

1 柔軟な時間管理・休暇取得 内訳

① 対象労働者	氏名			雇用保険被保険者番号			
	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日（歳）		障害の種類		措置を開始した日	平成 年 月 日
	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		➡		変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		
	通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり ・ 実施なし	年間計 日まで	措置の継続状況 (申請日時点において)	継続している ・ 継続していない	(継続していない場合) 平成 年 月 日 まで実施	
	障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する		対象労働者が措置を実施した事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する
	継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。			あり ・ なし			
	本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、労働条件を変更することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。					
	支給対象期間	平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)					
		第1期			第2期		
②	氏名			雇用保険被保険者番号			
	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日（歳）		障害の種類		措置を開始した日	平成 年 月 日
	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		➡		変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		
	通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり ・ 実施なし	年間計 日まで	措置の継続状況 (申請日時点において)	継続している ・ 継続していない	(継続していない場合) 平成 年 月 日 まで実施	
	障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する		対象労働者が措置を実施した事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する
	継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。			あり ・ なし			
	本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、労働条件を変更することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。					
	支給対象期間	平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)					
		第1期			第2期		

※1 障害の種類欄には、「身体障害」、「知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」または「高次脳機能障害」のいずれかを記入してください。

② 支給申請額 中小企業 大企業 主たる事業

対象労働者 人 × 支給単価 中小企業4万円 大企業3万円 = 支給申請額 円

様式第4号（別添様式1）（第2面）

支給申請期間

支給要件を具備した日以降最初に到来する職場定着支援計画ごとに定められた支給申請期間中に申請してください。

記入上の注意

この様式は、次の点に注意して記入してください。

- ①欄は対象労働者について記入してください。
- 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。その場合、続柄を記入してください。
- ②欄は支給申請額およびそれに関する事項等について記入してください。
- 用紙が不足する場合は、様式第4号（別添様式1）（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

添付書類

柔軟な時間管理・休暇取得の措置に係る支給申請を行う場合は、支給申請書（様式第4号）および本様式（別添様式1）に、次の書類（原本または写し）を添付してください。

- イ 対象労働者が「身体障害」、「知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」または「高次脳機能障害」のいずれかに該当することを証明する書類
- ロ 管轄労働局長の確認を受けた職場定着支援計画書
- ハ 対象労働者の措置実施前および措置実施後の雇用契約書または労働条件通知書等（船員法第32条の規定により船員に対して明示しなければならない書面を含みます。）
- ニ 対象労働者に適用されている労働協約または就業規則
- ホ 対象労働者の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿（対象労働者について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
- ヘ 対象労働者の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類（対象労働者について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
- ト 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（例えば、登記事項証明書、資本金・労働者数等を記載した資料、事業内容を記載した資料など、下表の範囲に該当することが確認できる資料）

（中小企業の範囲）

小売業（飲食業を含む）	資本額又は出資額が5,000万円以下、または常時雇用する労働者の数が50人以下
サービス業	〃 5,000万円以下、または 〃 100人以下
卸売業	〃 1億円以下、または 〃 100人以下
その他	〃 3億円以下、または 〃 300人以下

申請にあたっての留意点

助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧ください、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

提出された書類により支給要件の確認を行うことが困難であると判断した場合は、追加で書類の提出を求める場合があります。

対象労働者	氏名			雇用保険被保険者番号			
	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)		障害の種類		措置を開始した日	平成 年 月 日
	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等			➡	変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		
	通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり ・ 実施なし	年間計 日まで	措置の継続状況 (申請日時点において)	継続している ・ 継続していない	(継続していない場合) 平成 年 月 日 まで実施	
	障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する		対象労働者が措置を実施した事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族 (配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。) に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する
	継続して雇用 (※) する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。			あり ・ なし			
	本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、労働条件を変更することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。					
	支給対象期間	平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)					
		第1期 ・ 第2期					
対象労働者	氏名			雇用保険被保険者番号			
	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)		障害の種類		措置を開始した日	平成 年 月 日
	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等			➡	変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		
	通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり ・ 実施なし	年間計 日まで	措置の継続状況 (申請日時点において)	継続している ・ 継続していない	(継続していない場合) 平成 年 月 日 まで実施	
	障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する		対象労働者が措置を実施した事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族 (配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。) に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する
	継続して雇用 (※) する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。			あり ・ なし			
	本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、労働条件を変更することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。					
	支給対象期間	平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)					
		第1期 ・ 第2期					
対象労働者	氏名			雇用保険被保険者番号			
	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)		障害の種類		措置を開始した日	平成 年 月 日
	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等			➡	変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		
	通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり ・ 実施なし	年間計 日まで	措置の継続状況 (申請日時点において)	継続している ・ 継続していない	(継続していない場合) 平成 年 月 日 まで実施	
	障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する		対象労働者が措置を実施した事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族 (配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。) に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する
	継続して雇用 (※) する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。			あり ・ なし			
	本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、労働条件を変更することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。					
	支給対象期間	平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)					
		第1期 ・ 第2期					

