

障害者雇用助成金の ごあんない

職場定着に特に課題を抱える障害者に対して、職場支援員による
支援または職場復帰支援を実施する事業主の方へ

障害者介助等助成金

職場支援員の配置または委嘱助成金

職場復帰支援助成金



らしく、はたらく、
ともに、



独立行政法人

高齢・障害・求職者雇用支援機構 (JEED)

Japan Organization for Employment of the Elderly, Persons with Disabilities and Job Seekers

<https://www.jeed.go.jp/>

助成金説明動画はこちら→

動画 障害者雇用助成金

検索



はじめに

支給対象となる措置等について

◆障害者介助等助成金（職場支援員の配置または委嘱助成金）

雇用障害者の職場定着を図るために職場支援員を配置または委嘱した事業主を対象として助成するものであり、障害者の雇用の促進や雇用の継続を図ることを目的としています。

◆障害者介助等助成金（職場復帰支援助成金）

中途障害者等に対して、療養のための休職等の後の職場復帰後の本人の能力に合わせた職務開発その他職場復帰のために必要な措置を講じる事業主を対象として助成するものであり、障害者の雇用の促進や雇用の継続を図ることを目的としています。

※詳細は各助成金のページをご覧ください。

このごあんないの中で使用される略称・用語等の説明

| | |
|-----------------|---|
| 機 構 | 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構の略称です。 |
| 都 道 府 県 支 部 | 機構の支部（47 都道府県に設置されている都道府県支部高齢・障害者業務課等）をいいます。この助成金に関する事業主からの問合せや提出書類の受理・点検などの窓口業務を行っています。 |
| 事 業 主 | 常時雇用する労働者を雇用する事業主をいい、国、地方公共団体および障害者の雇用の促進等に関する法律施行令（以下「障害者雇用促進法施行令」といいます。）別表第 2 に記載する特殊法人は、この助成金の対象となる事業主には含まれません。 |
| 労 働 者 | 助成金制度における「労働者」とは、雇用期間の定めがないまたは 1 年を超える期間を定めて雇用されている方（1 年を超えて雇用されると見込まれる方を含みます。）で、かつ週所定労働時間が 20 時間以上（精神障害者にあつては 15 時間以上）である労働者をいいます。また、この助成金の支給対象となる障害者が労働者に該当するかどうかは、対象となる期間における各月ごとの実労働時間が月 80 時間以上（精神障害者にあつては月 60 時間以上）の月が半分を超えていることにより判断します。 （障害者試行雇用事業に基づく、いわゆる「トライアル雇用」の期間において、週所定労働時間が上記に該当する場合は助成金制度における労働者と判断します。） |
| 認 定 申 請 | 「障害者助成金の受給資格認定申請」の略語です。助成金を受給するためにはまず認定申請の手続き（職場定着支援計画書兼助成金受給資格認定申請書（様式第 1 号および第 2 号）（以下「認定申請書」といいます。）および認定申請に係る添付書類の提出を行い、認定されることが必要です。） |
| 職 場 定 着 支 援 計 画 | 「職場定着支援計画」とは、雇用する障害者の職場への定着を図るために事業主が講ずる措置や当該措置の期間等を策定したものをいい、職場定着支援計画（以下「支援計画」といいます。）を事業主が記入して作成した書類を職場定着支援計画書（以下「支援計画書」といいます。）といいます。 |
| 支 給 申 請 | 「障害者助成金の支給申請」の略語です。助成金を受給するためには認定を受けた後、支給申請を行うことが必要です。 |

も く じ

| | | |
|---|--------------------------|----|
| 1 | 概要（共通事項） | |
| 1 | 助成の対象となる措置・支給対象障害者 | 1 |
| 2 | 支給の対象となる事業主の要件 | 3 |
| 3 | 計画の取下げ | 4 |
| 4 | 助成金の返還 | 4 |
| 2 | 各助成金の措置 | |
| 1 | 職場支援員の配置または委嘱助成金 | 5 |
| 2 | 職場復帰支援助成金 | 12 |
| 3 | 助成金の申請手続き | |
| 1 | 申請・受給手続き | 16 |
| 2 | 支給対象障害者確認書類一覧 | 19 |
| 3 | 対象難病等一覧 | 19 |
| 4 | 助成金受給のための提出書類 | 20 |
| 5 | 参考資料 | |
| | 雇用保険法施行規則第 36 条に規定する離職理由 | 25 |
| | 中小企業事業主であることの確認 | 26 |
| | 職業分類表（大分類および中分類項目一覧） | 27 |
| 6 | 認定申請書等の記入方法 | |
| 1 | 認定申請書（職場支援員）の記入方法 | 29 |
| 2 | 認定申請書等（職場復帰支援）の記入方法 | 32 |
| 7 | 支給申請書等の記入方法 | |
| 1 | 支給申請書（職場支援員）の記入方法 | 35 |
| 2 | 支給申請書等（職場復帰支援）の記入方法 | 40 |
| 8 | 留意事項 | 46 |

1 概要（共通事項）

1 助成の対象となる措置・支給対象障害者

(1) 対象措置と、それぞれの支給対象となる障害者

「支給対象障害者」に対して、以下の職場定着に係る措置を実施し、6か月以上職場に定着させた場合に助成金を支給します。この助成金における用語の定義については、次頁をご参照ください。

| 対象となる職場定着に係る措置 | 措置の概要 | 支給対象障害者 |
|------------------------------|--|---|
| 措置 1 職場支援員の配置または委嘱 | 障害者の業務の遂行に必要な援助や指導を行う職場支援員を配置（＝雇用）または委嘱すること | 措置の開始日の時点で、次のいずれかに該当する方 ◆身体障害者 ◆知的障害者 ◆精神障害者 ◆発達障害者 ◆難病等患者 ◆高次脳機能障害のある方 |
| 措置 2 職場復帰支援 | 中途障害等により休職等を余儀なくされた労働者に対して、職場復帰のために必要な職場適応の措置を行い、雇用を継続すること | 職場復帰の日の時点で、次のいずれかに該当する方 ◆身体障害者 ◆精神障害者（発達障害のみを有する方を除きます） ◆難病等患者 ◆高次脳機能障害のある方 |

※障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」といいます。）に基づく就労継続支援事業（A型）の利用者として雇用されている方は対象とはなりません。

上記以外にも各措置によって要件があります。

※措置 1（職場支援員の配置または委嘱助成金）は P 5 を、措置 2（職場復帰支援助成金）は P 12 をご覧ください。

(2) 本助成金における用語の定義

| | |
|-----------|---|
| 中途障害者等 | ○ 雇用の途中で事故や疾病等の発症等により新たに障害者となったこと、または既往の障害が進行する等したことにより、その障害に関連して1か月以上の療養のための休職等を余儀なくされ、かつ職場復帰のために職場適応を図るための措置（以下「職場復帰のための措置」といいます。）が必要となった方をいいます。 |
| 療養のための休職等 | ○ 医師が意見書（※）により、休職等の原因となった疾病・外傷等の療養のために必要と認めた休職等をいいます。ただし、能力開発や職場復帰のためのリワーク支援等の本人が参加する職場適応のための措置を実施できる期間は除きます。※ 指定の様式を機構ホームページから取得できます。 |
| 職場復帰の日 | ○ 療養のための休職等に引き続き連続した休暇等の期間後最初の出勤日をいいます。※ 出勤簿等により確認できるものに限ります。 |
| 職務開発 | ○ 障害の種類、程度等を考慮し、障害者の適性・能力等に適合する作業の開発または改善、作業工程の変更等を行う職場復帰のための措置をいいます。 |
| 職場支援員 | <p>○ 次のイからへまでのいずれかに該当する資格・経験等を有する方であって、支給対象障害者の支援を実施するために配置（＝雇用）または委嘱される方をいいます。</p> <p>イ 精神保健福祉士、社会福祉士、理学療法士、作業療法士、公認心理師、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師または障害者の雇用の促進等に関する法律（以下「障害者雇用促進法」といいます。）第24条に規定する障害者職業カウンセラーの試験に合格しかつ指定の講習の受講を修了した方</p> <p>ロ 特例子会社（障害者雇用促進法第44条第1項に規定する厚生労働大臣の認定を受けた事業主に係る同項に規定する子会社をいいます。）または重度障害者多数雇用事業所（障害者雇用促進法施行規則第22条第1項第1号に該当する事業所をいいます。）での障害者の指導・援助に関する実務経験が2年以上ある方</p> <p>ハ 障害者雇用促進法第27条第2項に規定する障害者就業・生活支援センター、障害者総合支援法第5条第13項に規定する就労移行支援を指定障害者福祉サービス事業に該当するものとして行う法人などの障害者の就労支援機関において障害者の就業に関する相談の実務経験が2年以上ある方</p> <p>ニ 障害者雇用促進法第79条第1項に規定する障害者職業生活相談員資格認定講習を受講した、または現に障害者職業生活相談員として届け出られた方であって、当該受講修了または届け出の日以後に、障害のある労働者の職業生活に関する相談、指導、援助に関する実務経験が3年以上ある方</p> <p>ホ 次の(イ)～(ハ)の職場適応援助者を養成するための研修を修了した方</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>(イ) 障害者雇用促進法に規定する障害者職業総合センターおよび地域障害者職業センターが行う職場適応援助者養成研修</p> <p>(ロ) 障害者雇用促進法に規定する障害者職業総合センターおよび地域障害者職業センターまたは厚生労働大臣が定める民間の研修機関が行う訪問型職場適応援助者養成研修</p> <p>(ハ) 障害者雇用促進法に規定する障害者職業総合センターおよび地域障害者職業センターまたは厚生労働大臣が定める民間の研修機関が行う企業内型職場適応援助者養成研修</p> </div> <p>ヘ 労働安全衛生法第13条に基づき支給対象事業主が企業内に配置する産業医以外の医師</p> |

2 支給の対象となる事業主の要件

(1) 各措置に共通の事業主の要件

次のイ～ホの全てに該当する事業主であることが必要です。

| | |
|---|--|
| イ | 支給対象障害者に対し、支援計画を作成し、機構の受給資格の認定を受けた事業主であること |
| ロ | 計画期間に職場定着に係る措置に取り組んだ事業主であること |
| ハ | 支給対象障害者を支援計画の期間を超えて雇用し、かつ、継続して雇用（支給対象障害者の年齢が65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいいます）することが確実であると認められる事業主であること |
| ニ | 事業所において、次の（イ）～（ハ）の書類を整備、保管している事業主であること （イ）出勤簿等、出勤状況を確認することができる書類 （ロ）賃金台帳等の労働者に支払われた賃金を確認できる書類 （ハ）離職した労働者の氏名、離職年月日、離職理由等を明らかにした労働者名簿等の書類 |
| ホ | 支給申請時点において、支給対象障害者を解雇等事業主都合により離職させていないこと |

上記以外にも各措置によって要件があります。

※措置1（職場支援員の配置または委嘱助成金）はP5を、措置2（職場復帰支援助成金）はP12をご覧ください。

(2) 認定条件

機構は、次のイからホまでに掲げる事項を認定の条件とします。

イ 支援計画の実施記録の作成に関すること。

事業主は、職場定着支援業務に係る日誌等（職場支援員の配置の場合は業務日誌、同委嘱の場合は面談記録）を作成し、認定に係る支援計画の実施状況を記録、保管しなければならないこと。

ロ 支援計画の変更に関すること。

（イ）事業主は、認定に係る支援計画を変更する場合は、P8の8またはP15の8の支援計画の変更手続きを行わなければならないこと。

（ロ）事業主は、認定に係る支援計画を、当該認定日の前に所定の手続きを経ずに変更してはならないこと。

ハ 事業主は、労働者として継続して雇用する支給対象障害者および職場支援員の出勤状況および賃金等の支払状況を明らかにする書類（出勤簿、賃金台帳等）を整備保管すること。

ニ 認定申請書等の保存に関すること。

事業主は、機構に提出した認定申請書（職場定着支援計画変更承認申請書（様式第20号。以下「変更承認申請書」といいます。）を含みます。）および認定申請添付書類等の写しならびに認定通知書（職場定着支援計画変更承認通知書を含みます。）について、原則として助成金の支給期間の終了後5年間が経過するまで保存しなければならないこと。

ホ イからニまでに掲げるもののほか、機構が必要と認める事項

3 計画の取下げ

事業主は、認定申請または支給申請に係る手続きをやめようとするときは、助成金取下げ書（様式第 17 号）を機構に提出しなければなりません。

ただし、機構は、助成金取下げ書を提出した事業主に対して、当該取下げを認めないことがあります。

4 助成金の返還

(1) 助成金の返還要件

助成金の支給を受けた事業主が、次のイからホまでに掲げるいずれかに該当する場合は、機構が別に定める債権管理に関する件により、支給した助成金の全部または一部を返還することになります。機構は、返還の決定をしたときは、返還通知書により、その旨を事業主に通知します。なお、助成金によっては、次に定めるもののほかにも返還要件が加わりますので、注意してください。

- イ 支給決定後に、この助成金の認定または支給決定が取り消された場合
全額返還とします。
- ロ 偽りその他不正の行為によって助成金の支給を受けた場合
全額返還とします。
- ハ 支給条件に違反等をし、支給済みの助成金に返納額が生じた場合（やむを得ない理由がある場合を除きます。）
当該事由に応じて、全額または一部返還とします。
- ニ 助成金の支給すべき額を超えて助成金の支給を受けた場合
当該支給すべき額を超えて支払われた部分の額
- ホ その他事業主の責めに帰すべき理由がある場合
当該事由に応じて全額または一部返還とします。

(2) 偽りその他不正の行為により助成金の支給を受けた場合の取扱い

事業主が上記（1）のロの理由により助成金の返還措置を講じられた場合、機構は次の措置を執ります。

- イ 返還通知書を発出した日の翌日から 5 年経過後の応当日までのこの要領の助成金および他の障害者雇用納付金関係助成金を不支給とすること
- ロ 事業主の名称等を公表すること
- ハ 延滞金を徴収すること

2 各助成金の措置

① 職場支援員の配置または委嘱助成金

1 措置の内容

業務の遂行に必要な援助や指導を行う職場支援員を配置(雇用)または委嘱した場合に助成します。

2 支給額

措置の方法によって、下記の額を支給します。

(1) 職場支援員を配置(雇用)した場合

①下表に示す支給対象障害者・事業主の区分に応じた月額× ②支援している支給対象障害者数^{※1}×③月数^{※2}に、④期数^{※3}を乗じて得た額^{※4}を支給します。

※1 1人の職場支援員につき3人まで。

※2 6か月。就労していない月および支給対象障害者の出勤割合が6割に満たない月を除きます。なお、有給休暇等の日数は出勤割合を算出する際の出勤日数とみなします。

※3 最大4期(支給対象障害者が精神障害者の場合は最大6期)(企業在籍型職場適応援助者助成金受給後に継続する措置の場合は最大1期)

※4 ①×②×③の上限額は、その職場支援員に実際に支払った賃金額とします。

| 支給対象障害者 | 支給月額 | 支給対象期間 ^{※6} | 各支給対象期 ^{※7} における支給限度額 |
|----------------------|----------------|---|---|
| 短時間労働者以外の労働者 | 4万円 (3万円) | 2年(2年) ※精神障害者の場合3年 ※企業在籍型職場適応援助者助成金受給後の継続措置の場合6か月 | 24万円(18万円)×4期 ※精神障害者の場合6期 ※企業在籍型職場適応援助者助成金受給後の継続措置の場合1期 |
| 短時間労働者 ^{※5} | 2万円 (1.5万円) | 2年(2年) ※精神障害者の場合3年 ※企業在籍型職場適応援助者助成金受給後の継続措置の場合6か月 | 12万円(9万円)×4期 ※精神障害者の場合6期 ※企業在籍型職場適応援助者助成金受給後の継続措置の場合1期 |

注：()内は中小企業以外の事業主に対する支給額および支給対象期間です。中小企業の範囲はP 26をご覧ください。

※5 「短時間労働者」とは、週所定労働時間が20時間以上(精神障害者にあつては15時間以上)30時間未満である方をいいます。

※6 支給対象期間に1月に満たない端数がある場合や、途中で支援を中断した場合は日割計算で支給額を算出することになります。その場合、上限額も同様に計算することとなります。

※7 「支給対象期」とは、支給対象期間のうち、6か月ごとに助成金を支給することとしている当該期間をいいます。

(2) 職場支援員を委嘱（業務委託を含む）した場合

支給対象期の委嘱による支援（訪問面談）1回あたり1万円*。

※ 実際に委嘱に要した費用（ただし月額4万円まで）を上限とします。

3 支給対象となる障害者

次の(1)～(4)の全てに該当する障害者が支給対象です。

| | |
|-----|---|
| (1) | 申請事業主の常用雇用労働者（1年超の雇用が見込まれる雇用保険被保険者等。精神障害者にあつては週所定労働時間が15時間以上の方を含む）であること |
| (2) | 措置の開始日時点において、次のイ～へのいずれかに該当する方であること <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> イ 障害者雇用促進法第2条第2号に規定する身体障害者 ロ 障害者雇用促進法第2条第4号に規定する知的障害者 ハ 障害者雇用促進法第2条第6号に規定する精神障害者 ニ 発達障害者支援法第2条に規定する発達障害者 ホ 平成27年厚生労働省告示第292号で定める特殊の疾病（難病等）*にかかっている方 ※ 3-3（P19）をご参照ください。 ヘ 高次脳機能障害のある方 </div> |
| (3) | 就労継続支援A型事業における利用者でないこと |
| (4) | 法人の代表者若しくは役員等、それらの家事使用人、事業主と同居の親族または学生（昼間において授業を受ける方に限る。）のいずれにも該当しないこと（ただし、雇用保険の適用を受ける方についてはこの限りではありません）。 |

4 対象となる事業主

P3の要件のほか、次の(1)～(3)の全てに該当する事業主が対象です。

| | |
|-----|--|
| (1) | 以下のイからへまでに掲げる事由の起算日から6か月以内に職場支援員を配置または委嘱する事業主であること <ul style="list-style-type: none"> イ 支給対象障害者の雇入れ ロ 支給対象障害者の勤務時間延長 ハ 支給対象障害者の配置転換（配置転換により地位、勤務形態、職務内容等が変更になることをいい、単に勤務事業所が他の既存施設に移転するものは、配置転換とはみなしません。） ニ 支給対象障害者の業務内容変更 ホ 支給対象障害者の職場復帰（その障害により、一か月以上の療養および職場適応措置が必要とされた障害者が休職から復職することをいいます。） ヘ 企業在籍型職場適応援助者助成金の支給対象障害者に係る支援の終了（起算日は支援終了の翌日となります。） <p>※同一の事由について、同一の雇用保険適用事業所および同一の支給対象障害者に対して、1回の認定に限り受給することができます。</p> |
| (2) | 支給対象障害者を、支給対象期の第1期の場合は措置開始後6か月以上、第2期以降の場合は第2期の初日から6か月以上の期間継続して雇用し、その支給対象障害者に対して、各雇用期間分の賃金を支給した事業主であること |
| (3) | 措置を実施した日以降の期間について、支給対象障害者を常用雇用労働者として雇用している事業主であること |

