

(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 <input checked="" type="checkbox"/> してください)
事業主 <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 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 3. サービス
	2. 卸売 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 (** 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 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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		<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> なし

機構処理欄

認定年月日		認定番号	
-------	--	------	--