2 短時間労働者の勤務時間延長 内訳

① 対象労働者	氏名				雇用保険被保険者番号			
	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)		障害の種類	トライアルからの接続		<input type="checkbox"/>	
	週所定労働時間	延長前	時間	延長後	時間	週所定労働時間を延長した日	平成 年 月 日	
	障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する		対象労働者が週所定労働時間の延長を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。)に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する	
	継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。				あり ・ なし			
	本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、勤務時間を延長することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。						
			平成 年 月 日 (本人署名)				印 (保護者の場合統柄:)	
	支給対象期間	第1期 ・ 第2期						
	②	氏名				雇用保険被保険者番号		
生年月日・年齢		昭和・平成 年 月 日 (歳)		障害の種類	トライアルからの接続		<input type="checkbox"/>	
週所定労働時間		延長前	時間	延長後	時間	週所定労働時間を延長した日	平成 年 月 日	
障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか		該当しない ・ 該当する		対象労働者が週所定労働時間の延長を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。)に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する	
継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。				あり ・ なし				
本人確認		上記の内容について間違いのないことを確認し、また、勤務時間を延長することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。						
		平成 年 月 日 (本人署名)				印 (保護者の場合統柄:)		
支給対象期間		第1期 ・ 第2期						

※1 障害の種類欄には、「身体障害」、「重度身体障害」、「知的障害」、「重度知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」、「高次脳機能障害」のいずれかを記入してください。

※2 トライアルからの接続欄には、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の終了後、勤務時間の延長を行った上で引き続き雇用する場合に☑を付けてください。

② 支給申請額 中小企業 大企業 主たる事業

< 1 20時間未満→30時間以上 >

【**重度身体障害、重度知的障害、精神障害**】

対象労働者 支給単価 支給申請額 (A)
 人 × 中小企業27万円 / 大企業 20万円 = 円

【**身体障害、知的障害、発達障害、難治性疾患、高次脳機能障害**】

対象労働者 支給単価 支給申請額 (B)
 人 × 中小企業20万円 / 大企業 15万円 = 円

< 2 20時間未満→20時間以上30時間未満 >

【**重度身体障害、重度知的障害、精神障害**】

対象労働者 支給単価 支給申請額 (C)
 人 × 中小企業13.5万円 / 大企業 10万円 = 円

【**身体障害、知的障害、発達障害、難治性疾患、高次脳機能障害**】

対象労働者 支給単価 支給申請額 (D)
 人 × 中小企業10万円 / 大企業 7.5万円 = 円

< 3 20時間以上30時間未満→30時間以上 >

【**重度身体障害、重度知的障害、精神障害**】

対象労働者 支給単価 支給申請額 (E)
 人 × 中小企業13.5万円 / 大企業 10万円 = 円

【**身体障害、知的障害、発達障害、難治性疾患、高次脳機能障害**】

対象労働者 支給単価 支給申請額 (F)
 人 × 中小企業10万円 / 大企業 7.5万円 = 円

支給申請合計額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)+(F) = 円

様式第4号（別添様式2）（第2面）

支給申請期間

支給要件を具備した日以降最初に到来する職場定着支援計画ごとに定められた支給申請期間中に申請してください。

記入上の注意

この様式は、次の点に注意して記入してください。

- ①欄は対象労働者について記入してください。
- 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。その場合、続柄を記入してください。
- ②欄は支給申請額およびそれに関する事項等について記入してください。
- 用紙が不足する場合は、様式第4号（別添様式2）（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

添付書類

短時間労働者の勤務時間延長の措置に係る支給申請を行う場合は、支給申請書（様式第4号）および本様式（別添様式2）に、次の書類（原本または写し）を添付してください。

- イ 対象労働者が「身体障害」、「重度身体障害」、「知的障害」、「重度知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」、「高次脳機能障害」のいずれかに該当することを証明する書類
- ロ 管轄労働局長の確認を受けた職場定着支援計画書
- ハ 対象労働者の週所定労働時間の延長前および延長後の雇用契約書または労働条件通知書等（船員法第32条の規定により船員に対して明示しなければならない書面を含みます。）
- ニ 対象労働者の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿（対象労働者について、延長前6か月分（※1）および延長後6か月分（※2））
※1 延長日の前日から6か月前の日までの賃金に係る分のことをいい、支給対象期間第1期分の申請時のみ必要です。
また、障害者トライアル雇用から引き続き雇用される場合は添付する必要はありません。
※2 支給対象期間第2期分の申請においては、当該支給対象期間に係る分を添付してください。
- ホ 対象労働者の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類（対象労働者について、延長前6か月分（※1）および延長後6か月分（※2））
※1 支給対象期間第1期分の申請時のみ必要です。
※2 支給対象期間第2期分の申請においては、当該支給対象期間に係る分を添付してください。
- ヘ 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（例えば、登記事項証明書、資本金・労働者数等を記載した資料、事業内容を記載した資料など、下表の範囲に該当することが確認できる資料）