5 職場支援員の配置または委嘱の方法

次の（１）～（３）のいずれかの方法により配置または委嘱をする必要があります。

| | |
|------------|---|
| <p>（１）</p> | <p>次のイ～トのいずれにも該当する支給対象事業主が職場支援員との間で締結する雇用契約（配置の場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 常用雇用労働者として、支援を実施する期間について継続して雇用され、支給対象障害者を支援できるものであること ロ 支給対象障害者の週所定労働時間以上の労働時間が定められていること ハ 支給対象障害者の勤務している事業所と同一の事業所において勤務し、常時見守りつつ^{※１}、必要に応じて支給対象障害者との面談や就業上の支援ができること ニ 支給対象期間において、本助成金など^{※２}の支給対象者として現に支援する障害者の数の合計が３以下であること ホ 本助成金など^{※３}の支給対象者として現に支援されている障害者でないこと ヘ 国等の機関^{※４}からの補助金等から当該職場支援員の人件費の全部が支払われていないこと ト 支給対象期間において、障害者介助等助成金の介助者、職業コンサルタント、在宅勤務コーディネーター、障害者相談窓口担当者の業務を兼務していないこと <p>※１ 支給対象障害者と職場支援員のシフト（所定労働時間）のずれや頻繁な出張等により、支給対象障害者の勤務時に職場支援員の不在が生じるような場合については、本助成金の対象になりません。</p> <p>※２ 本助成金、企業在籍型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（職場支援員の配置の措置）、障害者職場適応援助コース（企業在籍型職場適応援助者による支援））を指します。</p> <p>※３ ※２に、訪問型職場適応援助者助成金、本助成金以外の障害者介助等助成金、障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース（訪問型職場適応援助者による支援））を加えたものを指します。</p> <p>※４ 国、地方公共団体、独立行政法人または地方独立行政法人を指します。</p> |
| <p>（２）</p> | <p>次のイ～二のいずれにも該当する支給対象事業主が業務委託先との間で締結する業務委託契約</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 支給対象障害者の支援に係る、支給対象障害者ごとの契約（有償であるものに限り。）であること ロ 業務を委託される法人等が障害者の就労・定着支援に係る業務を行うものであること ハ 電話相談、企業訪問、面談などの相談体制を整備し、少なくとも月に１回以上、申請事業主の事業所を訪問し、支給対象障害者と面談を行うものであること ニ 国等の機関からの補助金等から当該職場支援員の委嘱費用の全部が支払われていないこと |
| <p>（３）</p> | <p>次のイ～ハに該当する支給対象事業主が職場支援員との間で締結する委嘱契約</p> <ul style="list-style-type: none"> イ 支給対象障害者に対して必要なときに支援を行うものであり、職場支援員との間で支給対象障害者ごとに締結される契約（有償であるものに限り。）であること ロ 電話相談、企業訪問、面談などの相談体制を整備し、少なくとも月に１回以上、申請事業主の事業所を訪問し、支給対象障害者と面談を行うものであること ハ 国等の機関からの補助金等から当該職場支援員の委嘱費用の全部が支払われていないこと |

※ 上記の支援方法を原則としますが、情報通信機器の活用によるテレワーク等が一般的となっている社会情勢を考慮し、令和５年５月８日以降は以下の支援方法を助成金の対象となる措置として認めることとなりました。

（１）ハについて

支給対象障害者が自宅において勤務を行う場合、情報通信機器（顔や声、動作がわかるものに限ります。）により定期的に勤務状態を確認（以下「遠隔支援」といいます。）しつつ、必要に応じて支給対象障害者との情報通信機器を介した面談（以下「遠隔面談」といいます。）や就業上の支援ができること

（２）ハおよび（３）ロについて

支給対象障害者の勤務場所が雇用契約等により自宅のみに定められている場合に限り、支給対象障害者の事業所を訪問しての面談を遠隔面談に代えることができること

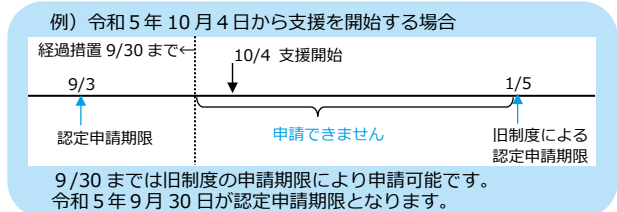
6 認定申請期限

- (1) 認定申請期限は、職場支援員の配置または委嘱^{※1}を行おうとする日の前日から起算して1か月前^{※2}までです。

なお、郵送による提出の場合は認定申請期限当日までの消印があるものが有効です。

※1 配置の場合は職場支援員として任命された日、委嘱契約の場合は職場支援員が最初に支援を実施した日（業務委託の場合は契約による支援期間の開始日）となります。

※2 経過措置として、令和5年9月30日までは旧制度（支援開始日の翌日から3か月後まで）を期限として申請することが可能です。



- (2) 職場支援員の配置または委嘱助成金の認定申請の手続きに必要な書類はP20～22を参照してください。※上記のほか、機構が必要と認める書類の提出を求められることがあります。

7 支給対象期間

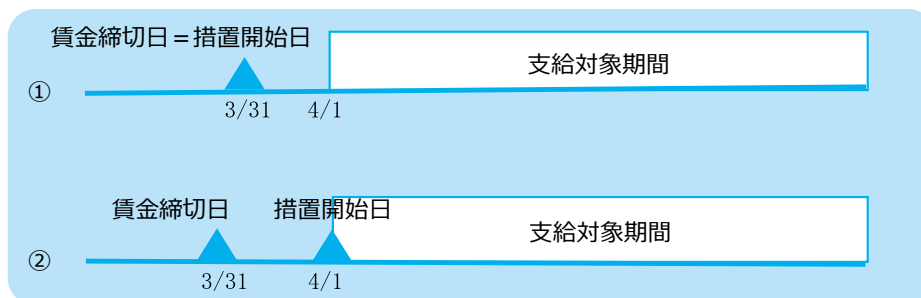
- (1) 支給対象期間は、措置開始日（職場支援員の配置または委嘱^{※1}を行った日）の直後の支給対象障害者の賃金締切日の翌日^{※2}から起算して**最大2年間（精神障害者については最大3年間）（企業在籍型職場適応援助者助成金受給後に継続する措置は最大6か月）**です。

最初の6か月を第1期、以降6か月ごとに第2期、第3期と支給対象期が続きます。

（最大4期（精神障害者については最大6期））（企業在籍型職場適応援助者助成金受給後に継続する措置は最大1期）。

※1 上記6の※1を参照してください。

- ※2 ①支給対象障害者の賃金締切日が措置開始日の場合は措置開始日の翌日から起算します。
②支給対象障害者の賃金締切日の翌日が措置開始日の場合は当該措置の開始日から起算します。



- (2) 職場支援員の配置または委嘱助成金の支給申請の手続きに必要な書類はP23～24を参照してください。※上記のほか、機構が必要と認める書類の提出を求められることがあります。

8 計画の変更

- (1) 事業主が認定申請書を提出した後、認定申請書の内容を変更する場合は、その変更内容に応じて、機構が必要と認める書類を添付の上、申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部

に対し、次のイまたはロに掲げる手続を行わなければなりません。

イ 職場定着支援計画変更届

事業主は、認定申請書を提出した後において、当該認定前に、認定申請に係る次の（イ）から（ハ）までに掲げるいずれかの変更があった場合は、その変更を証する書類を添付して、職場定着支援計画変更届（様式第19号。以下「変更届」といいます。）により、事業主が変更後速やかに機構に届け出ることが必要です（提出にあたっては、認定申請書と同様に「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください）。

また、認定から最初の支給対象期（第1期）分の支給申請まで、または支給決定から次期分の支給申請書（様式第4号または様式第5号）の提出までの期間において、支給申請に係る次の（イ）から（ハ）に掲げるいずれかの変更がある場合は、支給申請書の提出に併せて、その変更を証する書類を添付した変更届により、事業主が届け出てください。

なお、この際の認定または支給決定は、当該届出の内容を踏まえて行うこととなります。

- （イ） 事業主名、代表者、事業主所在地、事業所名または事業所所在地の変更
- （ロ） 支給対象障害者の雇用契約の変更（労働時間の変更を除きます。）
- （ハ） 職場支援員の勤務形態の変更（委嘱等に係る契約内容の変更等を含みます。）

ロ 職場定着支援計画変更承認申請

事業主が認定申請書を提出した後において、当該認定前または認定から第1期分の支給申請までならびに支給決定から次期分の支給申請書の提出までの期間において、認定申請に係る次の（イ）から（ハ）までに掲げるいずれかの変更があったときに、その変更を証する書類を添付して、変更日の前日から1か月前までに変更承認申請書により、事業主が機構に提出することが必要です（提出にあたっては、認定申請書と同様に「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください）。

（イ） 職場支援員の変更

※ 前任の職場支援員による支援の終了から1か月以内に後任の職場支援員による支援を開始してください。

（ロ） 支給対象障害者の変更（追加）

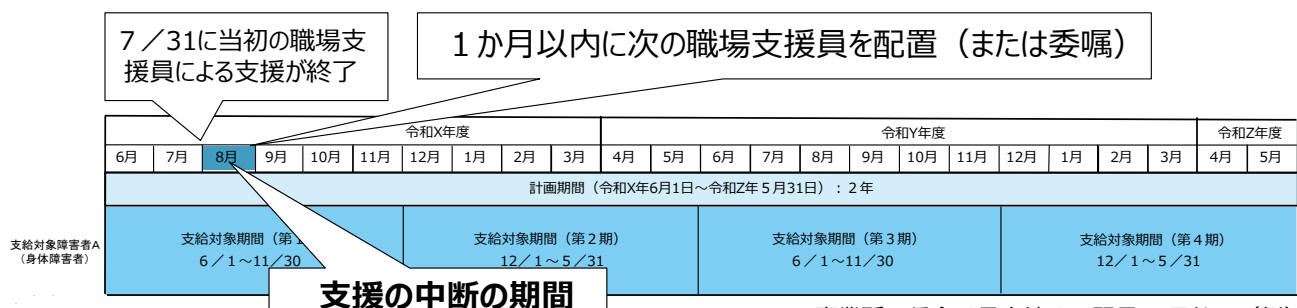
（ハ） 職場支援員または支給対象障害者の労働時間の変更

（2） 変更に係る添付書類

イ 職場支援員を変更する場合

新たな職場支援員について、変更日の前日から1か月前[※]までに変更承認申請書に職場支援員の配置または委嘱に係る契約の種類に応じた書類（P21の10）および前任の職場支援員の支援終了日が分かる根拠書類を添付して都道府県支部に提出してください。

※ 経過措置として、令和5年9月30日までは旧制度（支援開始日の前日まで）を期限として申請することが可能です。



- ・ 事業所の賃金は月末締め、翌月20日払い（例）
- ・ 令和X年6月1日に最初の職場支援員を任命

□ 支給対象障害者を追加する場合

職場定着支援計画の途中で支給対象障害者を追加する場合、追加する支給対象障害者ごとに設けられる支給対象期間に合わせ、計画期間を延長する必要があります。変更承認申請書に、延長した計画期間、追加する支給対象障害者の氏名、計画の概要を記入し、以下の書類を添付して都道府県支部に提出してください。

【提出書類】

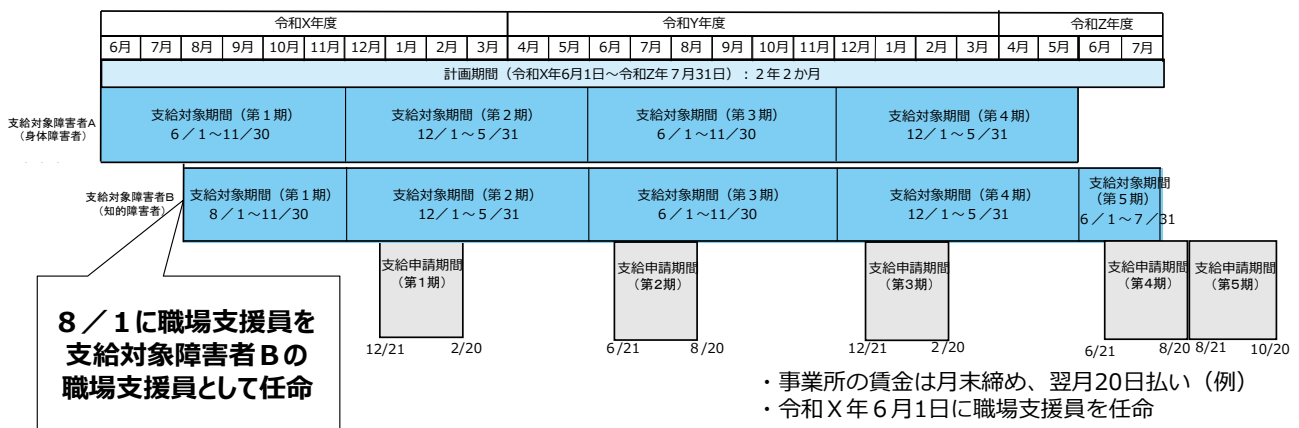
◆職場支援員の配置助成金の場合

- (イ) 追加する支給対象障害者について、P 19 に支給対象障害者ごとに掲げる書類
- (ロ) 追加する支給対象障害者の雇用契約書等（写）労働条件通知書（写）等対象となる障害者の労働条件が確認できるもの
- (ハ) 追加する支給対象障害者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写）
- (ニ) 追加する支給対象障害者の業務内容、所属等を明らかにする組織図
- (ホ) 追加する支給対象障害者への支援開始日（職場支援員の任命日）が分かる辞令等の書類
- (ヘ) 様式第3号 - 2

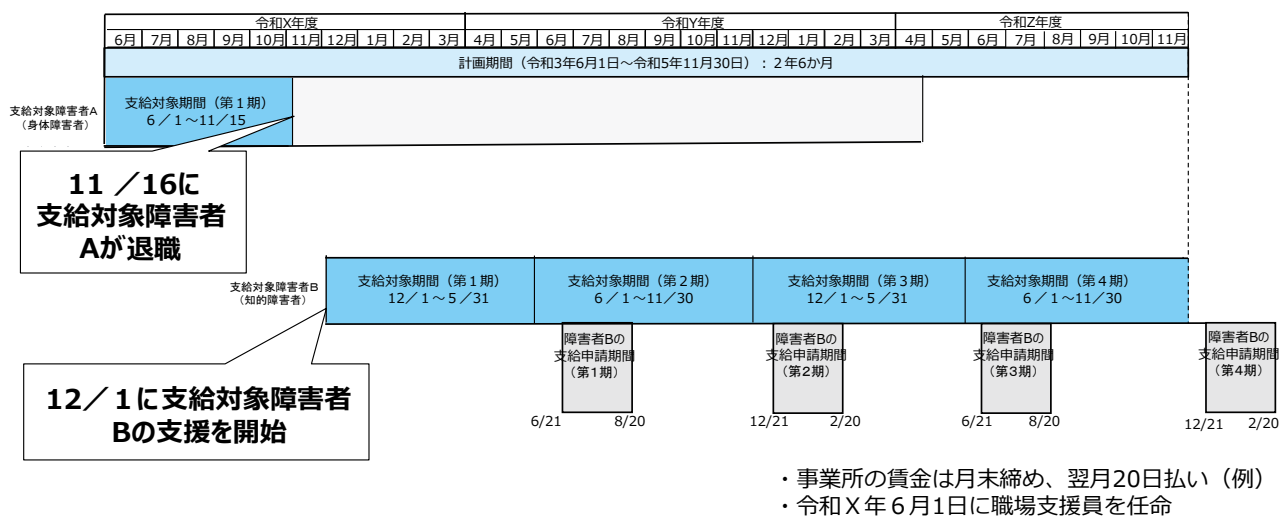
◆職場支援員の委嘱助成金の場合

- (イ) 追加する支給対象障害者について、P 19 に支給対象障害者ごとに掲げる書類
- (ロ) 追加する支給対象障害者の雇用契約書等（写）労働条件通知書（写）等対象となる障害者の労働条件が確認できるもの
- (ハ) 追加する支給対象障害者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写）
- (ニ) 追加する支給対象障害者に係る委嘱契約書（写）
- (ホ) 追加する支給対象障害者に対する最初の訪問面談予定日が分かる書類（写）
- (ヘ) 様式第3号 - 2

◆例1：支給対象障害者Aの支援の途中で、支給対象障害者Bを追加する場合



◆例2：支給対象障害者Aの退職後、支給対象障害者Bを追加する場合



(3) 変更承認および通知

- イ 機構は、事業主から変更承認申請書が提出されたときは、内容を審査し、変更を認めるときは「承認」と、変更を認めることができないときは「不承認」とします。
- ロ 機構は、イの承認または不承認としたときは、職場定着支援計画変更承認・不承認通知書により、その旨を事業主に通知します。

9 供給調整

同一支給対象障害者について、同一期間に以下の助成金を受給している場合、この助成金は支給されません。

- ・企業在籍型職場適応援助者助成金
- ・職場介助者の配置または委嘱助成金
- ・職場介助者の配置または委嘱の継続措置に係る助成金
- ・職業コンサルタントの配置または委嘱助成金
- ・在宅勤務コーディネーターの配置または委嘱助成金

その他、この助成金の対象となる措置に要する費用に充てるため、国等の機関から補助金等の支給を受ける場合は、補助金等との調整を行います。

10 計画の取下げ

4ページの3をご覧ください。

11 助成金の返還

4ページの4をご覧ください。

② 職場復帰支援助成金

1 措置の内容

中途障害者等に対して、職場復帰後の本人の能力に合わせて、次の（１）または（２）の職場復帰のための措置を講じる場合に助成します。

- （１）時間的配慮等
- （２）職務開発等 ※ それぞれの具体的な内容は、次ページ以降に記載しています。
- （３）（２）に伴う講習の実施

2 支給額

（１）支給対象障害者 1 人あたり、下表に示す月額に、支給対象期の月数（※）を乗じて得た額を支給します。

※ 就労していない月および支給対象障害者の出勤割合が 6 割に満たない月を除きます。

なお、有給休暇等の日数は出勤割合を算出する際の出勤日数とみなします。

| 支給月額 | 支給対象期間 | 各支給対象期における支給限度額 |
|------------------|-----------------|----------------------------|
| 6 万円 (4.5 万円) | 最大 1 年 (1 年) | 36 万円× 2 期 (27 万円× 2 期) |

