)を予定しています。 職場での状況、面談での状況については、随時情報共有し、必要な対応をお願いします。				
支援の回数・頻度等	集中支援期 最大週 3回 移行支援期 最大週 2回				
その他	・ジョブコーチ支援期間中は、2回ケース会議を行います。 ・支援対象者は隔週で水曜日に在宅勤務をしています。 ・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。				

(※) 支援計画の開始日前5年間に訪問型職場適応援助者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)のうち訪問型職場適応援助に係る支給を受けたことがない事業主が訪問型職場適応援助を行う場合は、当該訪問型職場適応援助を行う訪問型職場適応援助者に、職場適応援助者としての経験を十分に有する者として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。配置型職場適応援助者とペア支援を行う場合、障害者職業センターが支援計画書を作成しますので、障害者職業センターとあらかじめよく相談ください。

本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事業主については、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6号(訪))

事業所コード

訪問型職場適応援助者助成金及び訪問型職場適応援助者の中高齢等措置に係る助成金受給資格認定(変更)申請

本認定申請書は、初めて助成金の支給を受けようとする訪問型職場適応援助に係る支援計画の開始日又は助成金の対象となる支援計画書の策定日より申請期限を定めています。  
(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構地域障害者職業センターが支援計画を策定した場合は、計画開始日の前日まで、計画の承認を受けた場合は、策定日の前日までに認定申請書を提出してください。

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日
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。)	

\*年 \*\*月 \*\*日( \*\*年度分申請)

支援実施法人	住所 〒 千 261-**** 千葉県千葉市美浜区*****
	名称 社会福祉法人〇〇〇
	法人番号 *****
	役職・氏名 理事長 千葉 花子
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 〒
	名称
	氏名
	電話番号

認定通知書の郵送先(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください)
実施法人 <input checked="" type="checkbox"/>
事業所 <input type="checkbox"/>

※ 申請者が代理人、社会保険労務士、提出代行者、事務代理者の場合は、申請書の「申請に係る事業所」欄に記入してください。代理人又は同則第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、下欄に代理人、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 〒 千 261-**** 千葉県千葉市美浜区*****	名称 社会福祉法人〇〇〇 本部事務所	雇用保険適用事業所番号 *****
担当者	氏名 雇用 太郎	「有り」を選択した場合は、業務に従事した期間、法人名、業務の具体的内容を記載してください。	

訪問型職場適応援助事業に従事する職場適応援助者(研修修了者に限る。)	① 氏名: 雇用 太郎	研修修了年月: R**年 **月	実施機関名: (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構	加入: <input checked="" type="checkbox"/> 有り ・ 無し
	障害者の就労支援実務経験の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有り ・ 無し	社会福祉法人〇〇〇 **年入社から現在まで生活相談業務に従事		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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> ない
	3人以上を申請等する場合は、本様式を続紙として使用してください。	多し者であるか <input checked="" type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	雇用保険被保険者番号 *****	生年月日: H**年**月 労災保険又は相応の保険の加入: <input checked="" type="checkbox"/> 有り ・ 無し
	研修修了者であるか <input checked="" type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	研修実施機関名: (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構	研修修了者であるか <input checked="" type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

法人としての就労支援等の実績(1~4のうち該当するものに丸をつけてください。) ※4に該当する法人は下欄に就労支援実績を記載し、本助成金を受給しようとする各年度ごとに(変更)申請してください。	1 障害者就業・生活支援センター運営法人	2 就労移行支援事業実施法人	3 就労定着支援事業実施法人	4 その他の法人
	就労支援実績	年度 (変更)申請日を含む年度・前年度	「いる」場合は、疎明書以外の客観的な書類の添付が必要となります。	障害者数 人 件数 件
	「4その他」を選択した場合に記入	上記の1~4のうち該当するものに○を付けてください。なお、4に該当する場合は就労支援実績をご記入ください(P79を参照してください)。	職場実習(実習期間) 年 月 ~ 年 月	住所 連絡先
	3 就職(障害種別) 就職又は実習先事業所名	職場実習(実習期間) 年 月 ~ 年 月	住所	添付書類(支給決定通知書)は直近の1回分のみ提出してください。