（中小企業の範囲）

小売業(飲食業を含む)	資本額又は出資額が5,000万円以下、または常時雇用する労働者の数が50人以下
サービス業	〃 5,000万円以下、または 〃 100人以下
卸売業	〃 1億円以下、または 〃 100人以下
その他	〃 3億円以下、または 〃 300人以下

申請にあたっての留意点

助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧ください、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

提出された書類により支給要件の確認を行うことが困難であると判断した場合は、追加で書類の提出を求める場合があります。

①	氏名				雇用保険被保険者番号			
	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		障害の種類			トライアルからの接続	<input type="checkbox"/>
	週所定労働時間	延長前	時間	延長後	時間	週所定労働時間を延長した日	平成 年 月 日	
	障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する		対象労働者が週所定労働時間の延長を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する	
	継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。				あり ・ なし			
	本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、勤務時間を延長することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。						
			平成 年 月 日（本人署名）		印（保護者の場合続柄： ）			
	支給対象期間	第1期 ・ 第2期						
	対象労働者	氏名				雇用保険被保険者番号		
生年月日・年齢		昭和・平成 年 月 日（ 歳）		障害の種類			トライアルからの接続	<input type="checkbox"/>
週所定労働時間		延長前	時間	延長後	時間	週所定労働時間を延長した日	平成 年 月 日	
障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか		該当しない ・ 該当する		対象労働者が週所定労働時間の延長を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する	
継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。				あり ・ なし				
本人確認		上記の内容について間違いのないことを確認し、また、勤務時間を延長することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。						
		平成 年 月 日（本人署名）		印（保護者の場合続柄： ）				
支給対象期間		第1期 ・ 第2期						
		氏名				雇用保険被保険者番号		
	生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日（ 歳）		障害の種類			トライアルからの接続	<input type="checkbox"/>
	週所定労働時間	延長前	時間	延長後	時間	週所定労働時間を延長した日	平成 年 月 日	
	障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当しない ・ 該当する		対象労働者が週所定労働時間の延長を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか			該当しない ・ 該当する	
	継続して雇用（※）する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。				あり ・ なし			
	本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、勤務時間を延長することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。						
			平成 年 月 日（本人署名）		印（保護者の場合続柄： ）			
	支給対象期間	第1期 ・ 第2期						

3-1 正規・無期転換 内訳

【措置の内容が多様な正社員(勤務地限定正社員、職務限定正社員、短時間正社員)への転換の場合のみ記入】

① 制度の種類 (該当する番号を○で囲む)	1 勤務地限定正社員制度 ・ 2 職務限定正社員制度 ・ 3 短時間正社員制度
② 雇用区分の種類 (該当する番号を○で囲む)	1 労働協約 ・ 2 就業規則

③	番号	氏名	年齢	障害の種類(※1)	トライアルからの 接続(※2)	措置内容 (該当する番号を○で囲む)	支給対象期間
対 象 労 働 者	1				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員 5. 無期 → 多様な正社員	第1期 第2期
	2				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員 5. 無期 → 多様な正社員	第1期 第2期
	3				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員 5. 無期 → 多様な正社員	第1期 第2期
	4				<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員 5. 無期 → 多様な正社員	第1期 第2期
	5					<input type="checkbox"/>	1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員 5. 無期 → 多様な正社員

※1 障害の種類欄には、「身体障害」、「重度身体障害」、「知的障害」、「重度知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」、「高次脳機能障害」のいずれかを記入してください。
 ※2 トライアルからの接続欄には、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の終了後、雇用形態の転換を行った上で引き続き雇用する場合に☑を付してください。

⑤ 雇用する労働者を他の雇用形態に転換することについて、その対象となる労働者本人の同意を得ているか。 ※ 「いいえ」の場合、本助成金の支給を受けることができません。偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合は、支給した助成金の全部または一部を返還していただきます。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

⑤ 支給申請額 中小企業 大企業 主たる事業

< 1. 有期→正規 >

重度身体障害、重度知的障害、精神障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(A) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 60万円 <input type="checkbox"/> 大企業 45万円 = <input type="text"/> 円		身体障害、知的障害、発達障害、難治性疾患、高次脳機能障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(B) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 45万円 <input type="checkbox"/> 大企業 33.5万円 = <input type="text"/> 円	
---	--	---	--

< 2. 有期→無期 >

重度身体障害、重度知的障害、精神障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(C) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 30万円 <input type="checkbox"/> 大企業 22.5万円 = <input type="text"/> 円		身体障害、知的障害、発達障害、難治性疾患、高次脳機能障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(D) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 22.5万円 <input type="checkbox"/> 大企業 16.5万円 = <input type="text"/> 円	
---	--	---	--

< 3. 無期→正規 >

重度身体障害、重度知的障害、精神障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(E) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 30万円 <input type="checkbox"/> 大企業 22.5万円 = <input type="text"/> 円		身体障害、知的障害、発達障害、難治性疾患、高次脳機能障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(F) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 22.5万円 <input type="checkbox"/> 大企業 16.5万円 = <input type="text"/> 円	
---	--	---	--