注：（ ）内は中小企業以外の事業主に対する支給額および支給対象期間です。中小企業の範囲は P 26 をご覧ください。

（２）また、職務開発等に関する措置に伴い講習を行った場合、上記の額に加えて、その講習に要した対象経費^{※1}に応じて、下表の額を支給します。

| 要した経費 ^{※2} | 支給対象期における支給額 | 支給対象期間 |
|---------------------|---------------|--------------|
| 5 万円以上 10 万円未満 | 3 万円 (2 万円) | 1 年 (1 年) |
| 10 万円以上 20 万円未満 | 6 万円 (4.5 万円) | |
| 20 万円以上 | 12 万円 (9 万円) | |

注：（ ）内は中小企業以外の事業主に対する支給額および支給対象期間です。中小企業の範囲は P26 をご覧ください。

※ 1 対象経費は、講習に要した費用のうち、講師への謝金、講師の旅費、講習を実施する会場の使用料、教材費、資料代、外部機関が実施する講習の受講料等の実費（支給対象事業主が費用を負担した場合に限ります）および講習に参加する支給対象障害者の賃金（業務の一環の OFF-JT として労働者に受講させており、講習に参加している時間に対して労働者に対する賃金を支払っている場合に限ります。また、内容に連続性のある講習で、複数回にわたって開催される講習については、初回から最終回までの全回に参加している場合に限ります）。

なお、講習に参加するための支給対象障害者の旅費、その事業主の雇用労働者を講師にした場合における、当該内部講師に対する謝金および旅費については支給対象ではありません。

※ 2 第 1 期中に要した対象経費は第 2 期には繰り越せません。

3 支給対象となる障害者

次の（１）～（５）の全てに該当する障害者が対象です。

| | |
|-----|--|
| （１） | 申請事業主に雇用される常用雇用労働者であること |
| （２） | <p>職場復帰の日の時点で、次のイ～二のいずれかに該当する方であること</p> <p>イ 障害者雇用促進法第２条第２号に規定する身体障害者</p> <p>ロ 障害者雇用促進法第２条第６号に規定する精神障害者（発達障害のみを有するものを除く。）</p> <p>ハ 平成 27 年厚生労働省告示第 292 号で定める特殊の疾病（難病等）[※]にかかっている方 図 - 3（P 19）をご参照ください。</p> <p>ニ 高次脳機能障害のある方</p> |
| （３） | <p>医師の意見書[※]により、（２）の障害等に関連し、１か月以上の療養のための休職等が必要とされた者であること</p> <p>※ 所定の様式を機構ホームページから取得できます。</p> |
| （４） | 就労継続支援 A 型事業における利用者でないこと |
| （５） | 法人の代表者もしくは役員等、それらの家事使用人、事業主と同居の親族または学生（昼間において授業を受ける者に限る。）のいずれにも該当しないこと（ただし、雇用保険の適用を受ける者についてはこの限りではありません）。 |

4 対象となる事業主

P 3の要件のほか、次の（１）～（３）に該当する事業主が対象です。

| | |
|-----|--|
| （１） | 支給対象障害者に対して、その職場復帰を促進するため、職場復帰の日から３か月以内に職場復帰のための措置を開始し、休職等の期間中も含めて、常用雇用労働者としての雇用を継続する事業主であること |
| （２） | 支給対象障害者を、支給対象期の第 1 期の場合は措置開始後 6 か月以上、第 2 期の場合は第 2 期支給対象期の初日から 6 か月以上の期間継続して雇用し、その支給対象障害者に対して、各支給対象期分の賃金を支給した事業主であること |
| （３） | 本助成金の申請に要する経費（意見書等の発行手数料）を全額負担する事業主であること |

5 職場復帰のための措置の具体的内容

次の（１）～（３）に該当する措置が本助成金の支給対象となります。

（１）時間的配慮等

次のイ～ハのいずれかに該当する措置を継続的に実施するものであること

- イ 医師の意見書および支給対象障害者の同意の下に実施する「労働時間の調整^{※1}」
- ロ 就業規則等に規定する有給休暇制度以外の「通院または入院のための、特別な有給の休暇の付与^{※2}」
- ハ 支給対象障害者の同意の下に実施する「独居を解消し親族等と同居するための勤務地の変更」

※ 1 勤務時間の変更のほか、通勤時間の短縮のための本人の転居を要しない勤務地の変更を含みます。ただし、勤務時間の短縮を必要と認める意見書がないにもかかわらず、

本人の希望等により時間を短縮する措置、医師が必要とした短縮時間数より少ない時間数しか短縮しない措置、時間外労働をさせないこととする措置および休日出勤させないこととする措置は対象となりません。

※2 医師の意見書に記載された必要な通院回数以上の通院回数が確保できるものに限りです。

(2) 職務開発等

次のイまたはロのいずれかに該当する措置を継続的に実施するものであること

イ 外部専門家^{※3}の援助を得て行う職務開発（P 2を参照）

ロ 外部専門家^{※3}による援助の結果、休職等の前に従事していた職務について実施できない業務がある場合に、これを踏まえた職種の転換^{※4}

※3 地域障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、就労移行支援事業所その他の支給対象障害者を支援する障害者の就労支援機関の支援者を指します。

※4 職業安定法第15条に基づき職業安定主管局長が作成する職業分類表（P 27参照）の中分類の異なる職務に就かせることをいいます。

(3) (2) に伴う講習

次のイ～ハの全てに該当する講習であって、(2)の措置の実施に伴い、新たな職務に従事することとなった支給対象障害者に対して実施するものであること。

イ 支給対象障害者の障害特性に応じて、新たな職務の遂行に必要な基本的な知識・技術を習得するための講習であること。

ロ 講習の時間が1回につき1時間以上であること^{※5}

ハ 講習の講師が、講習の内容に直接関連する職種の経験が3年以上ある方であること

※5 支給対象障害者が同一であり、内容に連続性のある講習については、当該講習の初回から最終回までを通じた全回を1回とみなします。

6 認定申請期限

(1) 認定申請期限は、支給対象障害者の職場復帰の予定日の前日から起算して3週間前の応当日までです。ただし、意見書の内容と整合する措置を記載した認定申請書等の提出については、職場復帰の予定日の前日までとします。

(2) 職場復帰支援助成金の認定申請の手続きに必要な書類はP 20～22を参照してください。※上記のほか、機構が必要と認める書類の提出を求めることがあります。

7 支給対象期間

(1) 支給対象期間は、職場復帰のための措置を開始した日の直後の支給対象障害者の賃金締切日の翌日^{※1}から起算して**最大1年間**です。**最初の6か月を第1期、次の6か月を第2期の支給対象期**とといいます。

※1 ①支給対象障害者の賃金締切日が措置を開始した日の場合は措置を開始した日の翌日から起算します。

②支給対象障害者の賃金締切日の翌日が措置を開始した日の場合は措置を開始した日

から起算します。

- (2) 職場復帰支援助成金の支給申請の手続きに必要なとする書類はP 23～24を参照してください。※上記のほか、機構が必要と認める書類の提出を求めることがあります。

8 計画の変更

- (1) 事業主が認定申請書を提出した後、認定申請書の内容を変更する場合は、その変更内容に応じて、機構が必要と認める書類を添付の上、申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部に対し、次のイまたはロに掲げる手続を行わなければなりません。

イ 職場定着支援計画変更届

事業主が認定申請書を提出した後、その認定前に認定申請に係る次の(イ)または(ロ)までに掲げる変更がある場合は、その変更を証する書類を添付して、変更届により事業主が届け出ることが必要です。また、認定から第1回目の支給申請まで、または支給決定から次の支給申請書の提出までの期間において、支給申請に係る次の(イ)または(ロ)に掲げる変更がある場合は、支給申請書の提出に併せて、その変更を証する書類を添付した変更届により、届け出てください。

(イ) 事業主名、代表者、事業主所在地、事業所名または事業所所在地の変更

(ロ) 支給対象障害者の雇用契約の変更

ロ 職場定着支援計画変更承認申請

認定から第1回目の支給申請まで、または支給決定から次の支給申請書の提出までの期間において、認定に係る措置の内容に変更がある場合は、原則として、当該変更をしようとする日の前日までに、その変更を証する書類を添付した変更承認申請書により事業主が申請してください(支給申請書の提出にあわせてこの申請をすることはできません)。

- (2) 医師の意見書に記載のある勤務時間を超える場合

認定申請時に提出した医師の意見書に記載のある勤務時間を超える勤務時間となる場合は、新たな勤務時間についての医師の許可が確認できる意見書を、原則として変更の前日までに変更承認申請書に添付して都道府県支部に提出してください。

- (3) 変更承認および通知

イ 機構は、事業主から変更承認申請書が提出されたときは、内容を審査し、変更を認めるときは「承認」と、変更を認めることができないときは「不承認」とします。

ロ 機構は、イの承認または不承認としたときは、職場定着支援計画変更承認・不承認通知書により、その旨を事業主に通知します。

9 計画の取下げ

4ページの3をご覧ください。

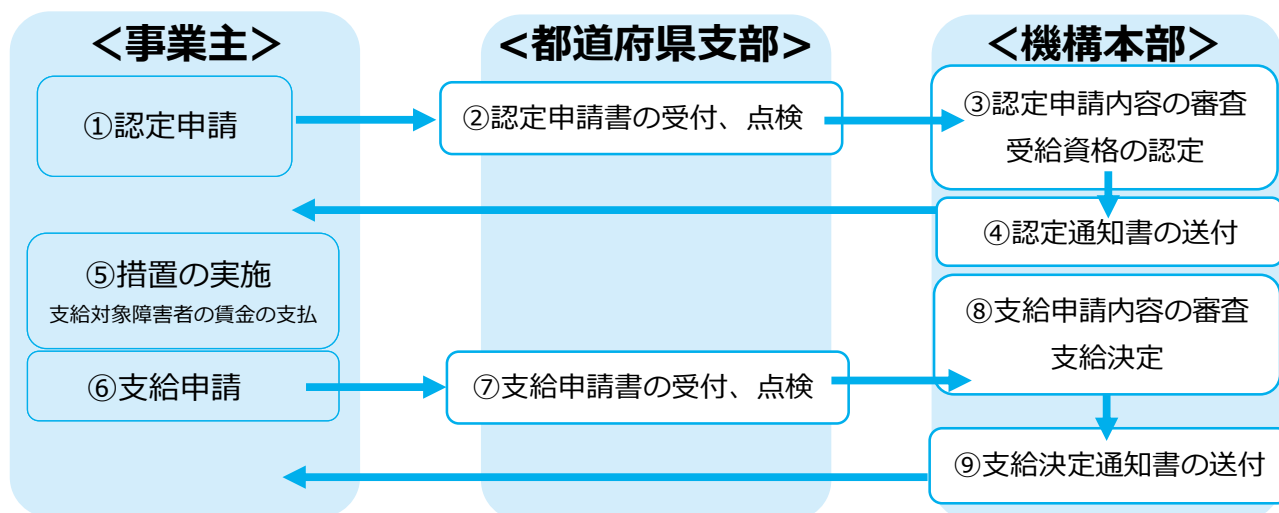
10 助成金の返還

4ページの4をご覧ください。

3 助成金の申請手続き

1 申請・受給手続き

受給までの流れ



受給までの流れ

(1) 受給資格認定申請の手続

イ 認定申請

助成金の活用にあたっては、**認定申請期限までに**、認定申請書に認定申請に係る添付書類を添付して、申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部へ提出することが必要です。

(イ) 認定申請書は、助成金ごと（「職場支援員の配置または委嘱助成金」を申請する場合は職場支援員ごと、「職場復帰支援助成金」を申請する場合は支給対象障害者ごと）に作成してください。

(ロ) 1年以上の計画期間を定めてください。（「職場支援員の配置または委嘱助成金」を申請する場合であって、「企業在籍型職場適応援助者助成金の支給対象障害者に係る支援の終了」を事由とする場合は6か月以上）

ロ 認定決定および不認定決定の通知

助成金の受給資格の審査結果は、**助成金受給資格認定通知書**（以下「認定通知書」といいます。）または**助成金受給資格不認定通知書**によりその旨を事業主に通知します。

ハ 認定申請書または支給申請書の内容の変更

認定申請書または支給申請書の内容を変更する場合は、その変更を証する書類を付して変更承認申請書または変更届を申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部に提出してください。

(2) 支給申請の手続き

イ 受給資格の認定を受けた後、**各支給対象期に係る支給申請期間中に**、支給申請書に必要な書類を添付して、申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部へ提出してください。

ロ 支給決定および不支給決定の通知

支給申請の審査結果は、**助成金支給決定通知書**（以下「支給決定通知書」といいます。）または**助成金不支給決定通知書**により通知します。なお、支給決定通知書には、支給条件、その他機構が定める事項を記載してありますので、必ずお読みください。

八 助成金の送金

助成金は事業主が指定する金融機関の口座に機構から振り込まれます。各助成金の認定に係る支給期間を通じ、助成金が入金されているにもかかわらず、事業主または事業所で支給決定通知書の到達が確認できない場合は、速やかに申請事業所の所在地を管轄する都道府県支部にご連絡ください。

(3) 認定申請および支給申請の委任

イ この助成金の認定または支給を受けようとする事業主は、委任届（様式第14号）を機構に提出することにより、事業主から委任を受けた方が認定申請または支給申請を行うことができます。

ロ 認定申請または支給申請の委任を受ける方は、事業主が法人である場合であって、当該法人の役員または支給対象障害者を雇用する事業所の長とします。

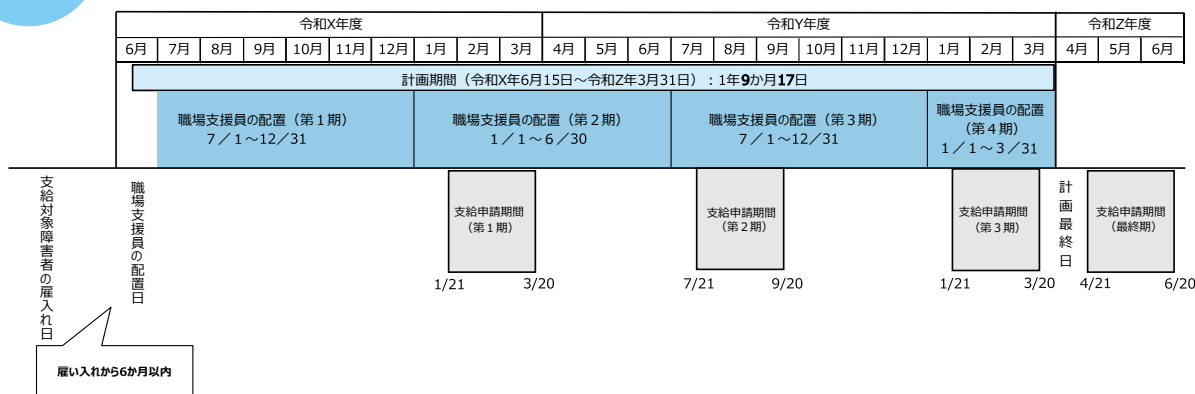
(4) 支給申請期間

支給申請期間は2か月間とし、支援計画期間のうち、最初の支給対象期の最終月分に係る支給対象障害者の賃金（残業代等の諸手当も含まれます）を支給した日の翌日から起算した当該期間を第1期に係る支給申請期間、以降6か月ずつ経過するごとに、第2期以降に係る各支給申請期間とします。

なお、最終期に係る支給申請期間のみ、計画の末日までに係る賃金を支給した日の翌日から起算した2か月間とします。

参考例

- ・業務の遂行に関する必要な援助および指導を行う職場支援員を配置（令和X年6月15日～令和Z年3月31日）
- ・事業所の賃金は月末締め、翌月20日払い



- ※ 支給対象期間の起算日から6か月ごとの期間（支援対象期）に要件を満たした措置について、対応する支給申請期間に申請してください。
- ※ 支給対象期間の最初にくる支給対象期分の賃金を支給した日（令和Y年1月20日）の翌日から起算して2か月間（令和Y年1月21日～令和Y年3月20日）を第1期の支給申請期間とし、以後6か月ごとに第2期、第3期の支給申請期間が続きます。

(5) 支給条件

次のイからトまでに掲げる事項を支給の条件とします。

イ 支給申請に関すること

(イ) 支給申請を行うことができる事業主は、助成金に係る受給資格の認定を受けた事業主です。

(ロ) 事業主は、支給申請期間に支給申請書を機構に提出しなければなりません。

- 助成金の支給申請未手続および不支給に関すること
支給申請期間に支給申請書が提出されない場合は、当該支給対象期に係る助成金は支給しません。
- 八 支援計画の変更に関すること
事業主は、認定に係る支援計画の変更がある場合は、P 8 の 8 または P 15 の 8 の変更手続きを行い、変更承認申請を行った場合は機構の承認を得なければなりません。
- 二 事業主要件の欠格事項に関すること
認定申請後に⑧留意事項の 1 の①から⑩までのいずれかに該当することとなった事業主には助成金は支給しません。
- ホ 調査への協力に関すること
事業主は、資料の提出および機構が必要に応じて実施する助成金ごとに定める職場定着に係る措置の実施状況等についての調査に協力しなければなりません。
- ハ 支給申請書等の保存に関すること
事業主は、支給申請書および支給申請添付書類等の写しならびに支給決定通知書について、原則として助成金の支給期間終了後 5 年間の経過するまで保存しなければなりません。
- ト イからハまでに掲げるもののほか、機構が必要と認める事項

(6) 認定の取消し

- イ 受給資格の認定を受けた事業主が次の（イ）から（ハ）までに掲げるいずれかに該当する場合は、当該受給資格の認定を取り消すことがあります。
 - （イ）認定の取消しを申し出た場合
 - （ロ）偽りその他不正の行為により助成金の認定を受け、または第 1 期の支給申請を行った場合
 - （ハ）認定条件に違反した場合（やむを得ない事由がある場合を除きます。）
 - （二）認定を受けた後、第 1 期の支給申請に係る支給決定前に事業主が⑧留意事項の 1 の①から⑩までのいずれかに該当することとなった場合
 - （ホ）第 1 期の支給対象期中に支給対象障害者が自己都合離職等以外の離職または更新を希望したにもかかわらず契約期間満了により退職した場合
 - （ハ）その他事業主の責めに帰すべき事由がある場合
- 機構は、受給資格の認定を取り消したときは、**認定取消通知書**により、その旨を事業主に通知します。
 - 八 機構は、上記イの（ロ）の理由により認定を取消した場合は、次の（イ）および（ロ）に掲げる措置を併せて行います。
 - （イ）当該認定取消通知書を発出した日の翌日から 5 年経過後の応当日までの期間においてこの助成金および他の障害者雇用納付金関係助成金は不支給とします。
この場合、機構は同認定取消通知書に添付して、当該不支給期間および支給が継続しているこの助成金ならびに他の障害者雇用納付金関係助成金については該当助成金の名称等を明示した助成金不支給措置通知を行います。
 - （ロ）事業主の名称等を機構ホームページで公表いたします。
 - 二 上記イの（ハ）のやむを得ない事由がある場合とは、天災地変その他事業主の責めに帰することのできない理由で提出または手続の期限を徒過することが見込まれる場合にあつ

