

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

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

## 助成金の概要

～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。～

### 1. 助成要件

- 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

助成対象期間は最長3年間です。6か月毎にまとめて支給します。

☆重度障害者等（精神、重度身体・知的、雇用日現在で45歳以上の身体・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 「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
  - 提出期間 特開金第1期支給決定時～特開金満了後4か月
  - 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。

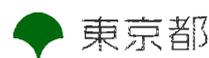
【申請受付・問合せ】 東京都産業労働局 雇用就業部 就業推進課 障害者雇用促進担当

〒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：37-716、733、734

★詳細は、**TOKYOはたらくネット**をご覧ください。

[https://www.hataraku.metro.tokyo.lg.jp/shogai/josei/chushou\\_shien/](https://www.hataraku.metro.tokyo.lg.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」の手続の流れ



- ◆助成対象期間は、支給対象者ごとに、特開金の支給対象期間満了日の属する月の翌月から、最長36か月（6か月×6期）です。
- ◆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。
- ◆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、審査結果は書面で通知します。支給要件を満たさないと判断した場合は、不支給となります。
- ◆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。～

東京都知事 殿

企業等の所在地  
 企業等の名称  
 代表者役職・氏名 (印)

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）

フリガナ		雇用年月日	年 月 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○)		身体・知的・精神・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
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	年 月 日から
		第4/6期の末日	年 月 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	年 月 日から
		雇用形態 ・正規（一般）雇用 ・期間の定めなし	・短時間雇用（週 時間労働） ・期間の定めあり ( 年 月 日まで) (期間の定めありの場合) 雇用期間の更新 ・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	〒		

～継続雇用計画書の内容に変更がございましたら、担当までご連絡ください～

# 継続雇用計画書の記入例

様式第1号（第7条関係）

令和3年 6月 1日

東京都知事 殿

◇継続雇用計画書の記入について、  
ご不明な点がございましたら  
担当までお問い合わせください。

企業等の所在地 **東京都新宿区西新宿2-8-1**  
 企業等の名称 **株式会社〇〇〇〇**  
 代表者役職・氏名 **代表取締役 東京 一郎**

(印)

東京都中小企業障害者雇用支援助成金  
 継続雇用計画書

印鑑証明書と同じ代表者印を押印して  
 ください（社判、代表者名のシャ  
 チハタ・三文判印は使用不可です）。

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。

特開金の【支給決定通知書】に記載されて  
 いる「雇用年月日」及び「助成金支給番号」  
 を転記してください。

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）

フリガナ	<b>トウキョウ サブロー</b>	雇用年月日	<b>平成 30年 5月 1日</b>
氏名	<b>東京 三郎</b>	特定求職者雇用開発助成金等 助成金支給番号	<b>0002-0000000-0</b>
障害区分及び程度 (該当するものに○)	身体・ <b>知的</b> ・精神・発達・難病 一般・ <b>短時間</b> 重度・ <b>45歳以上</b> ※「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 <b>平成30年 5月16日</b> から 第 <b>4</b> 期(6)期の末日 <b>令和 3年 5月15日</b> 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	<b>令和 3年 5月 16日</b> から	特開金の最終期 の末日の次の日 を記入してくだ さい。
	雇用形態	正規(一般)雇用・ <b>短時間雇用(週 時間労働)</b> ・期間の定めなし・ <b>期間の定めあり</b> (令和3年 9月30日まで) (期間の定めありの場合) 雇用期間の更新 <b>あり</b> ・なし	

国（東京労働局）から送付される特開金の  
 【支給申請のお知らせ】または【支給決定通知書】  
 に記載された「支給対象期間」の第1期の初日と最終  
 期の末日を転記してください。

2 支給対象者雇用事業所及び担当者連絡先

「短時間雇用」とは、1週間の所定労働時間が  
 20時間以上30時間未満の場合をいいます。

支給 対象者	事業所名	<b>株式会社〇〇〇〇 総務部</b>		
	就業場所	<b>東京都新宿区西新宿2-8-1</b>		
担当者	所属	<b>総務部人事課</b>	氏名	<b>東京 次郎</b>
	電話番号	<b>03-0000-0000</b>	FAX番号	<b>03-0000-0000</b>
	メールアドレス	<b>Jiro-Tokyo@tokyo.jp</b>		
	書類送付先	<b>〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1</b>		