< 4. 有期→多様な正社員 >

重度身体障害、重度知的障害、精神障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(G) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 60万円 <input type="checkbox"/> 大企業 45万円 = <input type="text"/> 円		身体障害、知的障害、発達障害、難治性疾患、高次脳機能障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(H) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 45万円 <input type="checkbox"/> 大企業 33.5万円 = <input type="text"/> 円	
---	--	---	--

< 5. 無期→多様な正社員 >

重度身体障害、重度知的障害、精神障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(I) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 30万円 <input type="checkbox"/> 大企業 22.5万円 = <input type="text"/> 円		身体障害、知的障害、発達障害、難治性疾患、高次脳機能障害 対象労働者 支給単価 支給申請額(J) <input type="checkbox"/> 人 × <input type="checkbox"/> 中小企業 22.5万円 <input type="checkbox"/> 大企業 16.5万円 = <input type="text"/> 円	
---	--	---	--

支給申請合計額 (A)+(B)+(C)+(D)+(E)+(F)+(G)+(H)+(I)+(J) = 円

支給申請期間

支給要件を具備した日以降最初に到来する職場定着支援計画ごとに定められた支給申請期間中に申請してください。

記入上の注意

この様式は、次の点に注意して記入してください。

- ①及び②欄は、措置内容が多様な正社員への転換の場合のみ記入してください。
- ③欄は、対象労働者について記入してください。「年齢」欄は転換日における年齢を記入してください。「措置内容」欄は当該対象労働者に対して講じた措置のうち該当するものを○で囲んでください。
なお、対象労働者の詳細については、別添様式3-2に記入し併せて提出してください。
- ④欄は、措置を講じた事業所において、その対象となる労働者本人の同意を得た上で雇用形態を転換したかについて記入してください。
- ⑤欄は、支給申請額およびそれに関する事項等について記入してください。

添付書類

正規・無期転換の措置に係る支給申請を行う場合は、支給申請書（様式第4号）、本様式（別添様式3-1）および正規・無期転換労働者詳細（別添様式3-2）に、次の書類（原本または写し）を添付してください。

- 対象労働者が「身体障害」、「重度身体障害」、「知的障害」、「重度知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」、「高次脳機能障害」のいずれかに該当することを証明する書類
- 管轄労働局長の確認を受けた職場定着支援計画書
- 対象労働者が転換後に適用されている労働協約または就業規則
- 多様な正社員への転換の場合、当該雇用区分が規定されている労働協約または就業規則（3と同じ場合は除きます。）
- 対象労働者の転換前及び転換後の雇用契約書または労働条件通知書等（船員法第32条の規定により船員に対して明示しなければならない書面を含みます。）労働条件が確認できる書類
- 対象労働者の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿（対象労働者について、転換前6か月分（※1）および転換後6か月分（※2）
※1 転換日の前日から6か月前の日までの賃金に係る分のことをいい、支給対象期間第1期分の申請時のみ必要です。
また、障害者トライアル雇用から引き続き雇用される場合は添付する必要はありません。
※2 支給対象期間第2期分の申請においては、当該支給対象期間に係る分を添付してください。
- 対象労働者の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類（対象労働者について、転換前6か月分（※1）および転換後6か月分（※2）
※1 支給対象期間第1期分の申請時のみ必要です。
※2 支給対象期間第2期分の申請においては、当該支給対象期間に係る分を添付してください。
- 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（例えば、登記事項証明書、資本金・労働者数等を記載した資料、事業内容を記載した資料など、下表の範囲に該当することが確認できる資料）

（中小企業の範囲）

小売業（飲食業を含む）	資本額又は出資額が5,000万円以下、または常時雇用する労働者の数が50人以下
サービス業	〃 5,000万円以下、または 〃 100人以下
卸売業	〃 1億円以下、または 〃 100人以下
その他	〃 3億円以下、または 〃 300人以下

申請にあたっての留意点

助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧ください、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

3-2 正規・無期転換 対象労働者詳細

番号	氏名	雇用保険被保険者番号		
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)	┆	┆	┆
転換の状況 (該当する番号を○で囲む)	1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員 5. 無期 → 多様な正社員			
(多様な正社員への転換の場合のみ) 制度の種類 (該当する番号を○で囲む)	1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度			
転換日	平成 年 月 日	転換後6か月分の賃金を支給した日	平成 年 月 日	
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合のみ) 労働条件について長期雇用を前提とした正社員待遇が適用されているか(総合的に改善されているか)	適用されている 適用されていない			
雇用が約束されていたかの確認				
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用することをあらかじめ約していたかどうか	約していた ・ 約していなかった			
過去3年以内の雇用状況の確認(以下(1)~(3)のいずれかに記入)				
(有期契約労働者から正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) (1) 当事業主に正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用されていたかどうか	雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
(無期雇用労働者へ転換の場合) (2) 当事業主に正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者として雇用されていたかどうか	雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
対象労働者が、転換を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。)に該当するかどうか	該当する ・ 該当しない			
転換日の前日から起算して1年6か月前の日から当該転換日の前日から起算して6か月前の日の前日までの間(以下「基準期間」という。)において、当該転換に係る者を以下の雇用区分aまたはbのいずれかにより雇用していた事業主(当該転換を行った適用事業所と基準期間における適用事業所が同一である場合を除く。)との間において、資本的、経済的、組織的関連性等から密接な関係(※1)にある事業主以外の事業主に雇用されていたかどうか <small>＜雇用区分＞</small> a 正規雇用労働者又は多様な正社員に転換される場合 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用 b 無期雇用労働者に転換される場合 正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者 ※1 ・ 基準期間において、他の事業主の総株主又は総社員の議決数の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における、親会社又は子会社であること。 ・ 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であること又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めていること。	雇用されていた 雇用されていなかった			
対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当する ・ 該当しない			
本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、雇用形態を転換することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)			