て、それぞれの提出または手続の期限の日までに事業主がその理由および猶予を希望する期間を明示した文書により届け出て、機構がこれを認める場合をいいます。

2 支給対象障害者確認書類一覧

| | |
|-------------|---|
| 身体障害者 | <p>身体障害者福祉法第 15 条第 4 項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳(以下「身体障害者手帳」といいます。)(写)であって支給対象障害者の氏名、年齢および障害の程度が確認できるもの。</p> <p>身体障害者手帳を所持しない方については、当分の間、次のイおよびロによる医師の診断書・意見書(原本または写し)であって支給対象障害者の氏名、年齢および障害の程度が確認できるもの。</p> <p>イ 身体障害者福祉法第 15 条の規定により都道府県知事の定める医師(以下「指定医」といいます。)または労働安全衛生法第 13 条に規定する産業医による障害者雇用促進法別表に掲げる身体障害を有する旨の診断書・意見書(ただし、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこうもしくは直腸、小腸またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害については、当分の間、指定医によるものに限ります。)を受けること。</p> <p>ロ イの診断書は、障害の種類および程度ならびに障害者雇用促進法別表に掲げる障害に該当する旨を記載したものとすること。</p> |
| 知的障害者 | <p>児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医または地域障害者職業センターの判定書(支給対象障害者の知能指数および身辺処理能力に関する意見を記入したものをいいます。)(写)または所得税法施行令第 31 条の 2 第 14 号に規定する療育手帳(以下「療育手帳」といいます。)(写)であって支給対象障害者の氏名、年齢および障害の程度が確認できるもの。</p> |
| 精神障害者 | <p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 45 条第 2 項の規定に基づき交付を受けた精神障害者保健福祉手帳(写)、公共職業安定所の紹介状(写)、精神障害者社会適応訓練の受講証明書または職場復帰のために職業リハビリテーションの措置を受けた場合に障害者職業センターが本人に交付する利用証明書であって支給対象障害者の氏名が確認できるもの(統合失調症、そううつ病またはてんかん以外の精神障害がある方については、上記のうち精神障害者保健福祉手帳(写)に限ります。)</p> |
| 発達障害者 | <p>医師の診断書(原本または写し)であって支給対象障害者の氏名および発達障害であることが確認できるもの。</p> |
| 難病等患者 | <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第 7 条第 4 項により都道府県が交付する医療受給者証(写)、医師の診断書(原本または写し)または公的機関が発行する書類(原本または写し)であって支給対象障害者の氏名および難病等の病名(厚生労働大臣が定めた難病等の名称であること)が確認できるもの。</p> |
| 高次脳機能障害のある方 | <p>医師の診断書(原本または写し)であって支給対象障害者の氏名および高次脳機能障害であると診断されたことが確認できるもの。</p> |

3 対象難病等一覧

対象となる難病等に係る最新の情報は、以下の厚生労働省ホームページをご参照ください。

【障害者総合支援法の対象疾病(難病等)】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/hani/index.html

4 助成金受給のための提出書類

1. 助成金を受給するためには、次表の書類に「障害者助成金受給資格認定申請書チェックリストまたは障害者助成金支給申請書チェックリスト」を添付して提出してください。

2. 次表の書類のほか、審査にあたって、他の関係書類を提出していただく場合があります。

※「チェックリスト」とは、認定申請または支給申請の手续に必要な提出書類を掲げた一覧表です。機構ホームページからダウンロードし、印刷してください。印刷したチェックリストを用いて、必要な書類が整っているか確認し、確認後のチェックリストは申請書類に添えて提出してください。

| 認定申請の手续に必要なとする書類 | | | | | |
|------------------|--------------------------|-----------|--------|------|--|
| 提出書類 | 職場支援員(配置) | 職場支援員(委嘱) | 職場復帰支援 | 注意事項 | |
| 1 | 支給要件確認申立書(様式第15号) | ● | ● | ● | |
| 2 | 職場定着支援計画書兼助成金受給資格認定申請書 | ● | ● | ● | 職場支援員の配置助成金または委嘱助成金の場合は様式第1号 職場復帰支援助成金の場合は様式第2号を提出 |
| 3 | 職場支援員詳細(様式第3号-1) | ● | ● | - | 情報通信機器を活用した遠隔支援・遠隔面談を行う場合は、以下に掲げる遠隔支援体制がわかる資料を添付 ①設備(使用する機材、ソフトウェアまたはアプリケーションの名称) ②雇用管理(勤怠管理、勤務時間管理、健康管理の方法) ③業務管理(業務進捗状況、業務連絡、社内関係部門・取引先等との連絡調整の方法) |
| 4 | 助成金申請に係る支給対象障害者(様式第3号-2) | ● | ● | - | |
| 5 | 支給対象障害者に該当することを証明する書類 | ● | ● | ● | <ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者 身体障害者手帳(写)。身体障害者手帳を所持しない方については、当分の間、次のイおよびロによる医師の診断書・意見書(原本または写し)を添付 イ 指定医または産業医による診断書・意見書(ただし、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこうもしくは直腸、小腸またはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害については、当分の間、指定医によるものに限ります。) ロ イの診断書は、障害の種類および程度ならびに障害者雇用促進法別表に掲げる障害に該当する旨を記載したものとすること ・知的障害者(職場支援員の配置または委嘱助成金のみ該当) 児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医または障害者職業センターの判定書(支給対象障害者の知能指数および身辺処理能力に関する意見を記入したものをいいます。)(写)または療育手帳(写) ・精神障害者 精神障害者保健福祉手帳(写)、公共職業安定所の紹介状(写)、精神障害者社会適応訓練の受講証明書または職場復帰のために職業リハビリテーションの措置を受けた場合に障害者職業センターが本人に交付する利用証明書であって支給支援対象障害者の氏名が確認できるもの(統合失調症、そうつ病またはてんかん以外の精神障害がある方については、精神障害者保健福祉手帳(写)に限ります。) ・発達障害者(職場支援員の配置または委嘱助成金のみ該当) 医師の診断書(原本または写し) ・難病等患者 医療受給者証(写)、医師の診断書(原本または写し)または公的機関が発行する書類(原本または写し) ・高次脳機能障害のある方 医師の診断書(原本または写し) |

認定申請の申請に必要とする書類

| 提出書類 | | 職場支援員(配置) | 職場支援員(委嘱) | 職場復帰支援 | 注意事項 |
|------|-------------------------------|-----------|-----------|--------|---|
| 6 | 支給対象障害者の雇用契約書等(写) | ●※ | ● | ● | <ul style="list-style-type: none"> ・支給対象障害者の契約期間、勤務場所、勤務時間、勤務曜日(休日)、賃金等が明記されたもの(明記されていない場合は、追加書類を求められることがあります) ・認定申請時に提出できない場合は、認定申請時には雇用契約書(案の写し)、労働条件通知書(案の写し)等、雇用予定日が確認できる書面を添付し、第1期の支給申請時に雇用契約書(写)、労働条件通知書(写)、等を添付すること ・期間の定めのない労働者等で雇用契約書等を取り交わしていない場合は、就業規則および辞令等労働条件が確認できる書類を添付。 ・雇用契約書等に勤務する曜日または勤務シフトの記載がない場合は、タイムカード(写)、出勤簿(写)等の出勤状況が確認できるもの(直近1か月分)を添付 ・雇用契約書(写)等において社会保険の加入状況を確認できない場合は、社会保険の加入が確認できる書類または加入義務がないことの説明文書を添付。 <p>※配置される職場支援員についても添付</p> |
| 7 | 支給対象障害者の雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写) | ●※ | ● | ● | <ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者であって、一般被保険者等に該当しない場合を除きます。 ・認定申請時に提出できない場合は、第1期の支給申請時に添付すること <p>※配置される職場支援員についても添付</p> |
| 8 | 業務委託契約書(写)または委嘱契約書(写) | - | ● | - | <ul style="list-style-type: none"> ・支給対象障害者ごとの業務委託または委嘱契約であること ・支援内容に支給対象障害者または支給対象事業主からの電話相談、事業所訪問等による相談体制があること ・少なくとも1月につき1回以上の訪問による面談があること ・契約期間および業務委託または委嘱の額が明示され、その費用を支給対象事業主が負担する内容であること ・認定申請時に提出できない場合は、認定申請時には契約書(案の写し)を添付すること |
| 9 | 職場支援員が資格等を有することを証明する書類 | ● | ● | - | 資格取得の証明書(写)、研修の修了証明書(写)または経験を有することがわかる職場支援員に係る職務経歴書(写) |
| 10 | 職場支援員の配置または委嘱に係る契約の種類に応じた次の書類 | ● | ● | - | <p>①職場支援員を支給対象事業主との雇用契約により配置する場合</p> <p>a 支給対象障害者および職場支援員の業務内容、所属等を明らかにする組織図</p> <p>b 職場支援員の任命日がわかる辞令等(職場支援員が支給対象障害者の業務の遂行に関する援助および指導の業務を実施できることが確認できる書類)(写)</p> <p>②職場支援員の委嘱が支給対象事業主との業務委託契約による場合 業務委託先の法人等の業務内容がわかるリーフレット等の書類(写)</p> <p>③職場支援員の委嘱が支給対象事業主との委嘱契約による場合 職場支援員が行う最初の支援の予定日がわかる書類(写)</p> <p>※ 面談をする支給対象障害者の氏名がわかるもの</p> |
| 11 | 医師の意見書(様式第8号) | - | - | ● | 職場復帰の日よりも前に交付されたもの |

| 認定申請の手续に必要とする書類 | | | | |
|-----------------|---------------------------------------|-----------|--------|---|
| 提出書類 | 職場支援員(配置) | 職場支援員(委嘱) | 職場復帰支援 | 注意事項 |
| 12 | 意見書等に係る料金を支給対象事業主が支払ったこと のわかる書類(写) | - | - | ● <ul style="list-style-type: none"> ① 事業主から意見書等発行元へ直接支払いを行った場合 <ul style="list-style-type: none"> a 意見書等の発行費用に係る請求書(写) b 請求書の額と一致する領収書または振込明細書等(写) ② 支給対象障害者が意見書等発行元へ費用を支払い、後日事業主が対象障害者へ当該費用の清算払いを行った場合 <ul style="list-style-type: none"> a 意見書等の発行費用に係る請求書(写)(支給対象障害者あてに発行されたもの) b 支給対象障害者から意見書等発行元へ料金を支払った領収書または振込明細書等(写) c 事業主から支給対象障害者へ立替費用を清算したことがわかる領収書または振込明細書等(写) |
| 13 | 職場支援員を配置または委嘱するための事由に応じた書類 | ● | ● | - <ul style="list-style-type: none"> ① 支給対象障害者の雇入れ 上記6および7の書類 ※ 試用期間後の本採用の場合は上記6の書類に加えて、本採用前の雇用条件が明記された雇用契約書(写) ② 支給対象障害者の勤務時間の延長 延長前および延長後の雇用契約書(写)等で、所定労働時間がわかる書面 ③ 支給対象障害者の配置転換 変更前および変更後の雇用契約書(写)等で、職位、勤務形態、職務内容等がわかる書面 ④ 支給対象障害者の業務内容変更 変更前および変更後の雇用契約書(写)等で、業務内容がわかる書面 ⑤ 支給対象障害者の職場復帰 医師の診断書、傷病手当金支給申請書(写)、出勤簿(写)等で、その障害により1か月以上の療養等が必要とされた障害者の復職日がわかる書面 ⑥ 企業在籍型職場適応援助者助成金の支給対象者に係る支援の終了 企業在籍型支援計画(地域障害者職業センターの作成または承認のあるもの)(写) <p>・認定申請時に提出できない場合は、認定申請時には上記の書類(案の写し)を添付し、第1期の支給申請時に左記の書類(写)を添付すること。</p> |

| 支給申請の手続に必要なとする書類 | | | | | |
|------------------|--|-----------|--------|------|--|
| 提出書類 | 職場支援員(配置) | 職場支援員(委嘱) | 職場復帰支援 | 注意事項 | |
| 1 | 支給申請書 | ● | ● | ● | <p>職場支援員の配置または委嘱助成金の場合は様式第4号、4号-1、4号-2および4号-3 ※情報通信機器を活用した遠隔支援・遠隔面談を行った日については、直近5日分の支援記録を添付すること 職場復帰支援助成金の場合は様式第5号、5号-1、5号-2および5号-3を提出</p> |
| 2 | 支給申請までに必要となった意見書等に係る料金を支給対象事業主が支払ったことのわかる書類(写) | - | - | ● | <ul style="list-style-type: none"> 認定申請時に提出した書類と同じ場合は省略 医師の意見を得た上で支援計画の変更を行う場合は変更承認申請に添付 |
| 3 | 支給対象障害者の賃金台帳等(写) | ● | ● | ● | 申請しようとする支給対象期の最終月分 |
| 4 | 支給対象障害者の出勤簿等(写) | ● | ● | ● | 申請しようとする支給対象期に係る分 |
| 5 | 精神障害者保健福祉手帳(写) | ● | ● | ● | 支給対象期中に手帳の有効期限が切れた場合のみ添付 |
| 6 | 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書(写) | ● | ● | ※ | <p>支給対象障害者が離職した場合のみ添付 ※支給申請せず、50ページの1(5)を参照し離職を届出ること</p> |
| 7 | 認定申請時に雇入れ予定であって(案)の写しを提出した書類 | ● | ● | - | <p>雇用労働者および職場支援員について、第1期の支給申請時に添付</p> <ul style="list-style-type: none"> 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写) 雇用契約書(写)、労働条件通知書(写)等、支給対象障害者および職場支援員の労働条件が確認できるもの 業務委託または委嘱契約書(写) |
| 8 | 職場支援員の配置または委嘱に係る契約の種類に応じた次の書類 | ● | ● | - | <p>[共通] 支給対象期に支給対象障害者の長期休暇等の期間がある場合</p> <p>a 当該休暇等が次のいずれかに該当することを証明する休暇簿等(写)</p> <ul style="list-style-type: none"> 労働基準法第39条に基づく年次有給休暇、同法第65条に定める産前産後の休業を請求したことにより出勤していない日 業務上の負傷または業務上の疾病にかかり療養のために出勤していない日 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律に定める休業により出勤していない日 慶弔による休暇、夏季休暇といった特別休暇、退職等であって、就業規則または雇用契約書等に記載する休暇等により出勤していない日 <p>b 支給対象障害者に適用される特別休暇がある場合は、その内容、日数等がわかる就業規則等(写)</p> <p>① 職場支援員を支給対象事業主との雇用契約により配置する場合</p> <p>a 職場支援員の賃金台帳等(申請しようとする支給対象期の最終月分)(写)</p> <p>b 職場支援員の出勤簿等(申請しようとする支給対象期に係る分)(写)</p> <p>② 職場支援員の委嘱が支給対象事業主との業務委託契約による場合 業務委託の期間および業務委託の額が明示された請求書および当該額と一致する領収書等の支給対象事業主が経費を負担したことを証明する書類(写)</p> <p>③ 職場支援員の委嘱が支給対象事業主との委嘱契約による場合 支給対象期の委嘱に係る経費として支給対象事業主が支払った額のわかる領収書等(写)</p> |

| 支給申請の申請に必要とする書類 | | | | |
|-----------------|----------------------|-----------|--------|--|
| 提出書類 | 職場支援員(配置) | 職場支援員(委嘱) | 職場復帰支援 | 注意事項 |
| 9 | 職場復帰のための措置内容に応じた次の書類 | - | - | <p>●</p> <p>①時間的配慮等関係</p> <p>a 時間的配慮・通勤時間等の配慮を必要とすることを記載した医師の意見書・診断書(認定申請時に提出した書類と同じ場合は省略)(写)</p> <p>b 就業規則、雇用契約書、辞令等の支給対象障害者に対して時間的配慮を行うことを支給対象事業主が通知した書類(写)</p> <p>c 「就業規則等に規定する通常の有給休暇制度」(一般の労働者が利用可能な有給休暇)以外の有給の休暇による通院または入院を認める場合、利用できる特別の休暇制度を支給対象障害者に示している就業規則、雇用契約書等の書類(写)</p> <p>d 勤務地の変更の場合、従前の勤務地の事業所所在地および変更後の勤務地の事業所所在地のわかる企業概要(リーフレット等)ならびに辞令等の勤務地の変更を行ったことがわかる書類(写)</p> <p>なお、変更の理由が独居を解消し、親族と同居するためである場合、本人の転入日が記載された現住所に係る住民票(同居の親族分を含みます。)を添付</p> <p>※住民票への個人番号の記載は不要。記載されている場合は黒塗りの上、添付すること</p> <p>②職務開発等関係</p> <p>外部専門家の所属する法人等にかかるリーフレット等法人の事業概要がわかるもの(写)</p> <p>③講習関係</p> <p>a 講習カリキュラムの内容に係る書類(講習年月日、講習時間、講師の氏名、講師の職種経験年数および講習内容が確認できるもの)(写)</p> <p>b 領収書等の講習に要した費用が確認できる書類(写)</p> <p>c 講習受講者に係る出勤簿等および賃金台帳等(参加した講習の実施日について確認できる分)(写)</p> |