～継続雇用計画書の内容に変更がございましたら、担当までご連絡ください～

リサイクル適性(A)  
 この印刷物は、印刷用の紙へ  
 リサイクルできます。

令和 年 月 発行  
 登録番号( ) 号

# 継続雇用計画書の記入例

様式第1号(第

年 月 日

東京都知事 殿

企業等の所在地 **東京都新宿区西新宿2-8-1**

企業等の名称 **株式会社東京都庁**

代表者役職・氏名 **代表取締役 東京 一郎**

(印)

東京都中小企業障害者雇用支援助成金

継 続 雇 用 計 画 書

印鑑証明書と同じ代表者印を押印してください(社判、三文判印等は不可です)。

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)

フリガナ	<b>アスマ キョウコ</b>	雇用年月日	<b>平成27年 5月 1日</b>
氏名	<b>東 京子</b>	特定求職者雇用開発助成金等 助成金支給番号	<b>0002-0000000-0</b>
障害区分及び程度 (該当するものに○)	身体・ <b>知的</b> ・精神・発達・難病 <b>一般</b> ・短時間 <b>重度</b> ・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 <b>平成27年 5月 10日</b> から 第4/ <b>6</b> 期の末日 <b>平成30年 5月 9日</b> 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 <b>平成30年 5月 10日</b> から 雇用形態 <b>正規(一般)雇用</b> ・短時間雇用(週 時間労働) <b>期間の定めなし</b> ・期間の定めあり ( 年 月 日まで) (期間の定めありの場合) 雇用期間の更新 ・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	<b>株式会社〇〇〇 ××工場</b>		
	就業場所	<b>東京都立川市西立川〇-〇〇-〇</b>		
担当者	所属	<b>総務部人事課</b>	氏名	<b>東京 次郎</b>
	電話番号	<b>03-0000-0000</b>	FAX番号	<b>03-0000-0000</b>
	メールアドレス	<b>Jiro-Tokyo@tokyo.jp</b>		
	書類送付先	<b>〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1</b>		

# 支給申請書(第1期)の記入例

年 月 日

印鑑証明書と同じ代表者印で捺印を押印してください。

企業等の所在地・名称、代表者役職・氏名については必ずご記入ください。記入がない場合は捺印による訂正ではなく、支給申請書を再提出していただくこととなりますので、ご注意ください。なお、企業等の所在地については印鑑証明書の「本店」の所在地と合わせてください。

企業等の所在地 **東京都新宿区西新宿2-8-1**  
 企業等の名称 **株式会社東京都庁**  
 代表者役職・氏名 **代表取締役 東京 一郎**



記入内容の訂正にあたっては、修正液・修正テープを使用しないでください。訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引いて、その付近に正しい内容を記入してください。

雇用支援助成金  
 申請書

印鑑証明書と同じ代表者印を押印してください(社判、三文判印等は不可です)。

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。

1 助成金支給申請額 金 **300,000** 円

記

重度障害者等…重度身体、重度知的、精神、45歳以上の身体・知的  
 重度障害者等以外…上記以外の障害者  
 ※障害の程度が重度障害者等であっても、短時間労働者の場合は、月額3万円となります。

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

3 支給対象者雇用事業所及び担当者連絡先

担当者所属・氏名・連絡先は、本助成金の事務を担当する方の情報をご記入ください(雇用事業所・所在地と異なっても結構です)。

支給対象者	事業所名	<b>株式会社〇〇〇 ××工場</b>		
	就業場所	<b>東京都立川市西立川〇-〇〇-〇</b>		
担当者	所属	<b>総務部人事課</b>	氏名	<b>東京 次郎</b>
	電話番号	<b>03-0000-0000</b>	FAX番号	<b>03-0000-0000</b>
	メールアドレス	<b>Jiro-Tokyo@tokyo.jp</b>		

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 type="checkbox"/> サービス業 <input checked="" type="checkbox"/> その他の業種	<b>1,000</b> 万円	<b>100</b> 人
主たる事業の産業分類(中分類) <b>[ 24 ] 金属製品製造業</b>		