番号	氏名	雇用保険被保険者番号		
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)	┆	┆	┆
転換の状況 (該当する番号を○で囲む)	1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員 5. 無期 → 多様な正社員			
(多様な正社員への転換の場合のみ) 制度の種類 (該当する番号を○で囲む)	1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度			
転換日	平成 年 月 日	転換後6か月分の賃金を支給した日	平成 年 月 日	
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合のみ) 労働条件について長期雇用を前提とした正社員待遇が適用されているか(総合的に改善されているか)	適用されている 適用されていない			
雇用が約束されていたかの確認				
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用することをあらかじめ約していたかどうか	約していた ・ 約していなかった			
過去3年以内の雇用状況の確認(以下(1)~(3)のいずれかに記入)				
(有期契約労働者から正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) (1) 当事業主に正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用されていたかどうか	雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
(無期雇用労働者へ転換の場合) (2) 当事業主に正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者として雇用されていたかどうか	雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
対象労働者が、転換を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。)に該当するかどうか	該当する ・ 該当しない			
転換日の前日から起算して1年6か月前の日から当該転換日の前日から起算して6か月前の日の前日までの間(以下「基準期間」という。)において、当該転換に係る者を以下の雇用区分aまたはbのいずれかにより雇用していた事業主(当該転換を行った適用事業所と基準期間における適用事業所が同一である場合を除く。)との間において、資本的、経済的、組織的関連性等から密接な関係(※1)にある事業主以外の事業主に雇用されていたかどうか <small>＜雇用区分＞</small> a 正規雇用労働者又は多様な正社員に転換される場合 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用 b 無期雇用労働者に転換される場合 正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者 ※1 ・ 基準期間において、他の事業主の総株主又は総社員の議決数の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における、親会社又は子会社であること。 ・ 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であること又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めていること。	雇用されていた 雇用されていなかった			
対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか	該当する ・ 該当しない			
本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、雇用形態を転換することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)			

記入上の注意

この様式は、次の点に注意して記入してください。

- 1 別添様式3-1（第1面）に記載した対象労働者ごとに番号を付け、当該対象労働者の詳細を記入してください。
また、対象労働者の年齢については、転換日または直接雇用日における年齢を記入してください。
- 2 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後、記載内容に相違がないか、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。その場合、続柄を記入してください。
- 3 用紙が不足する場合は、様式第7号（別添様式3-2）（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