助成金の支給実績	本受給資格認定申請日前5年間の障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)(訪問型職場適応援助)又は訪問型職場適応援助促進助成金の支給の有無	<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
	本受給資格認定申請日前5年間の本助成金又は第1号職場適応援助者助成金の支給の有無	あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし

既に訪問型職場適応援助を行うことが決まっている場合	支援開始予定日(支援計画書の策定を行う場合、その予定日を( )内に記入してください。)	年 月 日 ( 年 月 日)
未定の場合は記入不要です。	支援対象障害者氏名	

認定番号:	追加: 名 (番号)	その他の変更
職場適応援助者	削除: 名 (番号)	

機構処理欄	認定年月日	年 月 日	認定番号
-------	-------	-------	------

(様式第6号(訪))

事業所コード

訪問型職場適応援助者助成金及び訪問型職場適応援助者の中高齢等措置に係る助成金受給資格認定(変更)申請書

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構(以下「機構」という)地域障害者職業センターが作成又は承認した訪問型職場適応援助計画に沿って訪問型職場適応援助を無償で実施することを希望しますので、以下のとおり提出します。  
 なお、本助成金の対象となる訪問型職場適応援助については、支援対象障害者・支援対象障害者を雇用する企業を含むいずれからもこれにかかる費用を徴取しません。  
 本票の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも相違ありません。虚偽の申し立てがある本機構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。

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日

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

支援実施法人	住所 〒 261-**** 千葉県千葉市美浜区*****
	名称 社会福祉法人〇〇〇
	法人番号 *****
	役職・氏名 理事長 千葉 花子
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 〒
	名称
	氏名 電話番号

認定通知書の郵送先 (いずれかに☑してください)
実施法人 <input checked="" type="checkbox"/>
事業所 <input type="checkbox"/>

※ 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入力し、下欄に代理人、提出代行者又は事務代理者の氏名等を入力してください。

申請に係る事業所	住所 〒 261-**** 千葉県千葉市美浜区*****
	名称 社会福祉法人〇〇〇 本部事務所
担当者	氏名 雇用 太郎
	電話/Fax ***** メールアドレス *****@*****or.jp
	雇用保険適用事業所番号 *****

訪問型職場 適応援助事業 に就事する 職場適応 援助者(研修 修了者に 限る。)	① 氏名: 雇用 太郎	生年月日: H**年**月	労災保険又は相応の保険の加入: 有り
	研修修了年月: R** 年 ** 月	研修実施機関名: (独)高齢・障害・求職者雇用支援機構	
	障害者の就労支援 実務経験の有無 有り	(時期・期間・従事した法人名・業務の具体的内容を記載) 社会福祉法人〇〇〇 **年入社から現在まで 生活相談業務に従事	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 有り
	職場適応援助者のための支援スキル向上研修修了者であるか はい	雇用保険被保険者番号 *****	
	② 氏名: 支援 次郎	生年月日: H**年**月	労災保険又は相応の保険の加入: 有り
	研修修了年月: R** 年 ** 月	研修実施機関名: (独)高齢・障害・求職者雇用支援機構	
	障害者の就労支援 実務経験の有無 有り	(時期・期間・従事した法人名・業務の具体的内容を記載) 社会福祉法人〇〇〇 **年入社から現在まで 生活相談業務に従事	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 有り
	職場適応援助者のための支援スキル向上研修修了者であるか はい	雇用保険被保険者番号 *****	

法人としての 就労支援 等の実績(1 ~4のうち該 当するもの に丸をつけ てください。 ※4に該当 する法人は 下欄に就労 支援実績を 記載し、本 助成金を受 給しようとする 各年度ごと に(変更) 申請してく ださい。	1 障害者就業・生活支援 センター運営法人	2 就労移行支援事業実施法人	3 就労定着支援事業実施法人	4 その他の法人
	年度 ( (変更)申請日を含む年度・前年度)		就労支援を行った障害者のうち就職した障害者数 支援対象障害者について実施した職場実習件数 人件	
	上記のうち3名は以下のとおりです。(※ A型事業所での実習、利用者としての就職を除く。)			
	1 就職 ( 年 月 雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)	障害種別	住所	連絡先
	2 就職 ( 年 月 雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)	障害種別	住所	連絡先
3 就職 ( 年 月 雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)	障害種別	住所	連絡先	
前年度訪問型職場適応援助支援実施対象者数 人				

