障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース（企業在籍型職場適応援助））
受給資格認定申請書提出時チェックシート

≪受給資格認定申請書　提出期間≫

◆支援計画の開始日から3か月以内に受給資格認定申請書を提出してください

支援の開始日	平成　　年　　月　　日
上記の日から3か月後の日 **【提出期限】**	平成　　年　　月　　日

【例1】平成　〇〇　年　6　月　1　日	～	平成　〇〇　年　8　月　31　日
【例2】平成　〇〇　年　5　月　16　日	～	平成　〇〇　年　8　月　15　日

≪支給対象期間≫

◆1回の支援計画は最長で6か月とし、1回の支援計画の期間を支給対象期間とします。
◆支給対象期間について、1か月とは開始日から次の月の応当日の前日までの期間をいいます。
以後同様に各月の応当日からその次の月の応当日の前日までを1月とします。

≪次のすべてに該当するかご確認ください≫

★企業在籍型職場適応援助者とは次のすべてに該当する方をいいます。

●雇用保険被保険者であること（短期雇用特例被保険者及び日雇労働被保険者を除く）

●第２号職場適応援助者養成研修または企業在籍型職場適応援助者養成研修等の修了者であること

●在籍型養成研修受講修了後、初めて支援を行う場合、地域センターが指定する職場適応援助者とともにペア支援を行うこと（例外規定あり）

●支援計画の開始時点において、本助成金及び障害者雇用安定助成金（障害者職場定着支援コース）等の支援対象者として現に支援している労働者の数の合計が3以下（認定申請に係る者を含む）であること

●国などの委託事業費から人件費が支払われていないこと

★対象労働者の要件は下記のとおりです。

①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
●難治性疾患のある方
●高次脳機能障害のある方
●地域センターが作成する職業リハビリテーション計画のある方

②支援計画の開始日において雇用保険の被保険者または被保険者になろうとする方
（精神障害者または発達障害者であって、１週間の所定労働時間が１５時間以上のものに限る）

③障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型事業所の利用者として雇用されていない方

④職場適応援助コースのうち訪問型職場適応援助に係る支援対象労働者として現に支援されている労働者でない方

※　提出書類については裏面をご参照ください

提出書類

【事業所関係】

□	受給資格認定（変更）申請書・認定通知書 （様式第6号企・第7号企）　★裏面が印刷されているもの
□	受給資格認定申請書提出時チェックシート（本紙の写し）

【対象労働者関係】

□	対象労働者となる障害を有することを確認する書類（手帳・判定書・診断書・意見書などの写し）
□	労働条件確認書類（雇用契約書・雇入れ通知書などの写し）

【企業在籍型職場適応援助者関係】

□	企業在籍型職場適応援助者としての資格を有することの確認書類 （第２号職場適用援助者または企業在籍型職場適応援助者養成研修等の修了証明書の写し）
□	対象労働者について、地域障害者職業センターの承認印のある支援計画（写）

【その他】

□	中小企業の事業主である場合、そのことを証明する書類 ★登記事項証明書、資本金・労働者数等を記載した会社案内（パンフレット）、 または企業（法人）全体で雇用する労働者名簿などの資料の写し
□	企業在籍型職場適応援助者の雇用保険被保険者資格取得確認通知書（事業主控）（写）
□	対象労働者の雇用保険被保険者資格取得確認通知書（事業主控）（写）

注意事項　同一の対象労働者について、支援の開始日前3年間に2回（精神障害者は3回）以上本助成金を受けたことがある事業主は対象になりません。

(H30.4)