5 参考資料

46 ページの「支給対象障害者を事業主都合により離職させた場合」とは、以下の場合の離職を指します。

◆雇用保険法施行規則第 36 条に規定する離職理由

雇用保険法施行規則（昭和五十年労働省令第三号）

（法第二十三条第二項第二号の厚生労働省令で定める理由）

第三十六条 法第二十三条第二項第二号の厚生労働省令で定める理由は、次のとおりとする。

- 一 解雇（自己の責めに帰すべき重大な理由によるものを除く。）
- 二 労働契約の締結に際し明示された労働条件が事実と著しく相違したこと。
- 三 賃金（退職手当を除く。）の額を三で除して得た額を上回る額が支払期日までに支払われなかつたこと。
- 四 次のいずれかに予期し得ず該当することとなつたこと。
 - イ 離職の日の属する月以後六月のうちいずれかの月に支払われる賃金（最低賃金法第二条第三号に規定する賃金（同法第四条第三項第一号及び第二号に掲げる賃金並びに歩合によつて支払われる賃金を除く。）をいう。以下この号において同じ。）の額が当該月の前六月のうちいずれかの月の賃金の額に百分の八十五を乗じて得た額を下回ると見込まれることとなつたこと。
 - ロ 離職の日の属する月の六月前から離職した日の属する月までのいずれかの月の賃金の額が当該月の前六月のうちいずれかの月の賃金の額に百分の八十五を乗じて得た額を下回つたこと。
- 五 次のいずれかに該当することとなつたこと。
 - イ 離職の日の属する月の前六月のうちいずれか連続した三箇月以上の期間において労働基準法第三十六条第三項に規定する限度時間に相当する時間数（当該受給資格者が、育児・介護休業法第十七条第一項の小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者であつて同項各号のいずれにも該当しないものである場合にあつては同項、育児・介護休業法第十八条第一項の要介護状態にある対象家族を介護する労働者であつて同項において準用する育児・介護休業法第十七条第一項各号のいずれにも該当しないものである場合にあつては同項に規定する制限時間に相当する時間数）を超えて時間外労働及び休日労働が行われたこと。
 - ロ 離職の日の属する月の前六月のうちいずれかの月において一月当たり百時間以上、時間外労働及び休日労働が行われたこと。
- 六 離職の日の属する月の前六月のうちいずれか連続した二箇月以上の期間の時間外労働時間および休日労働時間を平均し一月当たり八十時間を超えて、時間外労働及び休日労働が行われたこと。
 - 二 事業主が危険又は健康障害の生ずるおそれがある旨を行政機関から指摘されたにもかかわらず、事業所において当該危険又は健康障害を防止するために必要な措置を講じなかつたこと。
 - ホ 事業主が法令に違反し、妊娠中若しくは出産後の労働者又は子の養育若しくは家族の介護を行う労働者を就業させ、若しくはそれらの者の雇用の継続等を図るための制度の利用を不当に制限したこと又は妊娠したこと、出産したこと若しくはそれらの制度の利用の申出をし、若しくは利用をしたこと等を理由として不利益な取扱いをしたこと。
- 七 事業主が労働者の職種転換等に際して、当該労働者の職業生活の継続のために必要な配慮を行つていないこと。
- 七 期間の定めのある労働契約の更新により三年以上引き続き雇用されるに至つた場合において当該労働契約が更新されないこととなつたこと。
- 七の二 期間の定めのある労働契約の締結に際し当該労働契約が更新されることが明示された場合において当該労働契約が更新されないこととなつたこと。
- 八 事業主又は当該事業主に雇用される労働者から就業環境が著しく害されるような言動を受けたこと。
- 九 事業主から退職するよう勧奨を受けたこと。
- 十 事業所において使用者の責めに帰すべき事由により行われた休業が引き続き三箇月以上となつたこと。
- 十一 事業所の業務が法令に違反したこと。

この助成金での「中小企業事業主」の範囲は、以下のとおりです。

◆中小企業事業主であることの確認（認定申請日時点の総額および数で判断します）

| 資本金の額・出資の総額 | | または | 常時雇用する労働者の数 | |
|-------------|-----------|-----|-------------|---|
| 小売業（飲食店を含む） | 5,000万円以下 | | 50人以下 | ※社会福祉法人など資本金等を有しない事業主は常時雇用する労働者の数によります。 |
| サービス業 | 5,000万円以下 | | 100人以下 | |
| 卸売業 | 1億円以下 | | 100人以下 | |
| その他の業種 | 3億円以下 | | 300人以下 | |

※申請事業主の主たる事業の具体的な内容は下表のとおりです（日本標準産業分類（平成25年総務省告示第405号）による業種区分）。

| 業種 | 該当分類番号 |
|--------|--|
| 小売業 | 大分類I（卸売業、小売業）のうち 中分類56（各種商品小売業） 中分類57（織物・衣服・身の回り品小売業） 中分類58（飲食料品小売業） 中分類59（機械器具小売業） 中分類60（その他の小売業） 中分類61（無店舗小売業） 大分類M（宿泊業、飲食サービス業）のうち 中分類76（飲食店） 中分類77（持ち帰り・配達飲食サービス業） |
| サービス業 | 大分類G（情報通信業）のうち 中分類38（放送業） 中分類39（情報サービス業） 小分類411（映像情報制作・配給業） 小分類412（音声情報制作業） 小分類415（広告制作業） 小分類416（映像・音声・文字情報制作に付帯するサービス業） 大分類K（不動産業、物品賃貸業）のうち 小分類693（駐車場業） 中分類70（物品賃貸業） 大分類L（学術研究、専門・技術サービス業） 大分類M（宿泊業、飲食サービス業）のうち 中分類75（宿泊業） 大分類N（生活関連サービス業、娯楽業） ただし、小分類791（旅行業）は除く。 大分類O（教育、学習支援業）（中分類81, 82） 大分類P（医療、福祉）（中分類83～85） 大分類Q（複合サービス事業）（中分類86, 87） 大分類R（サービス業＜他に分類されないもの＞）（中分類88～96） |
| 卸売業 | 大分類I（卸売業、小売業）のうち 中分類50（各種商品卸売業） 中分類51（繊維・衣服等卸売業） 中分類52（飲食料品卸売業） 中分類53（建築材料、鉱物・金属材料等卸売業） 中分類54（機械器具卸売業） 中分類55（その他の卸売業） |
| 製造業その他 | 上記以外のすべて |

職場復帰支援助成金における「職種転換」とは、次の職業分類表（平成23年改定 厚生労働省編職業分類）の中分類の異なる職種に就かせることをいいます。

◆職業分類表（大分類および中分類項目一覧）

| | | |
|----------------------------|-----------------------|---|
| 大分類 A 管理的職業 | 大分類 C 事務的職業 | 大分類 H 生産工程の職業 |
| 中分類 | 中分類 | 中分類 |
| 01 管理的公務員 | 25 一般事務の職業 | 49 生産設備制御・監視の職業 （金属材料製造、金属加工、 金属溶接・溶断） |
| 02 法人・団体の役員 | 26 会計事務の職業 | 50 生産設備制御・監視の職業 （金属材料製造、金属加工、 金属溶接・溶断を除く） |
| 03 法人・団体の管理職員 | 27 生産関連事務の職業 | 51 生産設備制御・監視の職業 （機械組立） |
| 04 その他の管理的職業 | 28 営業・販売関連事務の職業 | 52 金属材料製造、金属加工、 金属溶接・溶断の職業 |
| 大分類 B 専門的・技術的職業 | 29 外勤事務の職業 | 54 製品製造・加工処理の職業 （金属材料製造、金属加工、 金属溶接・溶断を除く） |
| 中分類 | 30 運輸・郵便事務の職業 | 57 機械組立の職業 |
| 05 研究者 | 31 事務用機器操作の職業 | 60 機械整備・修理の職業 |
| 06 農林水産技術者 | 大分類 D 販売の職業 | 61 製品検査の職業（金属材料 製造、金属加工、金属溶接・ 溶断） |
| 07 開発技術者 | 中分類 | 62 製品検査の職業（金属材料 製造、金属加工、金属溶接・ 溶断を除く） |
| 08 製造技術者 | 32 商品販売の職業 | 63 機械検査の職業 |
| 09 建築・土木・測量技術者 | 33 販売類似の職業 | 64 生産関連・生産類似の職業 |
| 10 情報処理・通信技術者 | 34 営業の職業 | 大分類 I 輸送・機械運転の職業 |
| 11 その他の技術者 | 大分類 E サービスの職業 | 中分類 |
| 12 医師、歯科医師、獣医師、 薬剤師 | 中分類 | 65 鉄道運転の職業 |
| 13 保健師、助産師、看護師 | 35 家庭生活支援サービスの職 業 | 66 自動車運転の職業 |
| 14 医療技術者 | 36 介護サービスの職業 | 67 船舶・航空機運転の職業 |
| 15 その他の保健医療の職業 | 37 保健医療サービスの職業 | 68 その他の輸送の職業 |
| 16 社会福祉の専門的職業 | 38 生活衛生サービスの職業 | 69 定置・建設機械運転の職業 |
| 17 法務の職業 | 39 飲食物調理の職業 | 大分類 J 建設・採掘の職業 |
| 18 経営・金融・保険の専門的 職業 | 40 接客・給仕の職業 | 中分類 |
| 19 教育の職業 | 41 居住施設・ビル等の管理の 職業 | 70 建設躯体工事の職業 |
| 20 宗教家 | 42 その他のサービスの職業 | 71 建設の職業（建設躯体工事 の職業を除く） |
| 21 著述家、記者、編集者 | 大分類 F 保安の職業 | 72 電気工事の職業 |
| 22 美術家、デザイナー、写真 家、映像撮影者 | 中分類 | 73 土木の職業 |
| 23 音楽家、舞台芸術家 | 43 自衛官 | 74 採掘の職業 |
| 24 その他の専門的職業 | 44 司法警察職員 | 大分類 K 運搬・清掃・包装等の 職業 |
| | 45 その他の保安の職業 | 中分類 |
| | 大分類 G 農林漁業の職業 | 75 運搬の職業 |
| | 中分類 | 76 清掃の職業 |
| | 46 農業の職業 | 77 包装の職業 |
| | 47 林業の職業 | 78 その他の運搬・清掃・包装 等の職業 |
| | 48 漁業の職業 | |

6 認定申請書等の記入方法

支給要件確認申立書（様式第 15 号）の記入方法

認定申請に当たっては、認定申請書以外に添付書類が必要となります。

〔提出先〕 事業所を管轄する都道府県支部（以下「支部」といいます。）

〔提出部数〕 3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）

〔提出期限〕 職場支援員の配置または委嘱助成金については P 8 を、職場復帰支援助成金については P14 をご覧ください。

様式第15号

支給要件確認申立書 障害者介助等助成金（職場支援員の配置又は委嘱助成金及び職場復帰支援助成金）

| 事業主記載事項 | |
|--|----------|
| ○ 事業活動等に係る状況(はいはいえのどちらかを○で囲んでください。) (裏面の「記入にあたっての留意点」の内容を了解した上でご回答ください。) | |
| 1 障害者雇用納付金関係助成金(以下「助成金」という。)の不正受給により当該助成金の不支給措置が執られている。 | (はい・いいえ) |
| 2 認定申請を行おうとする日の前日から過去1年間に労働関係法令違反により送検処分を受けた。 | (はい・いいえ) |
| 3 関係法令で社会保険等(厚生年金保険、健康保険、雇用保険等)の加入が義務付けられている事業主等であって、加入していない又は加入していても当該支給対象障害者の社会保険料等を支払っていない。 | (はい・いいえ) |
| 4 助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律(昭和23年法律第122号)第2条第4項に規定する接待飲食等営業、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業を行っている事業主である。 | (はい・いいえ) |
| 5 以下(1)~(8)のいずれかに該当する暴力団関係事業所の事業主である。 (1) 事業主、又は事業主が法人である場合、当該法人の役員又は事業所の業務を統括する者その他これに準ずる者(以下「役員等」という。)のうちに暴力団員に該当する者がいる。 (2) 暴力団員をその業務に従事させ、又は従事させるおそれがある。 (3) 暴力団員がその事業活動を支配している。 (4) 暴力団員が経営に実質的に関与している。 (5) 役員等が自己若しくは第三者の不正の利益を図り又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団の威力又は暴力団員を利用するなどしている。 (6) 役員等が暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。 (7) 役員等又は経営に実質的に関与している者が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している。 (8) (1)から(7)までに該当する事業所であると知りながら、これを不当に利用するなどしている。 | (はい・いいえ) |
| 6 役員等が、破壊活動防止法(昭和27年法律第240号)第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行うおそれのある団体に属している。 | (はい・いいえ) |
| 7 次の(1)から(3)までに掲げる事項について、あらかじめ同意する。 (1) 機構が助成金の支給に係る審査に必要な事項について確認を行う際に協力すること (2) 不正受給を行った場合、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。)が当該事業主名等を公表すること (3) 不正受給等により受給した助成金を返還等すること | (はい・いいえ) |

1から7までの記載事項については、いずれも相違なく、変更が生じた場合は速やかに申し出ます。また、1から7までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を機構が行う場合には協力します。

年 月 日 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

所在地 _____

申請事業主 事業主名 _____
法人番号 _____
代表者の役職及び氏名 _____

申請に係る事業所 所在地 _____
事業所名 _____

連絡先 所属先名称(部)及び氏名 _____ 電話番号 _____

社会保険労務士記入欄 事務所名及び担当社会保険労務士名 _____ 電話番号 _____

認定申請書に記載の申請日と同じ日付を記入してください。

この様式第 15 号は、障害者雇用納付金関係助成金(以下「助成金」といいます。)の認定申請の際、ご提出ください。同時に複数の助成金の申請をする場合は、認定申請書ごとにこの様式の提出が必要です。

「不正受給」とは、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、または受けようとするをいいます。不正受給を行った事業主は、助成金の5年間不支給措置を講じるほか、機構のホームページに事業主名等を公表します。また、不正受給により、助成金を受給している場合には、当該不正受給に該当する助成金の返還に加え、延滞金を納付していただきます。不正受給により生じた助成金の返還の履行が終了していない事業主は、助成金の支給を受けることができません。

この様式の1~6で「はい」に○を付けた場合は、助成金の支給を受けることができません。また7で「いいえ」に○を付けた場合も、助成金の支給を受けることはできません。この様式の提出後に1~6で「はい」に該当することとなった場合についても、助成金の支給を受けることができませんのでこの様式の内容に変更が生じた場合は、変更が生じた日から1か月以内に機構へ申し出てください。なお、申し出なかった場合には、不正受給となることがあります。

「申請に係る事業所」欄には、支給対象障害者が実際に勤務する事業所について記入してください。

6-1 認定申請書（職場支援員）の記入方法

認定申請書（様式第1号）の記入方法

（様式第1号）

障害者介助等助成金（職場支援員の配置又は委嘱助成金） 職場定着支援計画書兼助成金受給資格認定申請書

次のとおり助成金の受給資格の認定を受けたいので申請します。

申請年月日 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

| | |
|---------------|---------------|
| 受理年月日(障害者助成部) | 受理年月日(都道府県支部) |
| | |

| 【事業所情報欄】 | |
|--|--|
| (事業所コード) | |
| ①申請事業主 | 所在地 (〒) |
| | (フリガナ) 申請事業主名 |
| | (フリガナ) 代表者の役職及び氏名 |
| ②申請に係る事業所 | 所在地 (〒) |
| | (フリガナ) 事業所名 |
| ③連絡先及び助成金受給資格認定通知書の送付先 | 所属先名称(部署等) 担当者氏名 |
| | 電話番号 () - 送付先 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所 |
| ④企業規模 | 企業全体で常時雇用する労働者の数 人 資本金の額もしくは出資の総額 万円 |
| | <input type="checkbox"/> 中小企業 主たる産業分類 |
| | <input type="checkbox"/> 大企業 産業分類番号 |
| ⑤雇用保険適用事業所番号 | |
| ⑥障害者総合支援法に基づく、就労継続支援事業(A型)を行う事業所の該当の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | ⑦ 賃金締切日 |
| | 賃金支払日 (諸手当の支払日) () |

(代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者欄)

| | |
|-----------|-------|
| ⑧代理人氏名 | |
| ⑨社会保険労務士名 | |
| ⑩住所 | (〒) |
| ⑪電話番号 | () - |

支給対象障害者の賃金締切日および賃金支払日を記入してください。支給対象障害者ごとに異なる場合は様式第3号-2の該当欄に記入してください。

| | | |
|-------------------|----------------|--------------|
| 機構処理欄 ※記入不要です。 | 審査結果： 認定 ・ 不認定 | 認定年月日： 年 月 日 |
| | 認定番号： | |

職場支援員詳細（様式第3号-1）の記入方法

様式第3号-1（第1面）

職場支援員 詳細

配置の場合は職場支援員として任命された日、委嘱契約の場合は職場支援員が最初に面談を実施した日、業務委託契約の場合は契約期間の開始日を記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|---|---------------|---|---------------------|---|------|---|---|---|-------|--|
| 1 職場定着支援計画期間 | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | まで | |
| 2 職場支援員の配置又は委嘱の具体的な措置の内容 | | 職場支援員を配置または委嘱した経緯および職場定着支援計画の具体的な内容を記入してください。 | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | |
| 3 職場支援員氏名 | | 5 配置・委嘱方法 (該当する配置・委嘱方法にチェックを入れてください) | | <input type="checkbox"/> 雇用契約(配置) <input type="checkbox"/> 業務委託契約(委嘱) <input type="checkbox"/> 委嘱契約(委嘱) | | | | | | |
| 4 職場支援員の生年月日 | | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 6 | 雇用契約の場合(配置) | 職場支援員の雇用保険被保険者番号 | 職場支援員の週所定労働時間数 | | 時間/週 | | | | | |
| | | 支給対象障害者に対して支援を実施する期間について、継続して雇用される見込みの有無 | | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し | | | | | | |
| | 業務委託の場合(委嘱)契約 | 本助成金、企業在籍型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(職場支援員の配置の措置)、障害者職場適応援助コース(企業在籍型職場適応援助者による支援))の支給対象として現在支援している障害者 | 氏名 | 雇用保険被保険者番号 | | | | | | |
| | | 業務委託先法人 委嘱者の所属する法人(個人の場合その住所等) | 住所 名称 (代表者)氏名 | 電話番号 | | | | | | |
| 契約期間(委嘱の場合は最初の支援の日を記入してください) | | 年 | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 | 契約額 円 | |
| 7 職場支援員の該当資格等(該当するものに☑を付し、必要事項を記入してください。) | | i) 次の資格等を所持(該当する資格に○を付してください。) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセラー、(独)高齢障害求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修(訪問型・1号)修了者、同(企業在籍型・2号)修了者 ii) 特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績 <input type="checkbox"/> 事業所名: 連絡先: 年 月 日 期 間: ～ 年 月 日 iii) 障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績 <input type="checkbox"/> 事業所名: 連絡先: 年 月 日 期 間: ～ 年 月 日 iv) 障害者職業生活相談員 (資格取得年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 事業所名: 連絡先: 年 月 日 期 間: ～ 年 月 日 v) 法定配置規定内の産業医以外の医師 <input type="checkbox"/> 支援員は労働安全衛生法第13条に基づく産業医以外の者であるか。 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない | | | | | | | | |
| 8 職場支援員が現に右記の助成金の支給対象障害者として支援を受けているか | | <input type="checkbox"/> 支援を受けている ↓ <input type="checkbox"/> 支援を受けていない <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(本助成金を含む) <input type="checkbox"/> 職場適応援助者助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置の措置)) <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 健康相談医師の委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 職業コンサルタントの配置又は委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 在宅勤務コーディネーターの配置又は委嘱助成金 | | | | | | | | |
| 9 職場支援員としての実務経験がある場合、当該期間中に右記の助成金の支給対象障害者として支援を受けていたか | | <input type="checkbox"/> 支援を受けている ↓ <input type="checkbox"/> 支援を受けていない <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金(本助成金を含む) <input type="checkbox"/> 職場適応援助者助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場適応援助コース) <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 職場支援従事者配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース(職場支援員の配置に係る措置に限る)) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 重度中途障害者等職場適応助成金 <input type="checkbox"/> 健康相談医師の委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 職業コンサルタントの配置又は委嘱助成金 <input type="checkbox"/> 在宅勤務コーディネーターの配置又は委嘱助成金 | | | | | | | | |
| 10 国等の委託事業費から職場支援員の人件費が支払われているか | | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | | | | | | | | |
| 11 国等の機関からの補助金等(助成金を含む)から職場支援員の人件費全部が支払われているか | | <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない | | | | | | | | |

