

障害者雇用を検討している、  
障害者対象の特定求職者雇用開発助成金を受給している中小企業のみなさまへ  
(特定就職困難者コースまたは発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース)

## 障害者の雇用継続を支援します！ 東京都中小企業障害者雇用支援助成金

～東京都では中小企業での障害者雇用拡大のため標記助成制度を実施しています。～

### 助成金の概要

#### 1. 支給要件

- 障害者を雇用し、国の特定求職者雇用開発助成金(特定就職困難者コースまたは発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース)(以下、「特開金」)の支給を受けている事業主であること。
- 特開金が満了となった後も、引き続き当該障害者の雇用を継続すること。
- 特開金の支給決定通知書の企業規模欄に「中小企業」と記載されている中小企業であること(ただし特例子会社を除く)。
- 当該障害者が東京都内の事業所に勤務していること。
- 相談員の巡回訪問・相談を受けること。
- 当該障害者が就労継続支援A型事業所の利用者でないこと。
- 過去5年間に労働関係法令、障害者虐待防止法、その他重大な法令違反等がないこと。

#### 2. 助成内容

6か月毎にまとめて支給します。助成対象期間は**最長3年間**です。

☆重度障害者等(精神、重度身体及び重度知的、雇用日現在で45歳以上の身体及び知的)

→ 一人当たり**月額5万円(3年総額最大180万円)**

☆重度障害者等以外 ※重度障害者等であっても、短時間労働者の場合はこちらに該当します。

→ 一人当たり**月額3万円(3年総額最大108万円)**

#### 3. 手続

- 提出書類 3ページ目「継続雇用計画書」及び特開金「第1期支給決定通知書」の写し
  - 提出期限 特開金の助成対象期間満了前または満了後4か月以内
  - 提出方法 下記担当まで郵送または持参でご提出ください。
- ※「継続雇用計画書」の提出がない場合は、本助成金の対象となりません。

**【申請受付・問合せ】東京都産業労働局 雇用就業部 就業推進課 障害者雇用促進担当**  
〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1 都庁第一本庁舎 21 階北側  
電話：03-5321-1111 内線：37-725