番号	氏名	雇用保険被保険者番号		
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
転換の状況 (該当する番号を○で囲む)	1. 有期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員	2. 有期 → 無期 5. 無期 → 多様な正社員	3. 無期 → 正規	
(多様な正社員への転換の場合のみ) 制度の種類 (該当する番号を○で囲む)	1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度			
転換日	平成 年 月 日	転換後6か月分の賃金を支給した日	平成 年 月 日	
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合のみ) 労働条件について長期雇用を前提とした正社員待遇が適用されているか(総合的に改善されているか)	適用されている 適用されていない			
雇用が約束されていたかの確認				
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用することをあらかじめ約していたかどうか		約していた ・ 約していなかった		
過去3年以内の雇用状況の確認(以下(1)~(3)のいずれかに記入)				
(有期契約労働者から正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) (1) 当事業主に正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用されていたかどうか		雇用されていた ・ 雇用されていなかった		
(無期雇用労働者へ転換の場合) (2) 当事業主に正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者として雇用されていたかどうか		雇用されていた ・ 雇用されていなかった		
対象労働者が、転換を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。)に該当するかどうか		該当する ・ 該当しない		
転換日の前日から起算して1年6か月前の日から当該転換日の前日から起算して6か月前の日の前日までの間(以下「基準期間」という。)において、当該転換に係る者を以下の雇用区分aまたはbのいずれかにより雇用していた事業主(当該転換を行った適用事業所と基準期間における適用事業所が同一である場合を除く。)との間において、資本的、経済的、組織的関連性等から密接な関係(※1)にある事業主以外の事業主に雇用されていたかどうか <雇用区分> a 正規雇用労働者又は多様な正社員に転換される場合 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用 b 無期雇用労働者に転換される場合 正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者 ※1 ・ 基準期間において、他の事業主の総株主又は総社員の議決数の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における、親会社又は子会社であること。 ・ 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であること又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めていること。		雇用されていた 雇用されていなかった		
対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか		該当する ・ 該当しない		
本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、雇用形態を転換することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合統柄:)			
番号	氏名	雇用保険被保険者番号		
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日 (歳)			
転換の状況 (該当する番号を○で囲む)	1. 有期 → 正規 4. 有期 → 多様な正社員	2. 有期 → 無期 5. 無期 → 多様な正社員	3. 無期 → 正規	
(多様な正社員への転換の場合のみ) 制度の種類 (該当する番号を○で囲む)	1. 勤務地限定正社員制度 2. 職務限定正社員制度 3. 短時間正社員制度			
転換日	平成 年 月 日	転換後6か月分の賃金を支給した日	平成 年 月 日	
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合のみ) 労働条件について長期雇用を前提とした正社員待遇が適用されているか(総合的に改善されているか)	適用されている 適用されていない			
雇用が約束されていたかの確認				
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用することをあらかじめ約していたかどうか		約していた ・ 約していなかった		
過去3年以内の雇用状況の確認(以下(1)~(3)のいずれかに記入)				
(有期契約労働者から正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) (1) 当事業主に正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用されていたかどうか		雇用されていた ・ 雇用されていなかった		
(無期雇用労働者へ転換の場合) (2) 当事業主に正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者として雇用されていたかどうか		雇用されていた ・ 雇用されていなかった		
対象労働者が、転換を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。)に該当するかどうか		該当する ・ 該当しない		
転換日の前日から起算して1年6か月前の日から当該転換日の前日から起算して6か月前の日の前日までの間(以下「基準期間」という。)において、当該転換に係る者を以下の雇用区分aまたはbのいずれかにより雇用していた事業主(当該転換を行った適用事業所と基準期間における適用事業所が同一である場合を除く。)との間において、資本的、経済的、組織的関連性等から密接な関係(※1)にある事業主以外の事業主に雇用されていたかどうか <雇用区分> a 正規雇用労働者又は多様な正社員に転換される場合 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用 b 無期雇用労働者に転換される場合 正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者 ※1 ・ 基準期間において、他の事業主の総株主又は総社員の議決数の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における、親会社又は子会社であること。 ・ 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であること又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めていること。		雇用されていた 雇用されていなかった		
対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか		該当する ・ 該当しない		
本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、雇用形態を転換することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合統柄:)			

4-1 職場支援員の配置 内訳

①

対象労働者	番号	ふりがな	年齢	雇用保険被保険者番号	
	氏名 (生年月日)	()		障害の種類	
	支給対象期内の支援方法の変更の有無		あり ・ なし		
	支給対象期間内の賃金未払い	あり ・ なし	起算日	平成 年 月 日	
	週所定労働時間	時間 / 週		短時間労働者該当	あり ・ なし
	継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。	あり ・ なし	起算日の要因	雇入れ ・ 勤務時間延長 ・ 配置転換 業務内容変更 ・ 職場復帰	
	就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ なし	対象労働者が職場支援員の配置に係る事業所の代表者又は取締役の3親等内の親族に該当するか		する ・ しない
	支給対象期内の対象労働者の在職状況	在職 ・ 離職 (離職日 年 月 日) [理由]			
	支給対象期内の1月を超える長期休職の有無	あり (理由: 期間: 月 日 ~ 月 日) ・ なし			
	対象労働者の雇い入れの前日から起算して6か月前の日から1年間の解雇等の有無	あり ・ なし			
	支援策の種類	雇用している支援員による支援 ・ 業務委託 ・ 委嘱			
	職場支援員	氏名			
		所属法人等			
	対象労働者に対する職場支援員としての配置日		平成 年 月 日		
	支給対象期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 ・ 第5期 ・ 第6期			
本人確認欄	別紙のとおり、支援員による支援を受けました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)				
番号	ふりがな	年齢	雇用保険被保険者番号		
氏名 (生年月日)	()		障害の種類		
支給対象期内の支援方法の変更の有無		あり ・ なし			
支給対象期間内の賃金未払い	あり ・ なし	起算日	平成 年 月 日		
週所定労働時間	時間 / 週		短時間労働者該当	あり ・ なし	
継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。	あり ・ なし	起算日の要因	雇入れ ・ 勤務時間延長 ・ 配置転換 業務内容変更 ・ 職場復帰		
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ なし	対象労働者が職場支援員の配置に係る事業所の代表者又は取締役の3親等内の親族に該当するか		する ・ しない	
支給対象期内の対象労働者の在職状況	在職 ・ 離職 (離職日 年 月 日) [理由]				
支給対象期内の1月を超える長期休職の有無	あり (理由: 期間: 月 日 ~ 月 日) ・ なし				
対象労働者の雇い入れの前日から起算して6か月前の日から1年間の解雇等の有無	あり ・ なし				
支援策の種類	雇用している支援員による支援 ・ 業務委託 ・ 委嘱				
職場支援員	氏名				
	所属法人等				
対象労働者に対する職場支援員としての配置日		平成 年 月 日			
支給対象期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 ・ 第5期 ・ 第6期				
本人確認欄	別紙のとおり、支援員による支援を受けました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)				