職場支援員が以下9の支援を受けていた期間は右の実績期間に含めることができます。

助成金申請に係る支給対象障害者【添付枚数 全 枚中 枚目】

- 職場定着支援計画書兼助成金受給資格認定申請書により申請する支給対象障害者について記入してください。表内の□は、該当するものにレ点を入れてください。

職場支援員を配置する事由が「雇入れ」である場合、「事由の起算日」欄には「雇入れ日」を記入してください。

| | | | | |
|-----------------------|---|--|--|-----------------|
| 識別番号 | フリガナ氏名 | 障害の種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病等 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 | 障害の程度 年 月 日 | 雇用保険被保険者番号 |
| 業務内容 | 職場支援員を配置又は委嘱する事由 <input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 勤務時間延長 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 業務内容変更 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 | 在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 | 障害の程度 年 月 日 | 事由の起算日 年 月 日 |
| 就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | 労働者区分(注) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | 在籍出向(出向元企業名) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | |

本部記入欄：支給対象期間 年 月 日 ～ 年 月 日

| | | | | |
|-----------------------|---|--|--|-----------------|
| 識別番号 | フリガナ氏名 | 障害の種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病等 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 | 障害の程度 年 月 日 | 雇用保険被保険者番号 |
| 業務内容 | 職場支援員を配置又は委嘱する事由 <input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 勤務時間延長 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 業務内容変更 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 | 在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 | 障害の程度 年 月 日 | 事由の起算日 年 月 日 |
| 就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | 労働者区分(注) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | 在籍出向(出向元企業名) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | |

本部記入欄：支給対象期間 年 月 日 ～ 年 月 日

| | | | | |
|-----------------------|---|--|--|-----------------|
| 識別番号 | フリガナ氏名 | 障害の種類 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病等 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 | 障害の程度 年 月 日 | 雇用保険被保険者番号 |
| 業務内容 | 職場支援員を配置又は委嘱する事由 <input type="checkbox"/> 雇入れ <input type="checkbox"/> 勤務時間延長 <input type="checkbox"/> 配置転換 <input type="checkbox"/> 業務内容変更 <input type="checkbox"/> 職場復帰 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助者助成金の支援の終了 | 在宅勤務区分 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短時間 | 障害の程度 年 月 日 | 事由の起算日 年 月 日 |
| 就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | 労働者区分(注) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | 在籍出向(出向元企業名) <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | |

本部記入欄：支給対象期間 年 月 日 ～ 年 月 日

(注) 「一般」・・・1週間の所定労働時間が30時間以上の者
「短時間」・・・1週間の所定労働時間が20時間(精神障害者の場合は1.5時間)以上30時間未満の者

6-2 認定申請書等（職場復帰支援）の記入方法

認定申請書（様式第2号）の記入方法

(様式第2号)

**障害者介助等助成金（職場復帰支援助成金）
職場定着支援計画書兼助成金受給資格認定申請書**

次のとおり助成金の受給資格の認定を受けたいので申請します。

| | | |
|-------------|---------------|---------------|
| 申請年月日 年 月 日 | 受理年月日（障害者助成部） | 受理年月日（都道府県支部） |
| | | |

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

【事業所情報欄】

(事業所コード)

| | | | |
|--|---|-----------------|--|
| ①申請事業主 | 所在地 (〒) | | |
| | (フリガナ) 申請事業主名 | | |
| | (フリガナ) 代表者の役職及び氏名 | | |
| ②申請に係る事業所 | 所在地 (〒) | | |
| | (フリガナ) 事業所名 | | |
| ③連絡先及び助成金受給資格認定通知書の送付先 | 所属先名称 (部署等) | 担当者氏名 | |
| | 電話番号 () - | 送付先 | <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所 |
| ④企業規模 | 企業全体で常時雇用する労働者の数 | 人 | 資本金の額もしくは出資の総額 万円 |
| | <input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業 | 主たる産業分類 | |
| | | 産業分類番号 | |
| ⑤雇用保険適用事業所番号 | | | |
| ⑥障害者総合支援法に基づく、就労継続支援事業（A型）を行う事業所の該当の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | ⑦ 賃金締切日 | |
| | | 賃金支払日 (諸手当の支払日) | () |

(代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者欄)

| | | | |
|-----------|-------|--|--|
| ⑧代理人氏名 | | | |
| ⑨社会保険労務士名 | | | |
| ⑩住所 | (〒) | | |
| | | | |
| ⑪電話番号 | () - | | |

支給対象障害者の賃金締切日および賃金支払日を記入してください。

| | | |
|-------------------|----------------|--------------|
| 機構処理欄 ※記入不要です。 | 審査結果： 認定 ・ 不認定 | 認定年月日： 年 月 日 |
| | 認定番号： | |

職場定着支援計画書（様式第2号（計画））の記入方法

（様式第2号（計画））

【職場定着支援計画】

| | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|-------|---|--|--|
| ① 職場復帰の予定日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| ② 職場定着支援計画期間 | 年 月 日 | ～ | 年 月 日 | | | | | |
| ③ 職場定着支援計画期間中に講じる措置の項目 ※講じる措置の該当する項目を「○」で囲んでください。 | 時間的配慮等 ・ 職務開発等 ※ 上記の職務開発等に伴う講習の実施予定 予定あり（ 年 月頃） / 予定なし | | | | | | | |
| ④ 支給対象障害者の詳細 | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | | 雇用年月日 | | 障害の種類 | | | |
| | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | | |
| | 業務内容 | | | | | | | |
| | 在宅勤務該当 | | 在籍出向(出向元企業名) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 () | | | | | |
| | 雇用保険被保険者番号 | | | | | | | |
| 就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無 | | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 | | | | | | |
| ⑤ ③の措置の概要 | 労働時間の調整を行う場合は、具体的な時間数を記入してください。なお、医師の意見書（様式第8号）に記載のある時間数と整合している場合が対象となります。 ※整合化の対応を行った場合 整合化の対応が完了した日 年 月 日 | | | | | | | |
| ※労働時間の調整、職種転換又は作業工程の変更を行う場合 ⑥ 休職等の前の内容 | 休職等の前の所定労働時間、職種又は作業工程 機構が「整合化の対応依頼」を行った場合のみ、記入してください。 | | | | | | | |
| ⑦ 上記の職場復帰のための措置内容について同意したことを、支給対象障害者本人に確認しましたか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | | | | |

医師の意見書（様式第8号）の記入方法

(様式第8号)

医師の意見書

| | | | | | | |
|---|---|--|--|-----|------|-------|
| 氏名等 | 氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | | | | | |
| 病名等 | 休職等の原因となった 疾病・外傷名 (発生年月日) | | | | | |
| | 上記を原因とする 障害等の種類 (該当するものに○をつけ、カッコ内に 必要な記入をしてください。) | ①視覚障害、②聴覚又は平衡機能の障害、③音声機能・言語機能 又はそしゃく機能の障害、④肢体不自由、⑤内部障害 ⑥統合失調症、⑦そううつ病(そう病、うつ病を含む)、⑧てんかん、 ⑨その他の精神障害()、 ⑩難病等(病名)、⑪高次脳機能障害 | | | | |
| | 上記疾病・外傷の療養のため に休職等が必要な期間 | | | | | |
| 既往障害・既往症 | 既往障害の種類 | | 既往症 | | | |
| | 障害者手帳の有無 | あり(手帳 書き方は、 「〇月〇日～〇月〇日」 のように開始日と終了予定 日を記入してください。 | 級) | なし | | |
| 日常生活能力の程度 (該当するものを選び、 どれか1つを ○で囲んでください。) | (1)社会生活は普通にできる。 (2)家庭内での日常生活は普通。 (3)家庭内での単純な日常生活に支障がある。 (4)身のまわりのことはかろうじてできる。 (5)身のまわりのことは全くできない。 | | | | | |
| 就労に関する事項 | 労働習慣(規則正しい勤務とその継続、危険への対応等)の確立の程度及び今後の見こみ | | | | | |
| | 就労に際しての留意事項 | 作業の内容、環境、時間(作業可能な1日当たりの時間数、1週間当たりの日数)等の制限、配慮事項その他予想される問題点(★) | 時間的配慮等関係において労働時間の調整を行う場合は、医師に具体的な時間数を記入してもらう必要があります。 | | | |
| | | 必要な通院日数 | 1か月当たり | 回程度 | | |
| | | 就労の可能性の有無 | あり | なし | | |
| | 労働能力の程度 | 就労可能な具体的な就労場所・条件等 (①一般企業での通常勤務、②短時間勤務(1日〇時間程度、週〇日程度)、③福祉施設での軽作業等)(★) | | | | |
| ※ 高次脳機能障害の場合の画像診断結果等 | | | | | | |
| その他参考となる意見 (症状をくずす誘因となるもの等) | 職場復帰の日より前に交付されたものに限りです。 | | | | | |

(※) 高次脳機能障害の場合に記入してください。

以上のとおり意見を述べる。

年 月 日

所在地
名称
診療科
医師名

印

7 支給申請書等の記入方法

7-1 支給申請書（職場支援員）の記入方法

支給申請書（様式第4号（第1面））の記入方法

支給申請にあたっては、支給申請書以外に添付書類が必要となります。
 〔提出先〕事業所を管轄する都道府県支部（以下「支部」といいます。）
 〔提出部数〕3部（「機構用」、「支部用」、「事業主用」）
 〔提出期限〕P17をご覧ください。

様式第4号（第1面）

障害者介助等助成金（職場支援員の配置又は委嘱助成金） 支給申請書 第 期分

申請日 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

(千)

「事業所コード」欄には、認定通知書の左上に記載の事業所番号を記入してください。

事業主 所在地
 名称
 氏名
 (千)
 代理人又は事務代理人・提出代行者 所在地
 電話番号
 名称
 氏名

標記について、次のとおり申請します。

事業所コード

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | |
|--|--|--|--|
| ① 助成金受給資格認定通知書の認定番号 | 認定通知書に記載された認定番号を記入してください。 | | |
| ② 事業所の名称 | | | |
| ③ 事業所の所在地・電話番号 | (千 -) | 電話番号 | - - |
| ④ 申請に関する連絡先及び助成金支給決定通知書の送付先 | 所属 氏名 | 電話番号 | - - 送付先 <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所 |
| ⑤ 雇用保険適用事業所番号 | | | |
| ⑥ 助成金振込金融機関等 | 金融機関名 | | コード番号 |
| | 支店名 | | コード番号 |
| | 口座種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 口座番号 | | |
| | (フリガナ) 口座名義 | | |
| ⑦ 支給申請に係る措置に要する費用に対する国、地方公共団体、独立行政法人又は地方独立行政法人の補助金等の有無 | <input type="checkbox"/> 有 (名称:) <input type="checkbox"/> 無 | | |
| ⑧ 第2面の「申請にあたっての留意点1」への該当の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | ※該当有の場合、不支給となる場合があります。 | |
| ⑨ 支給申請額 | 円 | ※様式第4号-2の合計額 | |

※機構処理欄には記入しないでください。

| | | | | |
|-------|---------------|---------------|--------------|----------|
| 機構処理欄 | 受理年月日（障害者助成部） | 受理年月日（都道府県支部） | 支給（不支給）決定年月日 | 年 月 日 |
| | | | 審査結果 | 支給 ・ 不支給 |
| | | | 支給決定額 | 円 |
| | | | 支給決定番号 | 第 号 |

支給申請書（様式第4号-1）（第1面）の記入方法

様式第4号-1（第1面）

4-1 職場支援員の配置又は委嘱 内訳

| | | | | |
|---------|--|--|--------------|---|
| 支給対象障害者 | 番号 | フリガナ | 雇用保険被保険者番号 | |
| | | 氏名 | | |
| | 障害の種類 | <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神（精神障害者保健福祉手帳の有効期限 年 月 日） <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病等患者 <input type="checkbox"/> 高次脳機能 | | |
| | 支給対象期内の支援方法の変更の有無 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし | 支給対象期内の賃金未払い | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし |
| | 週所定労働時間 | 時間 / 週 | 短時間労働該当 | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし |
| | 継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。 | あり ・ なし | | |
| | 支給対象期内の支給対象障害者の在職状況 | <input type="checkbox"/> 在職 ・ <input type="checkbox"/> 離職（離職日 年 月 日） 理由 | | |
| | 支給対象期内の1か月を超える長期休職の有無 | <input type="checkbox"/> あり（期間： 月 日～ 月 日） ・ <input type="checkbox"/> なし 理由 | | |
| | 支援策の種類 | <input type="checkbox"/> 雇用している支援員による支援 ・ <input type="checkbox"/> 委嘱（業務委託） | | |
| | 職場支援員 | 氏名 | | |
| | | 所属法人等 | | |
| | 支給対象期 | 第 期（ 年 月 日～ 年 月 日） | | |
| 本人確認欄 | 別紙のとおり、支援員による支援を受けたこと及び支給対象障害者に係る賃金台帳等の添付書類について間違いがないことを支給対象障害者本人に確認しましたか。 年 月 日 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | |

申請日の前日の日付を記入してください。

本人確認欄は、記載されている確認事項について相違がないか、支給対象障害者に確認のうえチェックしてください。

支給申請書（様式第4号-2）（第1面）の記入方法

提出にあたっては、支給申請書と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

様式第4号-2（第1面）

4-2 支援状況及び支

「支給対象障害者」欄には様式4号-1の番号を記入し、対応した支援策の種類（雇用・業務委託・委嘱）に応じた欄に必要な事項を記入してください。

「対象月数」欄の「月数」には、「支援提供期間」の開始日から次の月の応当日の前日までを1月とし、以後同様に各月の応答日からその次の月の応当日の前日までを1月として区切った各月について、支給対象障害者の出勤割合（所定労働日数に占める出勤日数の割合）が6割に満たない月および支給対象障害者が育児休業・介護休業・労災にかかる休業により1日も出勤していない月を除いた月数を記入してください。

「対象月数」欄の「月数」には、「支給対象期」の開始日から次の月の応当日の前日までを1月とし、以後同様に各月の応答日からその次の月の応当日の前日までを1月として区切った各月から、支援をまったく受けなかった月および支給対象障害者が育児休業・介護休業・労災にかかる休業により1日も出勤していない月を除いた月の数を記入してください。

支援実施日数は訪問による面談を行った日とし、同一日に支給対象障害者とそれ以外の従業員等の支援や相談等を実施した場合は含まないものですので、記入しないでください。

助成金の支給対象となる委嘱契約は有償の契約に限ります。

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--|----------|
| 支給対象障害者 | 職場支援員氏名 | | |
| | 支給対象期の職場支援員の支援状況 | <input type="checkbox"/> 支給対象期支援実施 ・ <input type="checkbox"/> 離職又は退職（支援を提供しない） 理由 | |
| | 支援状況 | | |
| | 対象月数 | 支給対象期 月数 月数 (端数分) (日) (日) | か月 か月 |
| 助成額 | | | |
| 業務委託した職場支援員 | 業務委託法人名称 | | |
| | 職場支援員氏名 | | |
| | 支援状況 | (支給対象期の訪問による面談日と支援内容) | |
| | 対象月数 | (注 訪問日において、支給対象障害者) 支給対象期 月数 月数 (端数分) (日) (日) | か月 か月 |
| ③ 支援実施日数 ×10,000円 (1月あたり4日以上限) | | 円 | |
| 委嘱した職場支援員 | 職場支援員氏名 | | |
| | 支援状況 | (支給対象期の訪問による面談日と支援内容) | |
| | 対象月数 | (注 訪問日において、支給対象障害者) 支給対象期 月数 月数 (端数分) (日) (日) | か月 か月 |
| | ③ 支援実施日数 ×10,000円 (1月あたり4日以上限) | | 円 |

端数計算を行う場合、小数点以下は切り捨てとなります。

状況及び支給申請額 詳細

| | | | | | |
|--|-------------------|---------------|-----|---|---|
| | | 支給対象期間中の賃金未払い | | <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし | |
| <input type="checkbox"/> 離職又は異動等途中中断 援を提供しなくなった日 年 月 日) 理由) | | | | | |
| 支給対象期に支援を行った日付とその支援内容を具体的に記入してください。 | | | | | |
| 年月日 | ～ | 年月日 | | | |
| か月 | 金額 | 円 × | か月 | = | 円 |
| か月 | | 円 × | (日) | = | 円 |
| | | a. | | 円 | |
| 契約期間 | | 年月日 ~ 年月日 | | | |
| 業務委託契約額 | | | | 円 | |
| ① 今期分のうち支払済み額 | | | | 円 | |
| 日付ごとに支援内容を具体的に記入してください。 | | | | | |
| 月1回以上の訪問面談の実施の有無(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) (対象障害者以外の従業員等の支援や相談等を実施した場合は除いてください。) | | | | | |
| 年月日 | ～ | 年月日 | | | |
| か月 | ② | 40,000円 × | か月 | = | 円 |
| か月 | 上限月額 × 対象月数 | 40,000円 × | (日) | = | 円 |
| 円 | 助成額 (①②③のいずれか低い額) | | b. | | 円 |
| ① 支給対象期支払額 | | | | 円 | |
| 日付ごとに支援内容を具体的に記入してください。 | | | | | |
| 月1回以上の訪問面談の実施の有無(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) (対象障害者以外の従業員等の支援や相談等を実施した場合は除いてください。) | | | | | |
| 年月日 | ～ | 年月日 | | | |
| か月 | ② | 40,000円 × | か月 | = | 円 |
| か月 | 上限月額 × 対象月数 | 40,000円 × | (日) | = | 円 |
| 円 | 助成額 (①②③のいずれか低い額) | | c. | | 円 |

「支給対象期」欄には、支給対象期間と同じ期間を記入してください。

「金額」欄には、申請事業主が中小企業事業主であるか否かおよび支給対象障害者が短時間労働者であるか否かにより下記の表から該当する額を選んで、記入してください。月数、日数(分数)については、「対象月数」欄の数字を記入してください。

| | 中小企業事業主 以外の事業主 | 中小企業事業主 |
|------------|-------------------|---------|
| 短時間労働者以外の者 | 3万円/月 | 4万円/月 |
| 短時間労働者 | 1万5千円/月 | 2万円/月 |