★詳細は、**TOKYOはたらくネット**をご覧ください。

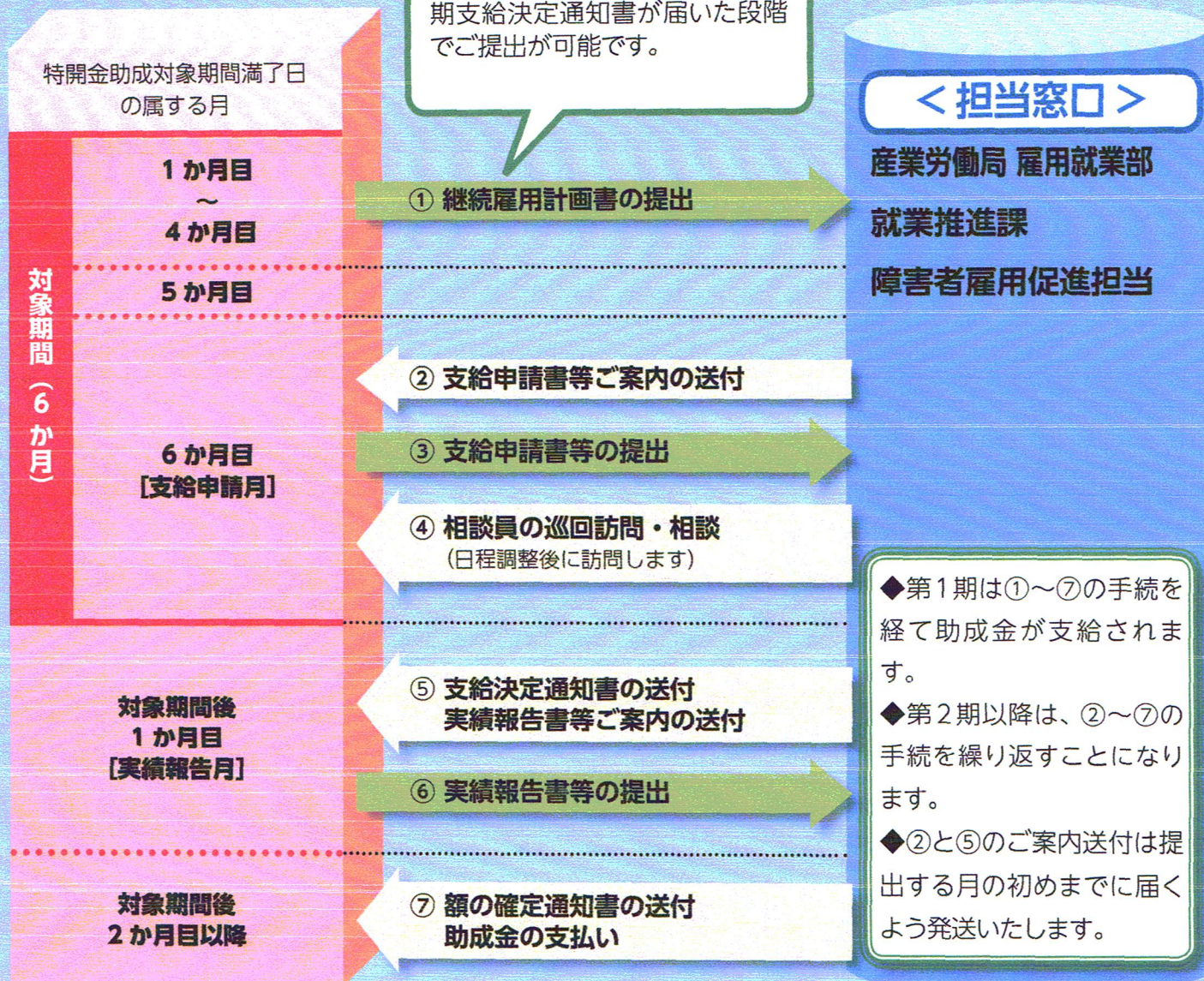
[http://www.hataraku.metro.tokyo.jp/shogai/josei/chushou\\_shien/](http://www.hataraku.metro.tokyo.jp/shogai/josei/chushou_shien/)  
(本助成金の「支給要綱」及び「各様式」等をダウンロードできます。)



# 「東京都中小企業障害者雇用支援助成金」の手续の流れ

## 事業主

## 東京都



- ◆本助成金の助成対象期間は、支給対象者ごとに、特開金の助成対象期間満了日の属する月の翌月から起算して、最長 36 か月 (6 か月×6 期) です。
- ◆③支給申請書等は、助成対象期間を6か月ごとに区分した各期の終了月の申請期間内に提出していただきます。相談員による巡回訪問・相談は、原則として支給申請月に実施します。
- ◆⑥実績報告書等は、支給申請月の翌月の申請期間内に提出していただきます。
- ◆③支給申請書等・⑥実績報告書等の提出後、東京都で審査を行い、審査結果については書面で通知いたします。審査の結果、支給要件を満たさないと判断した場合は、不支給となる可能性があります。
- ◆本助成金の助成対象期間終了後2年間、6か月毎に実施する雇用状況に関する調査(計4回)にご協力いただきますので、あらかじめご了承ください。

～詳細につきましては、担当までお問い合わせください。～



様式第1号 (第7条関係)

令和1年 7 月 29 日

東京都知事 殿

企業等の所在地 東京  
企業等の名称  
代表者役職・氏名



東京都中小企業障害者雇用支援助成金  
継続雇用計画書

東京都中小企業障害者雇用支援助成金支給要綱第7条の規定に基づき、当該支給対象者となる障害者の継続雇用の計画について、以下のとおり提出します。

記

1 支給対象者の継続雇用計画 (作成日現在で記入。支給対象者が複数の場合は複写して作成すること)