(※)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

日本標準産業分類の中分類の番号をご記入ください。

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	株式会社東京都庁	
フリガナ	アスマ キョウコ	年齢	性別	生年月日		雇用年月日
氏名	東京子	37	男 女	昭和 平成	56年 4月23日	平成27年 5月 1日
特定求職者雇用開発助成金等助成金支給番号				0002-0000000-0		
障害区分及び程度 (該当するものに○)		身体・知的・精神 ( 2 ) 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				
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27年 5月10日から平成27年11月 9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 平成30年 6月から 平成30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		別紙「支給対象者の離職理由等報告書」をご記入のうえ、提出してください。				
		東京労働局から送付された特定求職者雇用開発助成金または発達障害者・難治性疾患患者雇用開発助成金の支給決定通知書に記載された「支給対象となる期間」を転記してください。				

○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

**支給対象者の離職理由等報告書の記入例**

【別紙】

支給対象者の離職理由等報告書

フリガナ	<b>アスマ キョウコ</b>	企業等の名称	<b>株式会社東京都庁</b>
支給対象者氏名	<b>東 京子</b>	担当者氏名	<b>東京 次郎</b>
		電話番号	<b>03-0000-0000</b>

離職日 年 月 日

離職した理由（該当するものに○）

- 1 事業所の倒産、閉鎖等
- 2 定年、労働契約期間満了等
  - (1) 定年（ 才） (2) 雇用期限到来による離職
  - (3) 労働契約期間満了による離職  
(1回の契約期間 か月、通算契約期間 か月、契約更新回数 回)  
(事業主・労働者の意思により契約更新せず)
  - (4) 早期退職優遇制度等による退職 (5) 移籍出向
- 3 事業主からの働きかけによるもの
  - (1) 解雇 (2) 重責解雇（労働者の責に帰すべき事由による）
  - (3) 希望退職の募集・勸奨退職
    - ① 希望退職・退職勧奨 ② その他（具体的理由 ）
- 4 労働者の判断によるもの
  - (1) 職場における事情
    - ① 労働条件に係る重大な問題（賃金低下・時間外労働・採用条件との相違）
    - ② 就業環境に係る重大な問題（嫌がらせ・差別等）
    - ③ 人員整理による自主退職 ④ 職種転換等の適応困難（教育訓練経験 有・無 ）
    - ⑤ 事業所移転による通勤困難 ⑥ その他（ ）
  - (2) 個人的な事情
    - ① 体調不良・けが等 ② 妊娠・出産・育児 ③ 家庭の事情の急変（親族の介護等）
    - ④ 転居等による通勤困難 ⑤ 転職 ⑥ 本人死亡 ⑦ 理由不明
    - ⑧ その他（ ）

支給対象者が離職した理由を、把握している範囲でご記入ください。  
（既にハローワークで離職手続が完了している場合は、「離職票」の離職理由欄を参考にしてください。）

離職後の状況（該当するものに○）

- ① 転職…転職先 ・同業他社 ・別業種（具体的に  
・作業所等福祉就労 ・不明  
転職先職種 ・同職種 ・異なる職種（具体的に ）
- ② 職業訓練施設へ入所 ③ 授産施設へ入所 ④ 自宅で休養 ⑤ 病気療養（入院等）
- ⑥ その他（ ） ⑦ 不明  
具体的な状況について…

把握されている範囲で結構ですので、ご記入ください。

離職を防ぐために講じた措置

離職を防ぐために取り組んだことをお書きください。

**困ったときにすぐに相談できるように、また、体調不良の際に休暇を取りやすいように、担当業務を過去に経験している職員を隣席に配置するなどして、業務のことで不安にならないよう職場体制を整えた。職場内コミュニケーションの活性化を図るため、定期的にミーティングを行うなか、業務の進捗状況等の確認を行った。**

# 誓約書の記入例

## 誓約書

東京都知事 殿

東京都中小企業障害者雇用支援助成金支給要綱第9条の規定に基づく助成金の支給申請を行うに当たり、下記の事項について、いずれも相違ない事をここに誓約いたします。また、この誓約に違反又は相違があり、同要綱第16条の規定により助成金の支給決定の取消しを受けた場合において、同要綱第17条の規定により支給決定の取消しを受けたときは、これに異議なく応じることを誓約いたします。