「助成額」欄には、「金額」欄の上段と下段の合計を記入してください。

「業務委託契約額」欄には契約書に記載された契約額を、「今期分のうち支払済み額」欄には、今期分について支払った額を記入してください。支払いを分割で一部、契約当初に前払いしている場合は、当該前払い分を記入することができます。なお、助成金の支給対象となる業務委託契約は有償の契約に限ります。

「助成額」欄における②の額は、②欄の上段と下段の合計額です。

支給申請書（様式第4号-3、様式第5号-3）（第1面）の記入方法

支給対象障害者の出勤状況

様式第4号-3・様式第5号-3

助成金の種類
(該当する助成金の口欄にレ点を入れてください。)

職場支援員の配置又は委嘱助成金 職場復帰支援助成金

助成金の認定時に付与された認定番号を記入してください。

「出勤割合」は「所定労働日数」に占める「出勤日数」と「有給休暇等日数」の合計日数の割合により算出いたします。ただし、出勤日数が0日の場合の出勤割合は6割を満たさないものとして取扱います。

支給対象障害者の出勤状況申告欄

| フリガナ | 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | | | |
|-------|-------|---------|------|--------|------|--------|-------|---------|------|--------|------|--------|--|--|--|
| | 退職理由 | 有給休暇等日数 | 出勤日数 | 所定労働日数 | 欠勤日数 | 短時間等切替 | 退職理由 | 有給休暇等日数 | 出勤日数 | 所定労働日数 | 欠勤日数 | 短時間等切替 | | | |
| 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退職年月日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請年 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

「所定労働日数」欄には、所定労働日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記入してください。

「出勤日数」欄には、所定労働日に対して実際に出勤した日数を記入してください。

「退職理由」および「退職年月日」欄は、対象障害者が退職した場合に記載します。「退職年月日」欄は、添付する「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」の記載事項を記入してください。

全休した月以外を支給対象月として取り扱います。

記入上の注意

- 添付上の注意事項
 - 本様式は、職場支援員の配置又は委嘱助成金及び職場復帰支援助成金について支給申請時に添付して提出していただく書類です。
 - 本様式は、同助成金の支給申請に係る支給対象期について、支給対象障害者の出勤状況について申告するものです。
- 認定番号の欄について

助成金の認定時に付与された認定番号を記入してください。
- 支給対象障害者の出勤状況申告欄について
 - 「退職理由」及び「退職年月日」欄は、支給対象障害者が退職した場合に記入します。退職理由の番号及び退職年月日は、添付される「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」の記載事項に合致します。
 - 「申請年月」欄の年、月の欄には、支給対象期の年、月を記入します。
 - 所定労働日数等は整数で記入してください。申請年月に対応する賃金締切単位の初日から前日までの所定労働日数や出勤日数等を記入してください。
- 「所定労働日数」欄には、公休日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記入してください。
- 「出勤日数」欄には、①の所定労働日に対して出勤した日数を記入してください。
 - 具体的には、原則として、次の日の合計日数となります。
 - 受給資格認定を受けた事業所で所定労働時間の半分以上就労した日
 - 出張した日（研修日を含む）
 - 休日に出勤した日
- 「有給休暇等日数」欄には、次の日数の合計日数を記入してください。
 - 人工透析のために勤務しない日及び精神障害者等には主治医が指定する日に通院したことにより出勤していない日
 - 労働基準法第39条に基づく年次有給休暇、同法第65条に定める産前産後の休業を請求したことにより出勤していない日
 - 業務上の負傷又は業務上の疾病にかかり療養のために出勤していない日
 - 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律に定める休業により出勤していない日
 - 慶弔による休暇、夏季休暇といった特別休暇等、退職等であって、就業規則又は雇用契約書等に記載する休暇等により出勤していない日
 - 「欠勤日の日数」欄には、公休日を除き、③以外の理由により休んだ日数を記入して下さい。
- なお、生産調整等、全都合の事由により休んだ日は、就業規則の定めに関わらず、欠勤日として取扱います。
- 「短時間切替」欄には、短時間労働者を一般（フルタイム）労働者へ変更する場合は「A」を、一般労働者を短時間労働者へ変更する場合は「B」を記入してください。

7-2 支給申請書等（職場復帰支援）の記入方法

支給申請書（様式第5号（第1面））の記入方法

様式第5号（第1面）

障害者介助等助成金（職場復帰支援助成金）

支給申請書 第 期分

申請日 年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿 (〒)

事業主 所在地

名称

氏名

(〒)

所在地

電話番号

名称

氏名

認定通知書に記載された認定番号を記入してください。

「事業所コード」欄には、認定通知書の左上に記載の事業所番号を記入してください。

標記について、次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所コード | | | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

代理人又は事務代理人・提出代行者

| | | | | | |
|--|--|---|------------------------|-------|---|
| ① 助成金受給資格認定通知書の認定番号及び支給対象期 | 第 号 | | 第 期 | | 年 月 日～ 年 月 日 |
| ② 事業所の名称 | | | | | |
| ③ 事業所の所在地・電話番号 | (〒) | | 電話番号 - - | | |
| ④ 申請に関する連絡先及び助成金支給決定通知書の送付先 | 所 属 | | | 電話番号 | - - |
| | 氏 名 | | | 送 付 先 | <input type="checkbox"/> 事業主 <input type="checkbox"/> 事業所 |
| ⑤ 雇用保険適用事業所番号 | | | | | |
| ⑥ 助成金振込金融機関等 | 金融機関名 | | | | コード番号 |
| | 支店名 | | | | コード番号 |
| | 口座種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 口座番号 | | | | |
| | (フリガナ) | | | | |
| ⑦ 支給申請に係る措置に要する費用に対する国、地方公共団体、独立行政法人又は地方独立行政法人の補助金等の有無 | <input type="checkbox"/> 有 (名称:) ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| ⑧ 第2面の「申請にあたっての留意点1」への該当の有無 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | ※該当有の場合、不支給となる場合があります。 | | |

※機構処理欄には記入しないでください。

| | | | | |
|-------|---------------|---------------|--------------|----------|
| 機構処理欄 | 受理年月日（障害者助成部） | 受理年月日（都道府県支部） | 支給（不支給）決定年月日 | 年 月 日 |
| | | | 審査結果 | 支給 ・ 不支給 |
| | | | 支給決定額 | 円 |
| | | | 支給決定番号 | 第 号 |

支給申請書（様式第5号-1）（第1面）の記入方法

提出にあたっては、支給申請書と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

様式第5号-1（第1面）

5-1 職場復帰

医師の意見書の「上記疾病・外傷の療養のために休職等が必要な期間」欄に記載された期間を記入してください。

休職等の前および措置実施後の、
・勤務時間
・通勤時間および勤務地
・勤務地
のいずれかを記入してください。

通勤時間の短縮等のための勤務地変更を行う場合は、通勤時間の短縮であることを明確に記入してください。

支給対象障害者が単身で居住している場合に、親族等と同居できるようにするために勤務地を変更する場合は、支給対象障害者が現在独居であるかどうか、勤務地変更後に親族等と同居する予定であるかどうかおよび同居する予定の親族の住所（市町村名まで）がわかるように記入してください。

「職業分類番号」には、職業安定法第15条の規定に基づき職業安定主管局長が作成する職業分類表（25ページ参照）の中分類を記入してください。この中分類が異なる職種への転換が、本助成金上の職種転換と認められます。

援助を行った外部専門家について記入してください。

「支給対象期間」の開始日から次の月の応当日の前日までを1月とし、以後同様に各月の応答日からその次の月の応当日の前日までを1月として区切った各月について、支給対象障害者の出勤割合が6割に満たない月および出勤日数が0日の月を除いた月数を記入してください。

| | | | |
|--|-------------|---|---------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | |
| 支給対象障害者氏名 | | | |
| 職場復帰の日 | 年 月 日 | 雇用期間 | |
| 療養を要した期間 | 年 月 日 | 休職等 | |
| 中途障害の原因と発生日 | | 新規 (新規の場合発生日) | |
| 65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上雇用する見込みの有無 | | | |
| <input type="checkbox"/> 労働時間 従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等 | | 措置内 (変更) 変更 内容変更 | |
| <input type="checkbox"/> 時間的配慮 措置の開始日 | | 年 月 日 | 措置内 (変更) 変更 内容変更 |
| <input type="checkbox"/> 理由 (途中変更有りの場合はその理由も記入してください。) | | | |
| <input type="checkbox"/> 休暇の付与 ための通常の有給休暇 外の有給休暇の付与 | | 実施あり ・ 実施なし | (内容) { |
| <input type="checkbox"/> 行った措置にチェック 措置の開始日 | | 年 月 日 | 措置内 (変更) 変更 内容変更 |
| <input type="checkbox"/> 職務開発等 従前の職務内容 (変更が有る場合のみ) 従前の所属・部署 | | (職業分類番号) | |
| 理由 | | | |
| 措置の開始日 | | 年 月 日 | 措置内 (変更) 変更 |
| 見直しを支援した支援者 | | 氏名 | |
| | | 資格 | |
| 本人確認欄 | | 上記の職場復帰のための措置の内容(変更を含む)に間違いがないことを支給対象障害者本人に用、その他の一切の費用について本人負担がないこと | |
| | | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> |
| 対象月数 | 月数 | か月 | 金額 |
| | 月数 (端数分) | (日) | |
| 支給対象期 | | 第1期 ・ 第2期 | |

復帰支援 内訳

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| 年齢 | 雇用保険 被保険者番号 | |
| 年齢 | あり・なし 〔契約期間 ~ 〕 | |
| 期間の定め | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |
| 職等の期間 | あり・なし ありの場合期間 (~) | |
| 新規・進行 | 申請した障害による本措置に係る 他の助成金の受給実績の有無 | |
| あり・なし | | |
| 勤務時間の調整 | 変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等 | |
| 措置内容の途中変更の有無 変更には終了も含みます) | あり・なし | |
| 変更した措置の開始日 | 年 月 日 | |
| 内容変更に係る医師の許可 | あり・なし | |
| 給付の付与 | 年間計 日まで | |
| 措置内容の途中変更の有無 変更には終了も含みます) | あり・なし | |
| 変更した措置の開始日 | 年 月 日 | |
| 内容変更に係る医師の許可 | あり・なし | |
| 職等の変更、職種転換 | 変更後の職務内容 (職業分類番号) | |
| | 変更後の所属・部署 | |
| 措置内容の途中変更の有無 変更には終了も含みます) | あり・なし | |
| 変更した措置の開始日 | 年 月 日 | |
| 所属組織名 | | |
| 連絡先 | | |
| (を含む)が現に実施されたこと及び支給対象障害者に係る賃金台帳等の添付書 人に確認しましたか。あわせて、本助成金の支給申請に要する診断書に係る費 用がなかったことを支給対象障害者本人に確認しましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | |

出勤簿により確認できる、実際の連続した休職等の期間を記入してください。

新規に中途障害となった場合は「新規」に○を付し、原因と発生日（事故等は発生日、疾患の場合は最初の診断日）を記入してください。既往の障害の進行等を原因とする場合には「進行」に○を付してください。

通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与を行う場合には、実施ありに○を付し、年間何回まで認められるか記入してください。

「通常の有給休暇以外の有給」とは、就業規則等に定める当該事業主に雇用される労働者に適用される有給休暇以外の特別の有給休暇をいいます。病気休暇、特別休暇等名称は問わず、支給対象障害者との雇用契約に個別に定める休暇も含まれます。

休職等の前および措置実施後の職務の内容を記入してください。

本人確認欄は、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、支給対象障害者に確認のうえチェックしてください。

最後に1月に満たない端数がある場合は、当該1月に満たない期間については、「月数（端数分）」欄の分子に当該端数となった日数を、分母に1月に満たない期間の開始日からその次の月の開始日迄当日の前日までの日数を記入してください。

| | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> 中小企業 6万円 <input type="checkbox"/> 大企業 4.5万円 | 円× 月 日 / 月 日 = 円 |
| 支給申請額 | 円 |

支給申請書（様式第5号-2）（第1面）の記入方法

提出にあたっては、支給申請書と同様に、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

様式第5号-2（第1面）

5-2 職場復帰支援(職務開発等関

実施した講習の名称を記入してください。
(例：●●に関する講習)

講習を実施した会場の名称を記入してください。

2人以上の講師による場合は、該当する講師全員の氏名を記入してください。

内容に連続性のある講習で、複数日にわたって開催する講習の場合、全ての回に参加した場合のみ記入してください。

講習を複数回実施している場合には、回毎に様式を分けて記入してください。

| (1) 申請事業所において実施する講習 | |
|---------------------|--|
| ①講習名 | |
| ②講習実施日 | 年 月 日 |
| ③講習場所 | |
| ④講師名 | |
| ⑤講師の略歴 | ※所属・実務経験年数を記入してください。 |
| ⑥支給対象障害者氏名 | |
| ⑦講習費用 | |
| ア 講師謝金 | 円 |
| ウ 会場費用 | 円 |
| オ その他 | 円 |
| (2) 外部機関が実施する講習 | |
| ①講習名 | |
| ②実施機関名 | |
| ③講習実施日 | 年 月 日 |
| ④講習場所 | |
| ⑤講師名 | |
| ⑥講師の略歴 | ※所属・実務経験年数を記入してください。 |
| ⑦支給対象障害者氏名 | |
| ⑧講習費用 | 円 × 円 [受講料1人当たり] [支給対象者数] |
| (3) 賃金相当額 | |
| ① 人 | × |
| [(1)⑥と(2)⑦の合計] | ② 時間 |
| | [(1)②と(2)③の合計] |
| (4) 支給申請額 | |
| ① 基礎額 (a+b+c) | ② 企業規模 |
| d 円 | <input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> |
| (表) | |
| | 支給額 |
| | 中小企業 |
| 5万円 ≤ d < 10万円 | 3万円 |
| 10万円 ≤ d < 20万円 | 6万円 |
| 20万円 ≤ d | 12万円 |

(関係等)に伴い実施する講習 内訳

| | | | |
|------------------------------|--------|-------------------|------------|
| (計) | | 時間 | |
| | | | |
| 円 | イ | 講師旅費 | 円 |
| 円 | エ | 教材費・資料代 | 円 |
| 円 | ア～オの合計 | | a 円 |
| (計) | | 時間 | |
| | | | |
| 人 | = | b 円 | |
| <small>支給対象障害者数</small> | | | |
| 時間 | × | 800円 = c 円 | |
| <small>の合計</small> | | | |
| <input type="checkbox"/> 大企業 | | ③主たる事業 | |
| 支給額 | | ④ 支給申請額 | |
| 大企業 | | | |
| 2万円 | | | |
| 4万5千円 | | | |
| 9万円 | | 円 | |

講習を実施した日を記入してください。対象者が同一であり、内容に連続性のある講習で、複数日にわたって開催する講習の場合、当該欄の余白部分に実施日を記入してください。また、講習の総時間数を記入してください。

講師をした者の当該講習の内容に直接関連する職種に係る経験年数が分かる略歴を記入ください。

講習に参加するための支給対象障害者の旅費については、支給対象となりません。また、当該事業所において雇用されている者を講師とした場合、講師謝金および講師旅費については、支給対象となりません。

講習を実施した機関の名称を記入してください。

外部機関が実施する講習の受講料について、対象者1人当たりの金額を記入し、対象者の人数を乗じて、要した講習費用を記入してください。
※講習に参加するための対象者の旅費については、支給対象となりません。

支給申請書（様式第4号-3、様式第5号-3）（第1面）の記入方法

支給対象障害者の出勤状況

様式第4号-3・様式第5号-3

助成金の種類
(該当する助成金の口欄にレ点を入れてください。)

- 職場支援員の配置又は委嘱助成金 職場復帰支援助成金

助成金の認定時に付与された認定番号を記入してください。

「出勤割合」は「所定労働日数」に占める「出勤日数」と「有給休暇等日数」の合計日数の割合により算出いたします。ただし、出勤日数が0日の場合の出勤割合は6割を満たさないものとして取扱います。

支給対象障害者の出勤状況申告欄

| フリガナ 氏名 | 退職年月日 | | | 退職理由 | | | 年月日 | | | 退職理由 | | | | |
|------------|-------|---|---|---------|------|--------|--------|------|---------|------|--------|---|---|---|
| | 年 | 月 | 日 | 有給休暇等日数 | 欠勤日数 | 短時間等切替 | 所定労働日数 | 出勤日数 | 有給休暇等日数 | 欠勤日数 | 短時間等切替 | 1 | 2 | 3 |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

「退職理由」および「退職年月日」欄は、対象障害者が退職した場合に記載します。「退職年月日」欄は、添付する「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」の記載事項を記入してください。

「出勤日数」欄には、所定労働日数に対して実際に出勤した日数を記入してください。

「所定労働日数」欄には、公休日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記入してください。

全休した月以外を支給対象月として取り扱います。

記入上の注意

- 添付上の注意事項
 - 本様式は、職場支援員の配置又は委嘱助成金及び職場復帰支援助成金について支給申請時に添付していただく書類です。
 - 本様式は、同助成金の支給申請に係る支給対象期について、支給対象障害者の出勤状況について申告するものです。
- 認定番号の欄について
 - 助成金の認定時に付与された認定番号を記入してください。ご不明のときは、管轄する都道府県支部にお問い合わせください。
 - 支給対象障害者の出勤状況申告欄について
 - 「退職理由」及び「退職年月日」欄は、支給対象障害者が退職した場合に記入します。退職理由の番号及び退職年月日は、添付される「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」の記載事項に合致します。
 - 「申請年月」欄の年、月の欄には、支給対象期の年、月を記入します。
 - 所定労働日数等は整数で記入してください。申請年月に対応する賃金締切単位の初日から締日までの所定労働日数や出勤日数を記入してください。
 - 「所定労働日数」欄には、公休日を除き、就業規則や雇用契約書により定められた、当月の労働すべき日数を記入してください。
 - 「出勤日数」欄には、①の所定労働日数に対して出勤した日数を記入してください。
 - 具体的には、原則として、次の日の合計日数となります。
 - 受給資格認定を受けた事業所で所定労働時間の半分以上就労した日出張した日（研修日を含む）
 - 休日に出勤した日
 - 「有給休暇等日数」欄には、次の日数の合計日数を記入してください。
 - 人権侵害のために勤務していない日及び精神障害者にあつては主治医が指定する日に通院したことにより出勤していない日
 - 労働基準法第39条に基づく年次有給休暇、同法第65条に定める産前産後の休業を請求したことにより出勤していない日
 - 業務上の負傷又は業務上の疾病にかかり療養のために出勤していない日
 - 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律に定める休業により出勤していない日
 - 慶弔による休業、夏季休暇といった特別休暇等、休暇等であつて、就業規則又は雇用契約書等に記載する休暇等により出勤していない日
 - 「欠勤日数」欄には、公休日を除き、⑤以外の理由により休んだ日数を記入して下さい。
 - なお、生産調整等、会社都合の事由により休んだ日は、就業規則の定めに関わらず、欠勤日として取扱います。
 - 「短時間切替え」欄には、短時間労働者を一般(フルタイム)労働者へ変更する場合は「A」を、一般労働者を短時間労働者へ変更する場合は「B」を記入してください。