フガ+		雇用年月日	平成 29 年 5 月 8 日
氏名		特定求職者雇用開発助成金等 助成金支給番号	
障害区分及び程度 (該当するものに○)		<input checked="" type="checkbox"/> 身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ 難病 <input type="checkbox"/> 一般 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 短時間 <input checked="" type="checkbox"/> 重度 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 45 歳以上	※「45歳以上」は雇用日現在
特定求職者雇用開発助成金等 受給対象期間 (最終期は第4期または第6期 該当するものに○)		第1期の初日	平成 29 年 5 月 21 日から
		第4 / 6期の末日	令和 1 年 5 月 20 日まで
上記受給満了日以降の継続雇用計画 (該当するものに○)		継続雇用	令和 1 年 5 月 21 日から
		雇用形態	<input type="checkbox"/> 正規(一般)雇用 <input checked="" type="checkbox"/> 短時間雇用 (週 29.9 時間労働) <input type="checkbox"/> 期間の定めなし <input checked="" type="checkbox"/> 期間の定めあり (令和 2 年 3 月 31 日まで) (期間の定めありの場合) 雇用期間の更新 <input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし

2 支給対象者雇用事業所及び担当者連絡先

支給 対象者	事業所名			
	就業場所			
担当者	所属		氏名	
	電話番号		FAX番号	
	メールアドレス			
	書類送付先			

# 東京都中小企業雇用支援助成金「第1期支給申請」の際に提出いただく書類

## ◆ 提出書類 ◆

1. 様式第2号「東京都中小企業障害者雇用支援助成金 支給申請書」(原本) 記入例参照  
黒または青のボールペン(消えるボールペンは使用不可)で必要事項を記入したうえ、支給申請書の代表者役職・氏名欄に印鑑証明書と同じ代表者印を必ず押印してください。  
また、申請書右上の「 年 月 日」の右上にも、同じ印を「捨印」として1か所押印してください。  
※ 押印漏れの無いようお願いいたします。
2. 【別紙】支給対象者離職理由等報告書(原本) 記入例参照  
× 支給対象者が助成対象期間内に離職した場合のみ、記入の上、ご提出ください。
3. 特定求職者雇用開発助成金又は発達障害者・難治性疾患患者雇用開発助成金支給決定通知書の写し  
✓ 全期分の支給決定通知書の写しをご提出ください。  
審査中の旨も書き
4. 支給対象者であることを証明する書類  
✓ ①「身体障害者」の場合 …身体障害者手帳(写)【氏名・生年月日・障害程度が確認できるもの】  
②「知的障害者」の場合 …療育手帳(写)【氏名・生年月日・障害程度が確認できるもの】  
判定書(写)【特開金又の対象労働者の種別が、“重度知的障害者”の場合】  
③「精神障害者」の場合 …精神障害者保健福祉手帳等(写)【氏名が確認できるもの】  
※今回の請求における助成対象期間において有効な手帳の写しであること  
④「発達障害者」の場合 …医師の診断書(写)【氏名・発達障害者であることが確認できるもの】  
⑤「難治性疾患患者」の場合…医療受給者証(写)または医師の診断書(写)
5. 支給対象者の雇用契約書又は雇入れ通知書の写し R1/6/1  
✓ 助成対象期間の雇用条件が分かる雇用契約書又は雇入れ通知書の写しをご提出ください。  
※1 労働契約を更新している場合は特にご注意ください。  
※2 雇用契約書又は雇入れ通知書により最低賃金以上の給与である旨、確認できない場合には、直近5か月分の賃金台帳の写しを提出してください。
6. 誓約書(様式第2号-2) 記入例参照
7. 印鑑証明書(原本)  
3か月以内に法務局(個人事業主の代表者の方は区市町村の役所)で発行を受けた印鑑証明書(原本)をご提出ください。(都助成金の支出の関係で必要となりますので、ご理解・ご協力をお願いいたします。)  
※印鑑証明書は、申請期間につき1枚必要となります。同一期に複数の支給対象者がいる場合でも1枚で結構です。  
例えば、第1期に3名対象者がいる場合、印鑑証明書は1枚で結構ですが、第1期と第2期に1名ずついる場合は、印鑑証明書はそれぞれに1枚必要となります。
8. 支払金口座情報登録依頼書(原本)または支払金口座振替依頼書(原本) 記入例参照  
必要事項をご記入のうえ、印鑑証明書と同じ代表者印を押印してご提出ください。支払金口座情報の変更が必要な場合は、下記担当までご連絡ください。
9. 会社概要  
会社案内等、事業内容の分かる書類をご提出ください。

