

# 障害者職場復帰支援助成金(第1期・第2期)支給申請書

(様式第4号)

標記助成金の支給を希望しますので、以下のとおり支給申請します。

また、本票の記載事項及び関連して提出する書類等並びに受給資格認定時に届け出た事項のすべてについて、いずれにも相違ありません。虚偽の申し立てがあると労働局(安定所)が判断した場合には、支給を受けた金額を速やかに返還することに同意します。また、記載事項に係る確認を労働局(安定所)が行う場合は協力します。

捨印
 平成 年 月 日

( 労働局長 殿  
公共職業安定所長 殿 )

事業主 又は代理人	住所 _____	電話番号 _____
	名称 _____	
	氏名 _____	(記名押印又は署名)
事業主又は 社会保険労務士 (提出代行者・ 事務代理者の 表示)	住所 _____	電話番号 _____
	名称 _____	
	氏名 _____	(記名押印又は署名)

※ 申請者が代理人の場合、右上欄代理人の記名押印等を、右下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同則第16条の3に規定する事務代理者の場合、右上欄に事業主の記名押印等を、右下欄に申請者の記名押印等をしてください。

## 申請に係る事業所

申請に係る 事業所	住所 _____	電話番号 _____		
	名称 _____			
担当者	氏名 _____	電話 _____	FAX _____	メールアドレス _____
労働保険番号			雇用保険適用事業所番号	

<b>支給対象期</b>	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 第1期 ・ 第2期
--------------	----------------------------------

## 対象労働者の状況等

ふりがな		雇用保険被保険者番号	
対象労働者 氏名		受給資格認定番号	
	生年月日		障害の種類
最低賃金法第7条の 最低賃金の減額特例許可	あり ・ なし	減額特例の開始日	平成 年 月 日

支給対象期内支払い賃金額				
1月目	~	支給額	円	総 額
2月目	~	支給額	円	
3月目	~	支給額	円	
4月目	~	支給額	円	
5月目	~	支給額	円	
6月目	~	支給額	円	

支給対象期間についての賃金未払いの有無	あり ・ なし
対象労働者が離職している場合の離職日及び離職理由	平成 年 月 日 (理由)

## 職場適応のための措置について

1. 能力開発・訓練関係				
能力開発 実施機関名等	機関名称		訓練期間	
	所在地			
	連絡先			
訓練の名称・内容				
費用		円 (うち本人負担 あり ・ なし )		

(裏面)

**【提出上の注意】**

- ・ 本申請書は、各支給対象期の末日の翌日から2ヶ月以内に提出してください。支給申請期限を過ぎると申請書を受理できず、助成金の支給はできませんのでご注意ください。
- ・ この支給申請書の提出後、支給又は不支給の決定通知がなされることとなりますが、支給決定の通知後においても、偽りその他不正の行為が判明した場合には、支給した助成金の返還を求め、これより後3年間、障害者職場復帰支援助成金その他の雇用保険法(昭和49年法律第116号)第4章の雇用安定事業等に係る各種助成金を受けることができなくなる場合があります。また、刑事告発することもあります。

**【記入上の注意】**

- ・ 「支給対象期内支払い賃金額」欄には、支給対象期内の各月について支払った賃金額(臨時に支払われる賃金及び3か月を超える期間ごとに支払われる賃金を除く)を記入してください。総額欄には、各月の賃金額の合計額を記入してください。
- ・ 職場適応のための措置欄には、実施する支援策として認定を受けた内容に応じて、支給対象期内の実施状況を記入してください。勤務時間に係る配慮は原則として支給対象期についてすべて実施されていることが必要です。また、「通常の有給休暇以外の有給による通院時間の確保実施状況」については、同様に原則として支給対象期についてすべて実施されることが必要であり、実施していない場合は、「本人が通常の有給休暇を取得した」、「医師の診断書に記載されていた数を超える通院を行った」等の合理的理由がない限り、支給対象となりません。  
また、支給対象期の途中で措置内容を変更した場合は、変更の手続き、変更後の措置が適切である場合に限り、支給対象となります。
- ・ 支給対象期の途中で支援内容を変更する場合は、外部専門家による援助、変更を認める医師の意見書等が必要となります。
- ・ 「本人確認」欄には、支給申請書の記述及び当該支援が現に提供されたこと及び措置に係る費用の本人負担がないことについて、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。