助成金の支給実績	本受給資格認定申請日前5年間の障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース(訪問型職場適応援助)又は訪問型職場適応援助促進助成金の支給の有無	あり	なし
	本受給資格認定申請日前5年間の本助成金又は第1号職場適応援助者助成金の支給の有無	あり	なし

既に訪問型職場適応援助を行うことが決まっている場合	支援開始予定日 (支援計画書の策定を行う場合、その 予定日を( )内に記入してください。)	年 月 日 ( 年 月 日)
	支援対象障害者氏名	

変更申請	認定番号:	その他の変更
職場適応援助者	追加: 名 (番号)	
	削除: 名 (番号)	

機構処理欄	認定年月日	年 月 日	認定番号
-------	-------	-------	------

訪問型関係様式の  
記入方法



(様式第8号(訪))

事業所コード         (R6.4.1)

訪問型職場適応援助者助成金及び訪問型職場適応援助者の中高齢等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、本票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。

(独)高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

\*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

支援実施法人	住所〒	〒261-**** 千葉県千葉市美浜区*****		助成金振込金融機関等	
	名称	社会福祉法人〇〇〇		金融機関名	〇〇銀行
	役職・氏名	理事長 千葉 花子		支店名	〇〇支店
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	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
	名称			口座番号	* * * * * /
	氏名			口座名義	7か〇〇〇
	電話番号				

※ 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、下欄に代理人、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 (いづれかに <input checked="" type="checkbox"/> してください)	支援実施法人 <input checked="" type="checkbox"/>
	事業所 <input type="checkbox"/>

請求に係る事業所	住所〒	〒261-**** 千葉県千葉市美浜区*****		名称	社会福祉法人〇〇〇 本部事務所	
担当者	氏名	雇用 太郎	電話/Fax	****-****-****	メールアドレス	*****@*****or.jp
受給資格認定番号	****-****-****	雇用保険適用事業所番号	*****			

支給対象期間	R** 年 ** 月 ** 日 ~ R** 年 ** 月 ** 日	支給対象期間内の支援を無償で行ったか	<input checked="" type="checkbox"/> 無償で行った <input type="checkbox"/> 有償で行った
--------	-----------------------------------	--------------------	--

支援実施状況

(ふりがな)	番号	支援等に係る助成額	訪問型職場適応援助者養成研修経費に係る記載事項(※)	職場適応援助者確認欄
職場適応援助者氏名			研修修了年月	訪問型職場適応援助の実施及び貸金の支払状況について、貸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。
(生年月日)			最初の支援実施日	
こよう たろう	1	<input checked="" type="checkbox"/> 中高 108,000円 450,000円	年 月 修了 年 月 日 実施	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
雇用 太郎				
H**年**月				
じえん じろう	2	<input type="checkbox"/> 中高 0円 0円	年 月 修了 年 月 日 実施	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
支援 次郎				
H**年**月				
		<input type="checkbox"/> 中高 円	年 月 修了 年 月 日 実施	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		<input type="checkbox"/> 中高 円	年 月 修了 年 月 日 実施	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
		<input type="checkbox"/> 中高 円	年 月 修了 年 月 日 実施	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
a. 支援実施分小計		中高年齢等措置に係る支援分		108,000円
		中高措置以外に係る支援分		450,000円

訪問型職場適応援助者養成研修受講料(※)	氏名		法人負担額	円
	研修実施機関名		養成研修受講料	円
	氏名		法人負担額	円
	研修実施機関名		養成研修受講料	円
	氏名		法人負担額	円
	研修実施機関名		養成研修受講料	円
b. 研修受講料分小計				円

※ 訪問型職場適応援助者の養成研修受講修了後最初の支援実施日の属する支給対象期の支給申請時に申請すること。

b. 職場適応援助者養成研修受講料分	{ 法人負担額 × 1/2 }	円
今期支給額(a+b)		558,000 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。	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	※方が一、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	支給決定額	
-----------	-------	--

訪問型関係様式の記入方法





(様式第10号(訪))

(R6.4.1)

