

特定求職者雇用開発助成金(発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース)

第2・3・4期支給申請書

(バーコードシール貼付欄)

1.受付日 年月日 ※**太枠内のみ**記入してください

2.助成金支給番号 <input type="text"/>	3.支給申請期(第2~4期) 第 <input type="text"/> 期
-----------------------------------	--

4.事業所番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	5.労働保険番号 <input type="text"/> - <input type="text"/>
---	---

6.対象労働者について受給・申請(予定含む)している他の助成金の有無  1:有 (有の場合) 助成金名称:  
2:無 →

7.事務担当者 (職名) カナ(氏名)  (電話番号) --

8.氏名 <input type="text"/>	9.性別 <input type="checkbox"/> 1:男 <input type="checkbox"/> 2:女	10.生年月日 昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	11.雇入年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
------------------------------	--	---	--

12.被保険者番号 <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	13.発達障害の診断名または難治性疾患の病名 <input type="checkbox"/> 1:発達障害の診断名 (選択した名称を記入) <input type="checkbox"/> 2:難治性疾患の病名 → <input type="text"/>
---	---

14.支給対象となる期間の労働についての賃金の未払いの有無  1:有  
※時間外手当、深夜手当、休日出勤手当等を含む  2:無

15.対象労働者が離職している場合の離職日及び離職理由  
年月日 (離職理由)

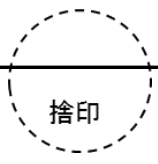
対象労働者の状況欄 8~15 の記載内容について確認しました。  
※本人確認欄 年月日 (対象労働者氏名)  記名押印又は署名

<p>上記の記載内容に誤りのないことを証明します。 また、裏面の注意事項及び「特定求職者雇用開発助成金(発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース)の申請にあたって」の記載事項を確認の上、申請します。 なお、対象労働者を本助成金支給終了後においても継続して雇用します(支給申請書提出時点において既に離職している場合を除く)。</p> <p>年 月 日</p> <p>労働局長殿 公共職業安定所長)</p> <p>※申請者が代理人の場合、右上欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名を記入(押印不要)し、右下欄に、代理人の住所、名称及び氏名を記入し押印してください。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規則第16条の3に規定する事務代理者の場合、右上欄に事業主の住所、名称及び氏名を記入・押印し、右下欄に提出代行者又は事務代理者の住所、名称及び氏名を記名し押印してください。</p>	事業主	住所	<input type="text"/>
		名称	<input type="text"/>
		氏名	<input type="text"/>
		住所	<input type="text"/>
		名称	<input type="text"/>
		氏名	<input type="text"/>

16.区分変更 <input type="checkbox"/> 1:有	17.支給対象期間の支払賃金額 <input type="text"/> 円	18.最低賃金減額特例 <input type="checkbox"/> 1:特例 3:判定変更	19.短時間労働者 <input type="checkbox"/> 1:短時間	20.支給・不支給判定用 (98.99以外) <input type="text"/>	21.被保険者となった年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
--------------------------------------	--	---	--	---	---

22.備考

局長	部長	課長	課長補佐	係長	班長	担当
所長	部長・次長	課長・統括	上席・係長	職業指導官	担当	



支給決定日	保険料未納	不正受給	法令違反
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

※ 本助成金の支給申請に当たっては、下記注意事項のほか、「特定求職者雇用開発助成金(発達障害者・難治性疾患患者雇用開発コース)の申請にあたって」の記載事項についても十分ご確認の上、申請してください。またご不明な点については、支給申請前に管轄労働局又は管轄安定所に確認してください。

#### [注意事項]

1. この申請書は、第2期から第4期の支給申請について、各期の支給対象期の末日の翌日から起算して2か月以内に対象労働者雇用事業所(雇用保険適用事業所)の所在地を管轄する労働局長に提出しなければなりません。支給申請期限を過ぎると申請書を受理できず、本助成金の支給はできません。

なお、当該提出については、対象労働者雇用事業所(雇用保険適用事業所)の所在地を管轄する公共職業安定所を経由して行うことができる場合があります。

ただし、支給申請期間の末日が行政機関の休日に当たる場合は、翌開庁日を支給申請期間の末日とみなします。

また、天災等により提出できないときは、その理由を記した書面を添えて、当該事由のやんだ後1か月以内に提出することができる場合があります。

#### 2. 記入にあたって

(1)太枠で囲んだ部分([2]欄～[15]欄及び所要の欄)のみ黒のボールペンで記入し、労働局/安定所記載欄は記入しないでください。

(2)記入枠の部分は枠からはみださないように大きめの文字又は数字により明瞭に記載してください。

(3)[2]欄「助成金支給番号」は、第1期支給申請書に記載された助成金支給番号を記入してください。

#### 3. 「対象労働者雇用事業所」欄について

(1)[6]欄「対象労働者について受給・申請(予定を含む)している他の助成金の有無」は、本支給申請に係る対象労働者の雇入れについて、他の助成金の支給申請を行っている場合又は支給を受けた場合、1を記入し、受給(申請)している他の助成金名称を記載してください。本支給申請に係る対象労働者の雇入れについて、他の助成金の支給を受けている場合は、支給対象とならない場合があります。

#### 4. 「対象労働者の状況」欄について

(1)[13]欄「発達障害の診断名または難治性疾患の病名」は、対象労働者について該当するものを記入し、[13]欄に記入した者の診断書に記載されている発達障害の名称または難治性疾患の病名を記入してください。また、短時間労働者(一週間の所定労働時間が30時間未満の者)か短時間労働者以外の者(一週間の所定労働時間が30時間以上の者)であるかについて、1(短時間労働者)又は2(短時間労働者以外)を記入してください。

(2)[14]欄「支給対象となる期間の労働についての賃金の未払いの有無」は、支給対象期に対象労働者が行った労働に対する賃金のうち支払期日を超えて支払っていないものの有無について、1又は2を記入してください。賃金の未払いがあった場合は、支給対象とならない場合があります。

(3)「本人確認欄」は、必ず対象労働者本人に記名押印又は署名を求めてください(対象労働者が退職した場合も記名押印又は署名が必要です。)。ただし、死亡等の場合であって、対象労働者本人が記名押印又は署名できない場合に限り、事業主がその具体的な理由を記載し、記名押印又は署名してください。