

キャリアアップ助成金（障害者正社員化コース）チェックリスト（事業主用）

事業主	いずれかチェック⇒ [<input type="checkbox"/> 個人事業主 <input type="checkbox"/> 法人等（法人または法人格がない社団、財団）]			
	事業主名	・個人事業主の場合は事業主の氏名 ・法人等の場合は法人等の名称および代表者役職・氏名 () ※申請様式への「事業主名の記載」は『個人事業主の氏名』または『法人等の名称』となります。		
事業所	雇用保険適用事業所の名称	()		
正規雇用等への転換日	令和 年 月 日	賃金	毎月 日締	当月・翌月 (何れかに○) 日払
第1期	第1期 支給対象期間		令和 年 月 日から	
	・転換後最初の6か月 ・転換日が賃金締切日の翌日でない場合、転換日以降の最初の賃金締切日後6か月 ・いずれも勤務をした日数が11日未満の月（勤務予定日数が18日未満の場合は勤務予定日数の6割未満の月）を除く		令和 年 月 日まで	
	第1期支給対象期6か月分の賃金を支給した日 (残業代等が翌月払ならその日)		令和 年 月 日	
	第1期 支給申請期間 (第1期支給対象期6か月分の賃金を支給した日の翌日から起算して2か月間)		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで
第2期	第2期 支給対象期間		令和 年 月 日から	
	・第1期の次の6か月 ・勤務をした日数が11日未満の月（勤務予定日数が18日未満の場合は勤務予定日数の6割未満の月）を除く		令和 年 月 日まで	
	第2期支給対象期6か月分の賃金を支給した日 (残業代等が翌月払ならその日)		令和 年 月 日	
	第2期 支給申請期間 (第2期支給対象期6か月分の賃金を支給した日の翌日から起算して2か月間)		令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで

支給申請書および支給申請書に添付が必要な書類

No.	<input checked="" type="checkbox"/>	申請様式（添付書類）	備 考
1	<input type="checkbox"/>	様式第3号 「キャリアアップ助成金支給申請書」 ・事業主の押印は必要ありません。	<input type="checkbox"/> 記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 事業主名の記載 <input type="checkbox"/> 転換日(様式)：R3.4.1～(R3.4)
2	<input type="checkbox"/>	様式第3号（別添様式2-1） 「2-1 障害者正社員化コース内訳」	<input type="checkbox"/> 記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 転換日(様式)：R3.4.1～(R3.4.1)
3	<input type="checkbox"/>	様式第3号（別添様式2-2） 「2-2 障害者正社員化コース対象労働者詳細」 ・事業主、対象労働者の押印は必要ありません。	<input type="checkbox"/> 記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 事業主確認欄（事業主名の記載） <input type="checkbox"/> 事業主、対象労働者の確認日は賃金支払日以降 <input type="checkbox"/> 転換日(様式)：R3.4.1～(R3.4.1)
4	<input type="checkbox"/>	支払方法・受取人住所届 <u>登録済みの場合は必要ありません。</u>	未登録の場合の他、登録済みの口座または住所等に変更があった場合に提出が必要です。
5	<input type="checkbox"/>	共通要領様式第1号「支給要件確認申立書」	申請日時点での最新の様式を使用してください。
6	<input type="checkbox"/>	キャリアアップ計画書（写）	<input type="checkbox"/> 労働局の確認印が押されたもの <input type="checkbox"/> 変更届を提出している場合は変更届も含めてすべて提出してください
7	<input type="checkbox"/>	対象労働者が、転換を行った日の時点で、右記のいずれかに該当することを証明する書類 ※裏面の別表を参照してください。	<input type="checkbox"/> (イ) 身体障害者 <input type="checkbox"/> (ロ) 知的障害者 <input type="checkbox"/> (ハ) 精神障害者 <input type="checkbox"/> (ニ) 発達障害者 <input type="checkbox"/> (ホ) 難病患者 <input type="checkbox"/> (ヘ) 高次脳機能障害者（脳の機能的損傷に基づく精神障害である高次脳機能障害であると診断された者）
8	<input type="checkbox"/>	対象労働者の雇用契約書 等	転換前および転換後の労働条件が確認できる書類
9	<input type="checkbox"/>	対象労働者の賃金台帳 第1期の場合・・・① 第2期の場合・・・②	<input type="checkbox"/> ① 転換日前日から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、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を除く。 <input type="checkbox"/> ①② 支給対象期間の賃金に係る分
10	<input type="checkbox"/>	対象労働者の出勤簿またはタイムカード等 第1期の場合・・・① 第2期の場合・・・②	<input type="checkbox"/> ① 転換前6か月分の出勤状況に係る分 ※障害者トライアル雇用、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を除く。 <input type="checkbox"/> ①② 支給対象期間の出勤状況に係る分
11	<input type="checkbox"/>	正規雇用労働者の雇用契約書等 <input type="checkbox"/> 多様な正社員への転換の場合に限る。	<input type="checkbox"/> 転換日に雇用されていた正規雇用労働者 <input type="checkbox"/> 多様な正社員（勤務地限定、職務限定、短時間）以外の正規雇用労働者