訪問型職場適応援助者助成金等関係様式(総括票)兼請求額計算書

職場適応本年度分として提出する書上		法定労働時間を超えていそうな場合など、支援状況によって、支援記録表(様式第11号)を確認させていただくことがあります。		雇用 太郎					
日付		支援対象障害者氏名 (支援対象障害者番号)	時間数 ①/②	中高措置	※1	支援対象障害者氏名 (支援対象障害者番号)	時間数 ①/②	中高措置	※1
1	精神その他	幕張 若葉 (**)	②	○		精神その他	①		
3	精神その他	幕張 若葉 (**)	②	○		精神その他			
8	精神その他	幕張 若葉 (**)	①	○	a	精神その他			
10	精神その他	美浜 次郎 (***)	②			精神その他			
12	精神その他	幕張 若葉 (**)	②	○		精神その他			
15	精神その他	幕張 若葉 (**)	②	○		精神その他 美浜 次郎 (***)	②		
18	精神その他	美浜 次郎 (***)	①			精神その他			
23	精神その他	美浜 次郎				精神その他			

様式第8号に記載される職場適応援助者の氏名及び番号を記載してください。

支援対象障害者名簿(様式第9号)の記述を基に以下の点に注意し記載してください。

- ・支援を行った日ごとに移動時間を含めた実施時間数を選択し、記載してください。同一日に異なる事業所で、別の対象者への支援を行った場合、事業所間の移動時間については、2で除した結果を移動前、移動後の対象者の支援時間に含めてください。
- ・同一日に3人以上の支援を行った場合は、1日について複数行にわたって記載してください。なお、1日の上限額を超えるものは様式9を含め記載不要です。ただし、時系列で一部でも支給額が発生する最後の支援については記載いただき、上限額までを考慮し、①、②もしくは③に計算式には関係なく記載してください。
- ・中高年齢等措置の対象となる支援の場合は、中高措置欄に「○」を記載してください。
- ・支援形態4に該当する支援の場合は※1に「a」、「b」もしくは「ab」と記載してください。

様式第9号に記載される支援対象障害者の氏名及び番号を記載してください。

中高年齢等措置の対象となる支援と、そうでない支援の回数を分けて計算し、金額を記載してください。

③支援形態4については、同日支援を行った訪問型職場適応援助者の数と支援時間、その回数に応じて金額を記載してください。

①	時間数のうち、1回の支援時間が4時間以上(精神障害者の場合は3時間以上)の支援	回 × 18,000円(中高措置)	=	円
		1回 × 18,000円	=	18,000 円
②	時間数のうち、1回の支援時間が4時間未満(精神障害者の場合は3時間未満)の支援	回 × 9,000円(中高措置)	=	円
		4回 × 9,000円	=	36,000 円
③	別の支給申請に係る雇用保険適用事業所の複数の訪問型職場適応援助者との同日支援(支援形態4)(※1)必ず記載してください。	回 × 18,000円(中高措置)/2人	=	9,000 円
		回 × 18,000円/2人	=	円
		回 × 18,000円(中高措置)/3人	=	円
		回 × 18,000円/3人	=	円
支援等に係る助成額(中高年齢等措置)(①+②+③)			=	45,000 円
支援等に係る助成額(①+②+③)			=	54,000 円

中高措置の対象となる支援の合計と、そうでない支援の合計を分けて記載してください。

裏面の記入上の注意に則って上記を記入しました。



(様式第6号(訪))

助成金変更承認申請書

事業所コード

訪問型職場適応援助者助成金及び訪問型職場適応援助者の中高齢等措置に係る助成金受給資格認定(変更)申請書

変更申請の際には以下の点に注意してください。

- ・**朱書きで「助成金変更承認申請書」と記載してください。**
- ・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。
- ・認定済みの法人が就労支援等の実績について、都道府県知事の指定期間等が更新された場合は、更新後速やかにこちらの様式で受給資格の認定の更新を申請してください。申請には変更申請に応じた認定申請添付書類等の提出が必要となります(指定の更新であれば、指定に係る契約書等)。

なお、「その他の法人」については、毎年度ごと最初の支援計画が地域センターにおいて策定もしくは承認されるより前に申請をする必要があります。

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日
「変更」を「○」で囲んでください。	
認定を受けようとする年度を記載してください。	
R**年 **月 **日 ( **年度分申請 )	