◆ 記入方法でご不明な点等がございましたら、下記担当までご連絡ください。

## ご注意

- ・当助成金の対象期間中に対象障害者が休職中である場合、退職している場合には、支給対象とならないこともありますので、申請をいただく前に下記担当までご連絡ください。(詳細をご説明します。)
- ・企業の名称、所在地、代表者を変更した場合は、下記担当までご連絡ください。(別途書類の提出が必要です。)

### 【担当】(提出先)

〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1 都庁第一本庁舎 21階北側  
東京都産業労働局 雇用就業部 就業推進課 障害者雇用促進担当  
TEL: 03-5321-1111 (内線 37-725) FAX: 03-5388-1458



令和1年 // 月 / 3 日

東京都知事 殿

企業等の所在地 東 [Redacted]

企業等の名称 株 [Redacted]

代表者役職・氏名 [Redacted]



東京都中小企業障害者雇用支援助成金  
支 給 申 請 書

東京都中小企業障害者雇用支援助成金について、東京都中小企業障害者雇用支援助成金支給要綱第9条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 助成金支給申請額 金 180,000 円

2 助成金支給申請額の内訳

重度障害者等	1人あたり月額5万円	×	( )	月分×	( )	名分として
重度障害者等以外	1人あたり月額3万円	×	( 6 )	月分×	( 1 )	名分として

3 支給対象者雇用事業所及び担当者連絡先

支給対象者	事業所名	[Redacted]		
	就業場所	[Redacted]		
担当者	所属	[Redacted]	氏名	[Redacted]
	電話番号	[Redacted]	FAX番号	[Redacted]
	メールアドレス	[Redacted]		
業 種 (該当するものに✓) (※)		資本金又は出資の総額 (※)	常時雇用する労働者の数 (※)	
<input type="checkbox"/> 小売業・飲食業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input checked="" type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他の業種		100万円	23人	
主たる事業の産業分類 (中分類) 【 92 警備業 】				

(※) の項目については支給対象者の雇用年月日現在で記入。特定求職者雇用開発助成金の第1期支給申請書を参考に記入すること。

4 支給対象者の状況（申請日現在で記入。支給対象者が複数の場合は本様式を複写して作成すること）

			企業等の名称		██████████
フリガナ	██████████	年齢	性別	生年月日	
氏名	██████████	██████	男 女	昭和 平成	██████████日 平成29年5月8日
特定求職者雇用開発助成金等助成金支給番号			██████████		
障害区分及び程度 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 身体・知的・精神（ 1 ）級/度、発達・難病 <input type="checkbox"/> 一般・ <input checked="" type="checkbox"/> 短時間 <input type="checkbox"/> 重度・ <input checked="" type="checkbox"/> 45歳以上			
特定求職者雇用開発助成金等の第1期満了日		第1期 平成29年5月21日から平成29年11月20日まで (第2期以降省略)			
今回の申請における助成対象期間		第1期分として 令和1年6月から令和1年11月まで			
支給対象者が離職している場合		離職日 年 月 日 【別紙】に離職理由等を記入			
備考					

○添付書類（原則として第1期の支給申請時のみ添付する）

- ① 特定求職者雇用開発助成金等の支給決定通知書の写し
- ② 支給対象者の障害者手帳等の写し
- ③ 支給対象者の雇用契約書又は雇入れ通知書の写し
- ④ 誓約書（様式第2号-2）
- ⑤ その他知事が必要とする書類