※1 障害の種類欄には、「身体障害」、「知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」または「高次脳機能障害」のいずれかを記入してください。

※2 職場支援員としての配置日欄には、委嘱の場合は最初の支援の日を記入してください。

②

支給額
[別添様式4-2の合計額]

円

様式第4号（別添様式4-1）（第2面）

支給申請期間

支給要件を具備した日以降最初に到来する職場定着支援計画ごとに定められた支給申請期間中に申請してください。

記入上の注意

この様式は次の点に注意して記入してください。

- ①欄は対象労働者について記入してください。
- 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。その場合、続柄を記入してください。
- ②欄は別添様式4-2により算出した支給申請額について記入してください。
- 用紙が不足する場合は、様式第4号（別添様式4-1）（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

添付書類

職場支援員の配置の措置に係る支給申請を行う場合は、支給申請書（様式第4号）、本様式（別添様式4-1）、支援状況及び支給申請額詳細（別添様式4-2）及び職場支援員詳細（別添様式4-3）に、次の書類（原本または写し）を添付してください。

- 対象労働者が「身体障害」、「知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」または「高次脳機能障害」のいずれかに該当することを証明する書類
- 管轄労働局長の確認を受けた職場定着支援計画書
- 対象労働者の雇用契約書または労働条件通知書等（船員法第32条の規定により船員に対して明示しなければならない書面を含みます。）労働条件が確認できる書類
- 対象労働者の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿（対象労働者について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
- 対象労働者の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類（対象労働者について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
- 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（例えば、登記事項証明書、資本金・労働者数等を記載した資料、事業内容を記載した資料など、下表の範囲に該当することが確認できる資料）

（中小企業の範囲）

小売業（飲食業を含む）	資本額又は出資額が5,000万円以下、または常時雇用する労働者の数が50人以下
サービス業	〃 5,000万円以下、または 〃 100人以下
卸売業	〃 1億円以下、または 〃 100人以下
その他	〃 3億円以下、または 〃 300人以下

- 職場支援員の配置に係る契約の種類に応じた書類
- 職場支援員を支給対象事業主との雇用契約により配置する場合
 - 職場支援員が支給要件に該当する資格等を有することを証明する資格取得の証明書、研修の修了証明書等
 - 職場支援員の雇用契約書または労働条件通知書等の労働条件が確認できる書類
 - 対象労働者及び職場支援員の業務内容、所属等を明らかにする組織図、辞令等
 - 職場支援員の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿（職場支援員について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
 - 職場支援員の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類（職場支援員について、申請しようとする支給対象期間に係る分）
 - 支給対象期間内に対象労働者の退職期間がある場合、休暇簿等の書類
- 職場支援員を支給対象事業主との業務委託契約により配置する場合
 - 業務委託先の法人等の業務内容がわかるパンフレット等の書類
 - 支援内容、相談体制、期間、契約額等が確認できる業務委託契約書等の書類
 - 職場支援員が支給要件に該当する資格等を有することを証明する資格取得の証明書、研修の修了証明書等
 - 対象労働者が業務上の負傷または業務上の疾病による休業、育児休業、介護休業をとっている場合、当該休業であることがわかる書類
- 職場支援員を支給対象事業主との委嘱契約により配置する場合
 - 支援内容、期間、費用を確認できる委嘱契約書等の書類
 - 支給対象期間内の委嘱に係る経費として支払った額がわかる領収書
 - 職場支援員が行った最初の支援の日付がわかる書類
 - 職場支援員が支給要件に該当する資格等を有することを証明する資格取得の証明書、研修の修了証明書等
- 対象労働者について、障害者雇用安定助成金（障害者職場適応援助コース）の支給対象となっている場合、企業在籍型支援計画

申請にあたっての留意点

助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧いただき、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