認定通知書の郵送先 (いずれかに☑してください)
実施法人 <input checked="" type="checkbox"/>
事業所 <input type="checkbox"/>

※ 申請者が代理人、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する代理人、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	職場適応援助者を追加もしくは削除する場合は、氏名の後にその旨を記載してください。3名以上の場合は、同一様式を続紙として使用してください。
担当者	氏名 雇用 太郎	メールアドレス *****@*****or.jp
		雇用保険適用事業所番号 *****

訪問型職場適応援助事業に従事する職場適応援助者(研修修了者に限る。)	① 氏名: 機構 太郎 (追加)	生年月日: R**年**月	労災保険又は相応の保険の加入: <input checked="" type="checkbox"/> 有り ・ 無し
	研修修了年月: R**年 **月	研修実施機関名: (独)高齢・障害・求職者雇用支援機構	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 <input type="checkbox"/> 有り ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無い
	障害者の就労支援実務経験の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有り ・ 無し	社会福祉法人〇〇〇 R**年入社から現在まで生活相談業務に従事	
	職場適応援助者のための支援スキル向上研修修了者であるか <input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	雇用保険被保険者番号 *****	
	② 氏名: 支援 次郎 (削除)	生年月日:	労災保険又は相応の保険の加入: 有り ・ 無し
	研修修了年月:	研修実施機関名:	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 <input type="checkbox"/> 有り ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無い

就労支援実績として報告する年度を記載してください。認定を受けようとする年度は、申請日の横に記載してください。「4 その他の法人」は報告する年度について下の吹き出しを確認してください。

法人としての就労支援等の実績(1~4のうち該当するものに丸をつけてください。) ※4に該当する法人は下欄に就労支援実績を記載し、本助成金を受給しようとする各年度ごとに(変更)申請してください	1 障害者就業・生活支援センター運営法人	2 就労移行支援事業実施法人	3 就労定着支援事業実施法人	4 その他の法人
	R**年度 (変更)申請日を含む年度・前年度)		就労支援を行った障害者のうち就職した障害者数 支援対象障害者について実施した職場実習件数	10 8 人 件
	上記のうち3名は以下のとおりです。(※ A型事業所での実習、利用者としての就職を除く。)			
	1 就職 ( R**年 5月雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)	障害種別 知的	就職又は実習先事業所名 *****	住所 *****
1 就職 ( R**年 7月雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)	障害種別 身体	就職又は実習先事業所名 *****	住所 *****	連絡先 *****
1 就職 ( R**年 11月雇入れ ) ・ 職場実習(実習期間 年 月 ~ 年 月)	障害種別 精神	就職又は実習先事業所名 *****	住所 *****	連絡先 *****

就労支援等の実績の更新の場合は、その旨を記載してください。

「4 その他の法人」の場合は、就労支援実績を3件記載してください。記載する実績は認定を受けようとする年度開始より前(3月中)に申請する場合は、申請年度から3件、もしくはその前年度から3件記載してください。	コース(訪問) <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし
認定を受けようとする年度になってから申請する場合も、申請年度から3件、もしくはその前年度から3件となります。	者助成金 <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ <input checked="" type="checkbox"/> なし

変更申請	変更申請の内容を記載してください。
------	-------------------

認定番号: *****	その他の変更
職場適応援助者	追加: 1名 (番号) 1 削除: 1名 (番号) 2
就労支援等の実績の更新	

機構処理欄	認定年月日	年 月 日	認定番号
-------	-------	-------	------

(様式第6号(訪))

助成金変更承認申請書

事業所コード

訪問型職場適応援助者助成金及び訪問型職場適応援助者の中高齢等措置に係る助成金受給資格認定(変更)申請書

(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構(以下「機構」という)地域障害者職業センターが作成又は承認した訪問型職場適応援助計画に沿って訪問型職場適応援助を無償で実施することを希望しますので、以下のとおり提出します。

なお、本助成金の対象となる訪問型職場適応援助については、支援対象障害者・支援対象障害者を雇用する企業を含むいずれからもこれにかかる費用を徴収しません。

本票の記載事項及び関連して提出する書類等については、いずれにも相違ありません。虚偽の申し立てがあると機構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。