東京都中小企業雇用支援助成金「第1～6期実績報告」の際に提出いただく書類

◆ 提出書類 ◆

- 様式第5号「東京都中小企業障害者雇用支援助成金 実績報告書」(原本) 記入例参照  
黒または青のボールペン(消えるボールペンは使用不可)で必要事項を記入したうえ、実績報告書の代表者役職・氏名欄に印鑑証明書と同じ代表者印を必ず押印してください。また、報告書右上の「 年 月 日」の右上にも、同じ印を「捨印」として1か所押印してください。
- 【別紙】支給対象者離職理由等報告書(原本) 記入例参照 × 日付不要  
支給対象者が助成対象期間内に離職した場合のみ、ご提出ください。  
※助成対象期間内末日に離職した場合も提出が必要となります。
- 今回の助成対象期間における支給対象者の出勤簿またはタイムカードの写し  
(原本証明【別紙参照】をお願いいたします)  
令和元年6月1日～令和元年11月30日 までの6か月間の出勤状況が分かるもの  
※給与締日等が月末以外の場合であっても、必ず11月30日までのものをご提出願います。  
期間途中で離職された場合は、最終の出勤日までのものが必要となります。
- 今回の助成対象期間における支給対象者の賃金台帳の写し 2020年11月分  
(原本証明【別紙参照】をお願いいたします)  
令和元年6月1日～令和元年11月30日 までの6か月間に支給した賃金額が分かるもの  
※支払月を基準として、助成対象期間内に支払った給料がわかるようにしてください。  
例えば、5月出勤分の賃金を6月15日に支払った場合、この賃金は6月分となります。  
期間途中で離職された場合は、最終の賃金支払月までのものが必要となります。

支払月ページ

◆ 記入方法でご不明な点等がございましたら、下記担当までご連絡ください。

ご注意

- 当助成金の対象期間中に対象障害者が休職中である場合、退職している場合には、報告をいただく前に下記担当までご連絡ください。(申請金額等の調整が必要となるため、詳細をご説明します。)
- 企業の名称、所在地、代表者を変更した場合は下記担当までご連絡ください。(別途書類の提出が必要です。)

【担当】(提出先)

〒163-8001 東京都新宿区西新宿 2-8-1 都庁第一本庁舎 21階北側  
東京都産業労働局 雇用就業部 就業推進課 障害者雇用促進担当  
TEL: 03-5321-1111 (内線 37-725) FAX: 03-5388-1458

令和 / 年 月 日

東京都知事 殿

企業等の所在地 東京都  
企業等の名称 株式会社  
代表者役職・氏名 代表取締役

東京都中小企業障害者雇用支援助成金  
実績報告書

東京都中小企業障害者雇用支援助成金について、東京都中小企業障害者雇用支援助成金支給要綱第11条の規定に基づき、下記のとおり実績を報告します。

記

- 1 助成金支給申請額 金 180,000 円
- 2 支給対象者の勤務実績（報告日現在で記入。支給対象者が複数の場合は複写して作成すること）

フリガナ	氏名	年齢	性別	生年月日	雇用年月日	
			男 女	昭和 平成	平成29年5月8日	
特定求職者雇用開発助成金等助成金支給番号						
障害区分及び程度 (該当するものに○)		身体・知的・精神(1)級/度、発達・難病 一般・短時間・重度・45歳以上 ※「45歳以上」は雇用日現在				
今回の報告における助成対象期間		令和1年6月から令和1年11月分まで(第1期分)				
支給対象者の勤務実績		令和1年6月1日から令和1年11月30日まで 別紙、出勤簿又はタイムカード等のとおり。				
支給対象者への 賃金支払総額 (控除前の額)	令和1年6月	令和1年7月	令和1年8月	令和1年9月	令和1年10月	令和1年11月
	176,200円	202,800円	172,000円	224,480円	209,053円	230,446円
今回の報告日現在、支給対象者が離職している場合 離職日 年 月 日 【別紙】に離職理由等を記入（支給申請時にすでに提出している場合は不要）						

3 担当者

所在地					
担当者所属			担当者氏名		
連絡先	電話番号			FAX番号	
	メールアドレス				

- 添付書類 ① 支給対象者の今期における助成対象期間の出勤簿等の写し（原本証明したもの）  
 ② 支給対象者の今期における助成対象期間の賃金台帳の写し（原本証明したもの）  
 （上記1及び2の書類の原本を窓口直接持参し、確認を受けたうえで写しを提出する場合、原本証明は不要。）  
 ③ その他知事が必要とする書類

8