8 留意事項

1 次のいずれかに該当する事業主は、この助成金を受給できません。

- ① 不正受給により、障害者雇用納付金関係助成金制度に基づく助成金（以下「助成金」といいます。）の不支給措置が執られている事業主
- ※ 不正受給とは、偽りその他不正行為により本来受けることのできない助成金を受け、または受けようとするをいいます。
- ② 認定申請の日において、偽りその他不正の行為により助成金の支給を受けたことにより生じた助成金の返還の履行が終了していない事業主
- ③ 厚生年金保険、健康保険、雇用保険等の社会保険について、加入義務の不履行または支給対象障害者に係る社会保険料の未払いがある事業主
- ④ 労働関係法令違反により送検処分を受けた事業主（なお送検処分から1年間は認定申請できません）
- ⑤ 性風俗関連営業、接待を伴う飲食等営業、またはこれらの営業の一部を受託する営業を行う事業主
- ⑥ 暴力団と関わりのある事業主
- ⑦ 破壊活動防止法に規定する暴力主義的破壊活動を行った、または行うおそれがある事業主
- ⑧ 継続性を有する事業活動または法令を遵守した適切な運営がなされていない事業主
- ⑨ 助成金の不正受給を行った場合、機構が当該事業主名等を公表することについて、あらかじめ同意していない事業主
- ⑩ 機構が助成金の支給に係る審査に必要な事項について確認を行う際に協力することにあらかじめ同意していない事業主
- ⑪ 不正受給等により受給した助成金を返還等することにあらかじめ同意していない事業主

2 また、助成金申請にあたっては以下の点にもご注意ください。

- ① 支給申請書などの内容によっては、審査に時間がかかることがあります。あらかじめご了承ください。
- ② 支給要件に照らして申請書や添付書類の内容に疑義がある場合や、審査に協力いただけない場合は、助成金を支給できないことがあります。
- ③ 不正受給を行った事業主は、助成金の返還を求められることがあります。
- ④ 支給対象期の途中または支給対象期に係る支給申請日までの間に、当該支給対象障害者を解雇等事業主都合により離職させた場合（P25 参照）は、当該支給対象期については不支給となります。
- ⑤ 機構に提出した申請書、添付書類の写しなどは、原則として、助成金の支給期間終了後5年が経過するまで保存しなければなりません。
- ⑥ この助成金の支給・不支給決定、支給決定の取消しなどは、行政不服審査法上の不服申立ての対象とはなりません。
- ⑦ この助成金を受給した事業主は国の会計検査の対象となる場合があります。対象となった場合はご協力をお願いします。
- ⑧ 助成金支給前後に、支給内容の確認のために、受給事業主等を訪問調査することがあります。
- ⑨ 助成金の認定申請および支給申請にあたって、ご提出いただきました書類につきましては、返却いたしませんのでご了承ください。

3 個人情報の取扱いについて

- ① 基本的取扱い
助成金の認定申請等に際して提出された個人情報は、当機構が定める「個人情報の取扱いに関する規程」等に従い、当機構が管理します。
- ② 個人情報の利用目的

提出された個人情報、助成金の審査に利用するほか、助成金の活用状況資料および効果的な活用方策に関する検討のために作成する統計資料の基礎データならびに活用事例として利用する場合があります。この場合においては、個別の企業や個人が識別できないように処理した結果のみを利用します。

ただし、助成金の審査において疑義があり、その疑義を明らかにするために必要であると機構が判断した場合、調査の相手方に限り、調査に対し必要な部分の個人情報を示した上で、調査を実施することがあります。

③ 第三者への提供

提出された個人情報は、上記利用目的の達成に必要な場合は、利用目的の達成に必要な事項について厚生労働省に提供することがあります。また、都道府県労働局、地方公共団体、年金事務所、税務署等の公的機関から個人情報に係る照会があった場合で、当機構が協力する必要があると判断した場合には、回答する場合があります。

④ 助成金の支給対象となる障害者であることの確認

助成金の認定申請のために支給対象障害者等の個人情報を取得、利用および機構に提供するにあたっては、個人情報保護の観点から、「個人情報の保護に関する法律」に従うとともに、厚生労働省の策定した「プライバシーに配慮した障害者の把握・確認ガイドラインの概要」（厚生労働省ホームページ参照）に準じて、以下の取扱いをしてください。

イ 助成金の認定申請のために、新たに障害者であること、障害者手帳等の所持、障害の状況等を把握・確認し、その個人情報を機構に提供する場合には、本人に照会するにあたり、助成金の認定申請のために用いる等の利用目的等を明示し、同意を得てください。

ロ 助成金の認定申請以外の目的（障害者雇用状況報告、他の助成金の申請など）で取得した個人情報を、助成金等の認定申請のために機構に提供するにあたっては、助成金の認定申請のために用いる等の利用目的等を明示し、同意を得てください。

ハ イまたはロの同意を得るにあたり明示すべき事項は以下のとおりです。

（イ）助成金の認定申請のために機構に提供するという利用目的

（ロ）（イ）の報告等に必要個人情報の内容

（ハ）助成金の支給申請が複数回にわたる場合は、原則として全ての支給申請において利用するものであること

（ニ）助成金の支給にあたり機構から照会、調査等があった場合は、個人情報を提供する場合があること

（ホ）利用目的の達成に必要な範囲内で、障害等級の変更や精神障害者保健福祉手帳の有効期限等について確認を行う場合があること

（ヘ）障害者手帳等を返却した場合、または障害等級の変更があった場合は、その旨を人事担当者まで申し出てほしいこと

（ト）障害者本人に対する公的支援策や企業による支援策

※（ト）については、あわせて伝えることが望ましいこと。

ニ イまたはロの同意を得るにあたり、照会への回答、障害者手帳等の取得・提出、同意等を強要しないようにしてください。

ホ イおよびロの同意を得るにあたっては、他の目的で個人情報を取得する際に、あわせて同意を得るようなことはしないでください。あくまで、助成金の認定申請時に、別途の手順を踏んで同意を得るようにしてください。

⑤ その他

イ 助成金の支給を既に受けている事業主については、事業所名の変更、代替わり、分社化等に伴い新たな雇用保険適用事業所番号を取得したとしても、当該助成金における新規の申請事業主として取り扱わない場合があります。

ロ 助成金の認定審査においては、認定申請事業主が、資本金、人事、取引等の状況からみて、当該申請にかかる支給対象障害者を以前雇用していた事業主と密接な関係にある他の者に当たると判断した場合は、これを同一事業主としてみなすことがあります。

令和5年4月1日

留意事項 (職場支援員の配置または委嘱助成金および職場復帰支援助成金)

1 共通事項

(1) 支給要件に定める賃金の範囲

ごあんない6ページの4「対象となる事業主」(2)の「支給対象期分の賃金」とは、名称の如何を問わず、労働の対償(対価)として使用者が労働者に支払うすべてのものをいいます。

(2) 支給対象障害者の転勤

職場定着支援計画期間に同一法人内の別事業所に転勤をする場合は、転勤後の事業所で支援を行う旨、職場定着支援計画変更承認申請書(様式第20号)を転勤の前日までに提出してください(その際、職場支援員の配置助成金の場合であって、職場支援員を変更する場合は、支援員詳細(様式第3号-1)およびごあんない21ページの10(職場支援員の配置または委嘱に係る契約の種類に応じた書類)を併せて提出してください)。

なお、事業再編により現在勤務する事業所が別事業所に統合される場合も同様とし、以降の支給申請は転勤(統合)後の事業所から提出してください。

2 職場支援員の配置または委嘱助成金

(1) 事由の起算日

ごあんない6ページの4「対象となる事業主」(1)の事由の起算日のうち、「勤務時間延長」は所定労働時間の延長を、「配置転換」は部・課・係等の組織上の所属の変更を、「業務内容変更」は雇用契約書等により確認できるその従事する職務内容の変更を、「職場復帰」はその障害により、一か月以上の療養および職場適応措置が必要とされた障害者が休職から復職することをいいます。

(2) 支給対象障害者ごとの委嘱契約

委嘱契約により支給対象障害者の就労先である事業所を訪問した際に、他の労働者についても併せて相談するような場合は、支給対象障害者の支援のみを対象とした委嘱契約を結んで経費を負担したものと認められないので、支給対象となりません。

(3) 在宅勤務に係る取扱い

支給対象障害者が在宅勤務を行う方である場合の取扱いは、職場支援員の契約形態ごとに以下のとおりとします。

ア 雇用契約による職場支援員の配置は、支給対象障害者が就労している間、常時見守りつつ支援を行うことを要件とするため、在宅勤務をする支給対象障害者については原則として支給対象外となります。ただし、令和5年5月8日以降は情報通信機器(顔や声、動作がわかるもの)に限り、により定期的に勤務状態を確認(以下「遠隔支援」といいます。)しつつ、必要に応じて支給対象障害者との情報通信機器を介した面談(以下「遠隔面談」といいます。)や就業上の支援ができることが確認できる場合に限り、在宅勤務を行う支給対象障害者を支給対象といたします。なお、認定および支給の審査において支援状況を確認いたします。

イ 委嘱契約による職場支援員の委嘱は、支給対象障害者が雇入れに係る事業所に出勤する日について面談により支援を1月につき1日以上行う契約内容であれば支給対象となります。ただし、

令和5年5月8日以降は支給対象障害者の勤務場所が雇用契約等より自宅のみに定められている場合に限り、支給対象障害者の事業所を訪問しての面談を遠隔面談に代えることができるものとします。なお、認定および支給の審査において遠隔面談の状況を確認いたします。

(4) 就労定着支援との併給

業務委託先の事業所と就労定着支援を行う事業所とが同一の法人で、同時期に同一の対象者に支援を行った場合、支給対象となりません。

3 職場復帰支援助成金

(1) 療養のための休職

療養のための休職の判断に際しては、賃金の有無ではなく、労務の提供の有無により判断します。

このため、医師の判断によって労働者が休職となり、療養のために有給休暇を取得していた場合についても、「1か月以上の休職」期間に含めます。

(2) 勤務時間の変更

勤務時間の短縮を必要と認める医師の意見書等がないにもかかわらず、本人の希望等により時間を短縮する措置、医師が必要とした短縮時間数より少ない時間数の短縮措置、時間外労働をさせないこととする措置および休日出勤させないこととする措置は、対象としないこととしていますが、支給対象障害者が休職以前について、交代制等の勤務時間が不規則な勤務形態で勤務していた場合において、支給対象障害者の同意の下、医師が必要と認める場合に、当該交替制等の勤務を免除することについては、時間的配慮の措置として助成対象となります。

なお、当初に医師の意見書等により必要と認めた勤務時間の短縮を行っていた場合に、その後の状況に鑑みて、医師が新たに意見書等を交付し、短縮すべき時間数を削減した場合は、これにしたがって措置を変更しても、本人確認欄に記載があること等の他の要件を満たせば、助成金の支給対象となります。

(3) 通勤時間の短縮のための勤務地の変更

医師の意見書等との関係に係る取扱いは、(2)に同じです。

通勤時間の短縮については、実際の通勤時間の申告により短くなっていることを確認します。

なお、支給対象事業主が、支給対象障害者について、休職の前に通勤していた方に対して在宅勤務を職場適応の措置として実施する場合は、(2)と同じく医師が必要と認めた措置内容に限り助成金の対象となります。

(4) 職場復帰のための職務開発等に伴う講習

ごあんない12ページの2「支給額」(2)の※2の「第1期中に要した対象経費」とは、支給対象期の第1期に実施された講習の経費であって、かつ当該支給対象期中に支払が済んでいるものをいい、第1期に実施された講習の経費であるが、第2期中に支払を行ったものは「第2期に要した対象経費」となります。

なお、第2期に実施され、第2期の支給申請期間までに支払が済んだものについては、「第2期に要した対象経費」とみなします。

支援員の配置または委嘱助成金および職場復帰支援助成金に関する注意事項

1 職場定着支援計画の変更が行われる場合の取扱いについて

職場定着支援計画書兼助成金受給資格認定申請書（様式第1号または2号。以下「認定申請書」といいます。）を提出した後において、次の(1)から(9)のいずれかに該当する変更があった場合は、その変更を証する書類を添付して、**職場定着支援計画変更届**（様式第19号。以下「変更届」といいます。）または**職場定着支援計画変更承認申請書**（様式第20号。以下「変更承認申請書」といいます。）により、機構に届け出てください。提出にあたっては、「機構用」「支部用」「事業主用」の3部をご用意ください。

| 変更事項 | 必要な変更手続 | | 必要な添付書類 |
|---|---------|--------|---|
| | 変更届 | 変更承認申請 | |
| (1) 事業主名、代表者、事業主所在地、事業所名または事業所所在地 | ● | | 登記簿謄本（写）等、当該変更が確認できるもの ※事業主ホームページ等で確認できる場合はその写し |
| (2) 助成金振込先の変更 | (●) | | 支給申請書に助成金振込希望金融機関名等をご記入ください |
| (3) 支給対象障害者の雇用契約の変更（労働時間の変更を除きます。） | ● | | 該当障害者の雇用契約書（写） |
| (4) 職場支援員の勤務形態の変更（委嘱等に係る契約内容の変更等を含みます。） | ● | | 新たな勤務形態を証する書類（写） |
| (5) 支給対象障害者の減少 | (●) | | ・支給対象障害者が離職した場合は雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（写） ・離職以外で支給対象障害者を除外する場合は変更届にその理由を記入し、提出してください。 |
| (6) 職場支援員の変更 | | ● | 職場支援員の契約の種類に応じた書類（21ページの10参照）および 様式第3号-1 |
| (7) 支給対象障害者の変更（追加） ※職場定着支援計画期間の変更も併せて申請してください。 | | ● | 様式第3号-2 および追加する支給対象障害者について以下の書類（写） ・支給対象障害者に該当することを証明する障害者手帳等の書類 ・雇用契約書等の労働条件がわかる書類 ・雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 ・（配置の場合）追加する支給対象障害者の業務内容および所属等を明らかにする配置図等 ・（配置の場合）職場支援員が当該障害者の業務遂行に関する援助および指導の業務を実施できることが確認できる辞令等 ・（業務委託の場合）障害者ごとの業務委託契約書（写） ・（委嘱の場合）障害者ごとの委嘱契約書（写） ・（委嘱の場合）初めて委嘱を行った日が分かる書類 |
| (8) 職場支援員または支給対象障害者の労働時間の変更 | | ● | 新たな労働時間がわかる労働条件通知書（写）等の書類 |
| (9) 認定に係る措置の内容の変更 | | ● | 職場復帰支援助成金における時間的配慮等措置として短縮していた労働時間を医師の意見書の指示を上回る時間に増やす場合は、時間を増やすことに係る医師の許可が確認できる書類（意見書・診断書） |
| | ● | | 職場支援員の配置または委嘱助成金における対象障害者への遠隔支援または遠隔面談の措置を追加する場合は遠隔支援体制がわかる資料 ・設備（使用する機材、ソフトウェア、またはアプリケーションの名称） ・雇用管理（勤怠管理、勤務時間管理、健康管理の方法） ・業務管理（業務進捗状況、業務連絡、社内関係部門・取引先等との連絡調整の方法） |

2 提出期限

- (1) 変更届 : 変更後速やかに機構に届け出てください。
- (2) 変更承認申請書: 原則として変更の前日から起算して1か月前の応当日*までに機構に提出してください。
※応当日がない場合はその月の末日。郵送の場合は提出期限日の消印まで有効、提出期限日が機構の閉庁日にあたる場合は、直後の機構の開庁日まで受付けます。

3 様式および添付書類について

- (1) 変更届および変更承認申請書の様式は機構ホームページに掲載しています。
- (2) 上記に掲げる変更以外の変更に関する点や不明な点は、都道府県支部高齢・障害者業務課（高齢・障害者窓口サービス課）までお問い合わせください。

メモ

お問い合わせ

この助成金の内容、申請手続き等については都道府県支部高齢・障害者業務課
(東京、大阪は高齢・障害者窓口サービス課)にお問合せください。

■ 各都道府県支部 高齢・障害者業務課一覧

| 名 称 | 所 在 地 | 電話番号 | FAX 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 | 011-622-3354 |
| 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 | 017-721-2127 |
| 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 | 019-654-2082 |
| 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 | 022-361-6291 |
| 秋田支部 (高齢・障害者業務課) | 〒010-0101 湯上市天王字上北野4-143 秋田職業能力開発促進センター内 | 018-872-1801 | 018-873-8090 |
| 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 | 023-687-5733 |
| 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 | 024-526-1513 |
| 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 | 029-300-1217 |
| 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 | 028-623-0015 |
| 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 | 027-287-1512 |
| 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 | 048-813-1114 |
| 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 | 043-304-7733 |
| 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 | 03-5638-2282 |
| 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 | 045-360-6011 |
| 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 | 025-226-6013 |
| 富山支部 (高齢・障害者業務課) | 〒933-0982 高岡市八ヶ55 富山職業能力開発促進センター内 | 0766-26-1881 | 0766-26-8022 |
| 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 | 076-267-6084 |
| 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 | 0778-23-1055 |
| 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 | 055-242-3721 |
| 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 | 026-243-2077 |
| 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 | 058-266-5329 |
| 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 | 054-280-3623 |
| 愛知支部 (高齢・障害者業務課) | 〒460-0003 名古屋市中区錦1-10-1 M I テラス名古屋伏見4階 | 052-218-3385 | 052-218-3389 |
| 三重支部 (高齢・障害者業務課) | 〒514-0002 津市島崎町327-1 | 059-213-9255 | 059-213-9270 |
| 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 | 077-537-1215 |
| 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 | 075-951-7483 |
| 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 | 06-7664-0364 |
| 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 | 06-6431-8220 |
| 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 | 0744-22-5234 |
| 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 | 073-462-6810 |
| 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 | 0857-52-8785 |
| 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 | 0852-60-1678 |
| 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 | 086-241-0178 |
| 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 | 082-545-7152 |
| 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 | 083-995-2051 |
| 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 | 088-611-2390 |
| 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 | 087-814-3792 |
| 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 | 089-905-6781 |
| 高知支部 (高齢・障害者業務課) | 〒781-8010 高知市棧橋通4-15-68 高知職業能力開発促進センター内 | 088-837-1160 | 088-837-1163 |
| 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 | 092-718-1314 |
| 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 | 0952-37-9118 |
| 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 | 0957-35-4723 |
| 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 | 096-249-1889 |
| 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 | 097-522-7256 |
| 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 | 0985-51-1557 |
| 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 | 099-250-5152 |
| 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 | 098-941-3302 |

(R5.5)



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