受理年月日(障害者助成部)	受理年月日

(独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

R\*\* 年 \*\* 月 \*\* 日 ( \*\* 年度分申請 )

支援実施法人	住所 〒 261-**** 千葉県千葉市美浜区*****
	名称 社会福祉法人〇〇〇
法人番号 *****	役職・氏名 理事長 千葉 花子
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 〒
	名称
	氏名 電話番号

認定通知書の郵送先 (いずれかに☑してください)
実施法人 <input checked="" type="checkbox"/>
事業所 <input type="checkbox"/>

※ 申請者が代理人、社会保険労務士(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、下欄に代理人、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	社会福祉法人〇〇〇 本部事務所
担当者	氏名 雇用 太郎
	電話/Fax ***** メールアドレス *****@*****or.jp
雇用保険適用事業所番号	*****

訪問型職場適応援助事業に従事する職場適応援助者(研修修了者に限る。)	① 氏名: 機構 太郎 (追加)	生年月日: R**年**月	労災保険又は相応の保険の加入: 有り
	研修修了年月: R** 年 ** 月	研修実施機関名: (独) 高齢・障害・求職者雇用支援機構	
	障害者の就労支援実務経験の有無 有り	(時期・期間・従事した法人名・業務の具体的内容を記載) 社会福祉法人〇〇〇 **年入社から現在まで生活相談業務に従事	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 有り
	職場適応援助者のための支援スキル向上研修修了者であるか はい	雇用保険被保険者番号 *****	
② 氏名: 支援 次郎 (削除)	生年月日: R**年**月	労災保険又は相応の保険の加入: 有り	
研修修了年月: R** 年 ** 月	研修実施機関名: (時期・期間・従事した法人名・業務の具体的内容を記載)	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 有り	
障害者の就労支援実務経験の有無 有り		有り	
職場適応援助者のための支援スキル向上研修修了者であるか はい	雇用保険被保険者番号 *****		

法人としての就労支援等の実績(1~4のうち該当するものに丸をつけてください。) ※4に該当する法人は下欄に就労支援実績を記載し、本助成金を受給しようとする各年度ごとに(変更)申請してください。	1 障害者就業・生活支援センター運営法人	2 就労移行支援事業実施法人	3 就労定着支援事業実施法人	4 その他の法人
	R** 年度 ((変更)申請日を含む年度・前年度)		就労支援を行った障害者のうち就職した障害者数	10 人
	上記のうち3名は以下のとおりです。(※ A型事業所での実習、利用者としての就職を除く。)		支援対象障害者について実施した職場実習件数	8 人
	就労支援実績	1 就職 ( R** 年 5月 雇入れ ) ・ 職場実習 (実習期間 年 月 ~ 年 月 ) 障害種別 知的 就職又は実習先事業所名 ***** 住所 ***** 連絡先 *****		
		1 就職 ( R** 年 7月 雇入れ ) ・ 職場実習 (実習期間 年 月 ~ 年 月 ) 障害種別 身体 就職又は実習先事業所名 ***** 住所 ***** 連絡先 *****		
1 就職 ( R** 年 11月 雇入れ ) ・ 職場実習 (実習期間 年 月 ~ 年 月 ) 障害種別 精神 就職又は実習先事業所名 ***** 住所 ***** 連絡先 *****				
前年度訪問型職場適応援助支援実施対象者数		8 人		

助成金の支給実績	本受給資格認定申請日前5年間の障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース)(訪問型職場適応援助)又は訪問型職場適応援助促進助成金の支給の有無	あり	なし
	本受給資格認定申請日前5年間の本助成金又は第1号職場適応援助者助成金の支給の有無	あり	なし

既に訪問型職場適応援助を行うことが決まっている場合	支援開始予定日 (支援計画書の策定を行う場合、その予定日を( )内に記入してください。)	年 月 日 ( 年 月 日 )
支援対象障害者氏名		

変更申請	認定番号: *****	その他の変更
職場適応援助者	追加: 1 名 (番号) 1 削除: 1 名 (番号) 2	就労支援等の実績の更新

機構処理欄	認定年月日 年 月 日	認定番号
-------	-------------	------

訪問型関係様式の記入方法