確認欄はブランクのままご提出ください。

あわせて、知事が必要と認めた場合には、検査を行い又は報告を求める事に応じなければならないことに同意いたします。

事業主記載事項	確認欄
○支給申請に係る確認事項（はい・いいえのどちらかを○で囲んでください）	
1 支給対象者が就労継続支援A型事業所の利用者である。 (はい・ <b>いいえ</b> )	<input type="checkbox"/>
2 障害者雇用促進法に第44条に基づく厚生労働大臣の認定に基づく特例子会社に係る事業主である。 (はい・ <b>いいえ</b> )	<input type="checkbox"/>
3 東京都政策連携団体の指導監督等に関する要綱に基づき総務局長が指定する東京都政策連携団体である。 (はい・ <b>いいえ</b> )	<input type="checkbox"/>
4 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ある。 (はい・ <b>いいえ</b> )	<input type="checkbox"/>
5 事業主（法人その他の団体の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含。）が東京都暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員又は同条第4号 <b>支給申請書と同様に企業等の所在地・名称、代表者役職・氏名をご記入ください。</b> ( <b>いいえ</b> )	<input type="checkbox"/>
6 都税の未納がある。 (はい・ <b>いいえ</b> )	<input type="checkbox"/>

年 月 日

企業等所在地

**東京都新宿区西新宿2-8-1**

企業等の名称

**株式会社東京都庁**

代表者役職・氏名

**代表取締役 東京 一郎**

印鑑証明書と同じ代表者印を押印してください（社判、三文判印等は不可です）。

(印)

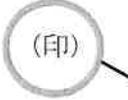
# 実績報告書(第1期)の記入例

様式第5号

企業等の所在地・名称、代表者役職・氏名については必ずご記入ください。記入がない場合は捨印による訂正ではなく、支給申請書を再提出していただくこととなりますので、ご注意ください。なお、企業等の所在地については印鑑証明書の「本店」の所在地と合わせてください。

印鑑証明書と同じ代表者印で捨印を押印してください。

企業等の所在地 **東京都新宿区西新宿2-8-1**  
 企業等の名称 **株式会社東京都庁**  
 代表者役職・氏名 **代表取締役 東京 一郎**



## 東京都中小企業障害者雇用支援助成金 実績報告書

印鑑証明書と同じ代表者印を押印してください(社判、三文判印等は不可です)。

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。

支給申請書に記入した金額と同一になります。支給申請書提出後に支給対象者が離職した場合、金額が変わりますので担当までご確認ください。

記

1 助成金支給申請額 **300,000** 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	<b>アスマ キョウコ</b>	年齢	性別	生年月日	雇用年月日	
氏名	<b>東京子</b>	<b>37</b>	男 <input checked="" type="radio"/> 女	昭和 平成 <b>56</b> 年 <b>4</b> 月 <b>23</b> 日	<b>平成27</b> 年 <b>5</b> 月 <b>1</b> 日	
特定求職者雇用開発助成金等助成金支給番号		<b>0002-0000000-0</b>				
障害区分及び程度 (該当するものに○)		身体・ <input checked="" type="radio"/> 知的 精神( <b>2</b> )級/ <input checked="" type="radio"/> 度、発達・難病 <input checked="" type="radio"/> 一般・短時間 <input checked="" type="radio"/> 重度・45歳以上 ※「45歳以上」は雇用日現在				
賃金台帳から対象月に支給した賃金支払総額(控除前の金額。通勤手当は含み、賞与は除きます)を転記してください。		平成30年6月から平成30年11月分まで(第1期分)				
		平成30年6月1日から平成30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)	平成30年6月	平成30年7月	平成30年8月	平成30年9月	平成30年10月	平成30年11月
	<b>230,000</b> 円	<b>230,000</b> 円	<b>230,000</b> 円	<b>230,000</b> 円	<b>230,000</b> 円	<b>230,000</b> 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	<b>東京都新宿区西新宿2-8-1</b>				
担当者所属	<b>総務部人事課</b>	担当者氏名	<b>東京 次郎</b>		
連絡先	電話番号	<b>03-0000-0000</b>	FAX番号	<b>03-0000-0000</b>	
	メールアドレス	<b>Jiro-Tokyo@tokyo.jp</b>			

- 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



# 雇用継続の念書の記入例

東京都知事 殿

## 東京都中小企業障害者雇用支援助成金 雇用継続の念書

令和1年10月1日付けをもって代表者の変更がなされましたが、在籍している支給対象者につきましては、継続して雇用いたします。

年 月 日

支給申請書と同様に企業等の所在地・名称、代表者役職・氏名をご記入ください。

企業等の所在地 **東京都新宿区西新宿2-8-1**  
企業等の名称 **株式会社東京都庁**  
代表者役職・氏名 **代表取締役 東京 太郎**

(印)

印鑑証明書と同じ代表者印を押印してください（社判、代表者名のシャチハタ・三文判印は不可です）。