

【キャリアアップ助成金支給申請書】提出書類のご案内

障害者正社員化コース 第1期 ・ 第2期 (該当する期に○をつけて下さい)

支給申請期間：第1期支給申請期間は、転換した対象労働者に対し、正規雇用労働者、無期雇用労働者としての賃金を最初の6か月分支給した日の翌日から2か月以内
 第2期支給申請期間は、第1期支給対象期の次の6か月分の賃金を支給した日の翌日から起算して2か月以内

※ 就業規則の規定により、時間外手当を実績に応じ基本給等とは別に翌月等支給している場合、6か月分の時間外手当が支給された日(時間外勤務の実績がなく、結果として支給がない場合を含む。)

※助成金は支給要件を全て満たすことにより、支給されるものですので、本受付をもって支給が約束されるものではありません。

チェック、枚数を入れて、このご案内も一緒

※第2期申請の場合、以下の数字に○のついた ① ② ③ ⑤ ⑥ ⑨ ⑩ のみで可

No.	事業所名： 申請書類	持参者： 受付者：	事業主	所	局
			チェック ✓	枚数	枚数 ☑
【共通】					
①	キャリアアップ助成金支給申請書	・ 様式第3号			<input type="checkbox"/>
②	支給要件確認申立書	・ 共通要領様式第1号			<input type="checkbox"/>
③	支払方法・受取人住所届	・ 共通要領 帳票種別「32850」			<input type="checkbox"/>
4	キャリアアップ計画書(管轄労働局長の認定を受けたもの)写し	・ 様式第1号(表紙、共通、計画) 変更届を提出している場合、当該変更届を含む			<input type="checkbox"/>
⑤	障害者正社員化コース内訳	・ 様式第3号(別添様式2-1)			<input type="checkbox"/>
⑥	障害者正社員化コース対象労働者詳細	・ 様式第3号(別添様式2-2)			<input type="checkbox"/>
7	転換前後の労働協約または就業規則等	・ 労働基準監督署に届け出た印のあるもの ・ 常時10人未満の事業所は労働基準監督署への届け出の代わりに事業主と労働者代表者名の記載のある申立書を添付 ・ 賃金規定等が別途作成されている場合、当該賃金規定を含む ・ 転換前の就業規則の提出は令和4年10月1日以降転換分に限る ・ 令和4年10月1日以降に転換する場合、転換後に「賞与または退職金」かつ「昇給」が適用されているか ・ 令和4年10月1日以降に転換する場合、転換前に「正社員と異なる雇用区分の就業規則等」の適用を6か月以上受けているか			<input type="checkbox"/>
8	対象労働者の前後の雇用契約書等	・ 転換前の雇用期間が6か月(または障害者トライアル実施期間)以上であるか			<input type="checkbox"/>
⑨	対象労働者の賃金台帳等	・ 第1期支給申請時には、①転換前6か月分(転換した日の前日から6か月前の日までの賃金に係る分。障害者トライアル雇用又は障害者短時間トライアル雇用から引き続き雇用される場合の当該障害者トライアル雇用等期間を除く)及び ②当該支給対象期の賃金に係る分 ・ 第2期においては、③当該支給対象期の賃金に係る分			<input type="checkbox"/>
⑩	対象労働者の出勤簿等	・ 第1期支給申請時には、①転換前6か月分(転換した日の前日から6か月前の日までに係る分。障害者トライアル雇用又は障害者短時間トライアル雇用から引き続き雇用される場合の当該障害者トライアル雇用等期間を除く)及び ②当該支給対象期における対象労働者の出勤状況に係る分 ・ 第2期においては、③当該支給対象期に係る分			<input type="checkbox"/>
11	【中小企業事業主である場合】 中小企業事業主であることを確認できる書類 a 登記事項証明書、資本の額又は出資の総額を記載した書類等 b 事業所確認票(様式第4号)				<input type="checkbox"/>

【対象労働者毎の書類】					
12	対象労働者が身体障害者の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者手帳（写）であって対象労働者の氏名、年齢及び障害の程度が確認できるもの ・医師の診断書・意見書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名・年齢及び障害の程度が確認できるもの 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	対象労働者が知的障害者の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・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、精神保健指定医又は地域障害者職業センターの判定書（写） ・療育手帳（写）であって対象労働者の氏名、年齢及び障害の程度が確認できるもの 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	対象労働者が精神障害者の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者保健福祉手帳（写）であって対象労働者の氏名が確認できるもの ・主治医の診断書・意見書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名が確認できるもの（統合失調症、そううつ病（そう病及びうつ病を含む。）又はてんかん以外の精神障害がある者については、上記のうち精神障害者保健福祉手帳（写）に限る） 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	対象労働者が発達障害者の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の診断書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名及び発達障害であることが確認できるもの 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	対象労働者が難病患者の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・医療受給者証（写）であって対象労働者の氏名及び難病の病名が確認できるもの ・医師の診断書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名及び難病の病名が確認できるもの ・公的機関が発行する書類（原本又は写し）であって対象労働者の氏名及び難病の病名が確認できるもの 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	対象労働者が高次脳機能障害者の場合	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の診断書（原本又は写し）であって対象労働者の氏名及び高次脳機能障害の診断名が確認できるもの 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【多様な正社員に転換した場合】					
18	多様な正社員の雇用区分が規定されている就業規則又は労働協約その他これに準ずるもの			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	転換日に雇用されていた他の正規雇用労働者の雇用契約書等	・多様な正社員以外のもの		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
【その他必要に応じて提出するもの】					
20	委任状	・事業主の委任を受けて代理人が提出する場合は、委任状（原本）を提出してください		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	管轄労働局長が必要と認める書類			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	その他				

《注意》

- ・書類の提出を従業員が行う場合は、社員証等を提示して下さい。
- ・第三者が代理人となる場合、委任状（原本）の提出が必要となります。
- ・審査の過程において、内容等を確認させていただく場合がありますので、ご協力お願い致します。
- ・様式は厚生労働省のホームページからダウンロードして下さい。
- ・ご不明な点は、下記へお問い合わせ下さい。

〒260-0013 千葉県千葉市中央区中央3-3-1 73rd 第一生命ビル5階
 千葉労働局 職業対策課 分室
 電話：043-441-5678
 FAX：043-224-0780