

**障害者正社員化コース 支給申請書等提出チェックリスト兼受領書**

【留意点】

- 原則として提出された書類により審査を行います。
- 提出した書類については、支給決定日の翌日から5年間保存する必要があります。
- 支給審査の途中で、労働局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。
- 支給申請に必要な書類は「キャリアアップ助成金のご案内」をご確認下さい。

支給申請事業所名：

- ①第1期：対象労働者に対し正社員化後（転換後）6か月分の賃金（時間外手当等を含む）を支給した日  
 令和 年 月 日（ 曜日）
- ②第2期：第1期支給対象期の次の6か月分の賃金（時間外手当等を含む）を支給した日  
 令和 年 月 日（ 曜日）
- ③支給申請期間（①または②の日の翌日から2か月以内） 令和 年 月 日～令和 年 月 日

※賃金支給日が休日にあたり、就業規則に規定している賃金支払い日より前後した場合、③の申請期間も前後します。

提出書類		※事業主確認欄 確認後☑をご記入下さい	労働局 確認欄
1	キャリアアップ助成金支給申請書(様式第3号) 【原本】	<input type="checkbox"/> R7. 4 の様式を使用しているか	
2	2-1 障害者正社員化コース内訳 (様式第3号(別添様式2-1))【原本】	<input type="checkbox"/> 障害の種類を記入しているか <input type="checkbox"/> 支給対象期間(1期または2期)を記入しているか <input type="checkbox"/> R7. 4. 1 の様式を使用しているか	
3	2-2 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))【原本】	<input type="checkbox"/> ③欄は対象労働者本人に内容を確認のうえ記入したか <input type="checkbox"/> R7. 4. 1 の様式を使用しているか	
4	対象労働者が支給対象となる障害者に該当することを証明する書類(第1期のみ)  <b>身体障害者</b> 身体障害者手帳【写】又は障害者雇用関係助成金個人番号登録届(様式第3号別添様式2-3)又は医師の診断書・意見書【原本又は写し】  <b>知的障害者</b> 療育手帳【写】又は判定書【写】  <b>精神障害者</b> 精神障害者保健福祉手帳【写】又は主治医の診断書・意見書【原本又は写し】等 ※統合失調症、そううつ病、てんかんの者以外は精神障害者保健福祉手帳に限る  <b>発達障害者</b> 医師の診断書【原本又は写し】  <b>高次脳機能障害者</b> 医師の診断書【原本又は写し】  難病患者についてはキャリアアップ助成金のご案内をご確認ください	<input type="checkbox"/> 転換を行った日の時点で、左記のいずれかに該当する労働者であることが確認できるか  ※詳細は「キャリアアップ助成金のご案内」障害者正社員化コースをご参照のうえ、提出する書類をご記入下さい  提出する書類を下記にご記入下さい (例) <u>身体障害者手帳</u>  記入欄  _____	

提出書類		※事業主確認欄 確認後☑をご記入下さい	労働局 確認欄
5	管轄労働局長に受理されたキャリアアップ計画書【写】(第1期のみ)	<input type="checkbox"/> 変更届を提出している場合は、すべての変更届も併せて添付しているか	
6	支給要件確認申立書 (共通要領様式第1号)【原本】	<input type="checkbox"/> 最新の様式 (R7. 4. 1) を使用しているか <input type="checkbox"/> 別紙「役員一覧等」はあるか	
7	転換前後にそれぞれ対象労働者に適用されている就業規則等【写】(第1期のみ)	<input type="checkbox"/> 就業規則に労働基準監督署の受理印があるか (労働者が10人未満の場合は申立書(写)添付でも可) ※転換前「賃金の額または計算方法が正社員と異なる就業規則等」の適用を6か月以上受けていることを確認できるか ※転換後「賞与または退職金」かつ「昇給」が適用されているか ※多様な正社員に転換する場合、その雇用区分を就業規則等その他これに準ずるものに規定しているか	
8	対象労働者の転換前後の雇用契約書等【写】	<input type="checkbox"/> 転換前6か月分及び当該支給対象期までに係る分が全て含まれているか	
9	対象労働者の転換前後の出勤簿等【写】	<input type="checkbox"/> 第1期は転換前6か月分及び当該支給対象期の出勤状況に係る分 <input type="checkbox"/> 第2期は当該支給対象期に出勤状況に係る分 <input type="checkbox"/> 転換後、有給休暇を含め11日以上(勤務予定日数が18日未満の場合は6割以上)勤務をした月が6か月あるか	
10	対象労働者の転換前後の賃金台帳等【写】	<input type="checkbox"/> 第1期は転換前6か月分及び当該支給対象期間の賃金に係る分 <input type="checkbox"/> 第2期は当該支給対象期の賃金に係る分いずれの支給対象期も時間外手当等を含む	
<b>該当している場合のみ</b>			
1	【助成金振込口座が未登録・変更の場合のみ】 ①支払方法・受取人住所届【原本】 ②通帳の表紙【写】及び見開きページ【写】	<input type="checkbox"/> (法人の場合) 法人名義になっているか	
2	【中小企業事業主の場合】 事業所確認票 (様式第4号)【原本】	<input type="checkbox"/> 今回の支給申請に係る事業所以外の従たる (主たる) 雇用保険適用事業所があれば全て記入、なければ表内は空欄で提出	
3	委任状【原本】	<input type="checkbox"/> 代理人申請の場合 ※窓口では身分を証明するものの提示をお願いします。	

上記について確認しました。

令和 年 月 日

事業所 (社労士事務所) 名 \_\_\_\_\_

確認者署名 \_\_\_\_\_

<p>労働局受付印</p>          <p>受付担当者 _____</p> <p style="text-align: right;">窓口 ・ 郵送 ・ 電子</p>
--