12	<input type="checkbox"/> <p>就業規則または労働協約 <input type="checkbox"/>就業規則 <input type="checkbox"/>常時10人以上の労働者を使用する事業場 ・労働基準監督署の受理印のあるもの <input type="checkbox"/>常時10人未満の労働者を使用する事業場 次のいずれか ・労働基準監督署の受理印のあるもの ・事業主名が記載され、雇用保険適用事業所全ての労働者の代表者本人が氏名を記載した申立書が添付されたもの <input type="checkbox"/>労働協約 労働組合と使用者が労働条件等労使関係に関する事項について合意したことを書面に作成したもの</p>	<input type="checkbox"/> 転換後に対象労働者に適用されているもの（賃金規定等を別途作成している場合、当該規定を含む。） ↓10人未満の事業場で労基署への届け出がない場合 <input type="checkbox"/> 申立書（例示様式） <input type="checkbox"/> 事業主名の記載 <input type="checkbox"/> 労働者代表者本人による氏名の記載 ↓多様な正社員（勤務地限定正社員・職務限定正社員・短時間正社員）への転換の場合 <input type="checkbox"/> 多様な正社員の雇用区分が規定されているもの
13	<input type="checkbox"/> <p>中小企業事業主であることを確認できる書類 ※個人事業主および資本金または出資の総額のない法人等は、②「事業所確認票」を提出してください。 ※大企業の場合は必要ありません。</p>	<p>中小企業事業主であることを確認できる次のいずれかの書類</p> <input type="checkbox"/> ①企業の資本の額または出資の総額により確認できる場合・・・登記簿謄本 等 <input type="checkbox"/> ②企業全体の労働者数により確認できる場合・・・様式第4号「事業所確認票」
14	<input type="checkbox"/> <p>当局では、対象労働者の労働時間、労働日または休日に以下の制度が適用される場合、次の書類の提出を求めています。 <input type="checkbox"/> 1箇月単位の変形労働時間制が適用される場合：月（変形期間）ごとの勤務割表 <input type="checkbox"/> 1年単位の変形労働時間制が適用される場合：労使協定（協定届、協定書、年間カレンダーまたは1か月ごとの勤務割表） <input type="checkbox"/> その他、番号編成による交替制が適用される場合、労働者ごと、グループごとのシフト勤務を行っている場合、「会社が指定した休日」となっている場合 等：勤務割表、シフト表、勤務カレンダー等。 ※以上、いずれの場合も支給対象期間（第1期は転換前6か月分も）に係るもの。 ※この書類がなくても申請は受理しますが、後日、必ずご提出を求められることとなりますので、できる限り申請の際にご提出いただきますようお願いいたします。</p>	
15	<input type="checkbox"/> <p>その他、労働局が必要と認める書類の提出を求める場合がありますのでご協力お願いいたします。</p>	

別表	<p>(イ) 身体障害者</p> <input type="checkbox"/> 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。 ↓身体障害者手帳を所持しない者 <input type="checkbox"/> 次の①及び②による医師の診断書・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。 ①身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）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」という。）又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（但し、心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう若しくは直腸、小腸又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る。）を受けること。 ② ①の診断書は、障害の種類及び程度並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。 (ロ) 知的障害者 <input type="checkbox"/> 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（知的障害者であると判定した旨を記入したものをいう。）（写） <input type="checkbox"/> 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。 (ハ) 精神障害者 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 (ニ) 発達障害者 <input type="checkbox"/> 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。 (ホ) 難病患者 <input type="checkbox"/> 都道府県が交付する医療受給者証（写） <input type="checkbox"/> 医師の診断書（原本又は写し） <input type="checkbox"/> 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。 (ヘ) 高次脳機能障害者 <input type="checkbox"/> 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であることが確認できるもの。
-----------	--

**お問い合わせ先：宮城労働局職業安定部職業対策課
キャリアアップ助成金担当**

**住所：〒983-8585 仙台市宮城野区鉄砲町1番地 第4合同庁舎2階
電話：022-205-9855 業務時間 8:30～17:15**