対象労働者	番号	ふりがな	年齢	雇用保険被保険者番号	
	氏名 (生年月日)	()		障害の種類	
	支給対象期内の支援方法の変更の有無			あり ・ なし	
	支給対象期間内の賃金未払い	あり ・ なし	起算日	平成 年 月 日	
	週所定労働時間	時間 / 週		短時間労働者該当	あり ・ なし
	継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。	あり ・ なし	起算日の要因	雇入れ ・ 勤務時間延長 ・ 配置転換 業務内容変更 ・ 職場復帰	
	就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ なし	対象労働者が職場支援員の配置に係る事業所の代表者又は取締役の3親等内の親族に該当するか		する ・ しない
	支給対象期内の対象労働者の在職状況	在職 ・ 離職 (離職日 年 月 日) [理由]			
	支給対象期内の1月を超える長期休職の有無	あり (理由: 期間: 月 日～ 月 日) ・ なし			
	対象労働者の雇い入れの前日から起算して6か月前の日から1年間の解雇等の有無			あり ・ なし	
	支援策の種類	雇用している支援員による支援 ・ 業務委託 ・ 委嘱			
	職場支援員	氏名			
		所属法人等			
			対象労働者に対する職場支援員としての配置日	平成 年 月 日	
	支給対象期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 ・ 第5期 ・ 第6期			
	本人確認欄	別紙のとおり、支援員による支援を受けました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。			
平成 年 月 日 (本人署名)		印 (保護者の場合続柄:)			
番号	ふりがな	年齢	雇用保険被保険者番号		
氏名 (生年月日)	()		障害の種類		
支給対象期内の支援方法の変更の有無			あり ・ なし		
支給対象期間内の賃金未払い	あり ・ なし	起算日	平成 年 月 日		
週所定労働時間	時間 / 週		短時間労働者該当	あり ・ なし	
継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。	あり ・ なし	起算日の要因	雇入れ ・ 勤務時間延長 ・ 配置転換 業務内容変更 ・ 職場復帰		
就労継続支援A型事業の利用者への該当の有無	あり ・ なし	対象労働者が職場支援員の配置に係る事業所の代表者又は取締役の3親等内の親族に該当するか		する ・ しない	
支給対象期内の対象労働者の在職状況	在職 ・ 離職 (離職日 年 月 日) [理由]				
支給対象期内の1月を超える長期休職の有無	あり (理由: 期間: 月 日～ 月 日) ・ なし				
対象労働者の雇い入れの前日から起算して6か月前の日から1年間の解雇等の有無			あり ・ なし		
支援策の種類	雇用している支援員による支援 ・ 業務委託 ・ 委嘱				
職場支援員	氏名				
	所属法人等				
		対象労働者に対する職場支援員としての配置日	平成 年 月 日		
支給対象期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期 ・ 第5期 ・ 第6期				
本人確認欄	別紙のとおり、支援員による支援を受けました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。				
	平成 年 月 日 (本人署名)		印 (保護者の場合続柄:)		

4-2 支援状況及び支給申請額 詳細

対象労働者	職場支援員氏名			対象期間中の賃金未払い	あり・なし	
	支給対象期間内の職場支援員の支援状況	支援対象期間内支援実施 ・ 離職又は異動等途中中断 （支援を提供しなくなった日 年 月 日） { 理由 }				
雇用している職場支援員	支援状況					
		支援提供期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
	対象月数	月数	か月	金額	円 × か月 = 円	
		月数 (端数分)	(日) か月 (日)		円 × (日) = 円 (日)	
	助成額				a. 円	
業務委託した職場支援員	業務委託法人名称			契約期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (年 か月)	
	職場支援員氏名			業務委託契約額	円	
				今期分のうち 支払済み額	円	
	支援状況	(支援対象期間内の訪問による面談日と支援内容)				
		月1回以上の訪問面談の実施の有無(あり ・ なし)				
		支援提供期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
対象月数	月数	か月	金額	円 × か月 円		
	月数 (端数分)	(日) か月 (日)		円 × (日) = 円 (日)		
助成額				b. 円		
委嘱した職場支援員	職場支援員氏名			対象期間内支払額	円	
	支援状況	(訪問日と支援内容)				
	(注 訪問日において、対象障害者以外の従業員等の支援や相談等を実施した場合は除いてください。)					
	訪問支援実施日数	日	助成額 (訪問支援実施日数×10,000円)	c. 円		

様式第4号（別添様式4-2）（第2面）

記入上の注意

（共通）

- 1 「対象労働者」欄には別添様式4-1の番号を記入し、対応した支援策の種類（雇用・業務委託・委嘱）に応じた欄に必要事項を記入してください。
- 2 「支援状況」欄には、支給対象期間内に支援を行った日付とその支援内容を具体的に記入してください。
- 3 「雇用している職場支援員」又は「業務委託した職場支援員」の「支援提供期間」欄には、支給対象期間内において、それぞれの支援方法により支援を提供した期間を記入してください。途中で支援方法を変更していない場合は、通常、支給対象期間と同じ期間が記入されることとなります。

（雇用）

- 1 「対象月数」欄の「月数」には、「支援提供期間」の開始日から次の月の応当日の前日までを1月とし、以後同様に各月の応答日からその次の月の応当日の前日までを1月として区切った各月について、対象労働者の出勤割合（所定労働日数に占める出勤日数の割合）が6割に満たない月を除いた月数を記入してください。この際、次の(a)又は(b)に掲げる日は出勤日として取り扱って差し支えありませんが、(a)及び(b)に掲げる理由により全休した月については出勤割合を満たさないものとして取り扱います。
なお、支給対象期の途中で支援の提供方法を変更する等した場合のほかは通常発生しませんが、上記により月数を数える際に、最後に1月に満たない端数がある場合は、当該1月に満たない期間について、出勤割合が6割以上であることを確認のうえ、「月数(端数分)」欄の分子に当該端数となった日数を、分母に1月に満たない期間の開始日からその次の月の開始日応当日の前日までの日数を記入してください。
(a) 対象労働者に適用される当該事業所の就業規則等に基づく年次有給休暇又は特別休暇
(b) 業務上負傷し又は疾病にかかり療養のために休業した日、育児休業、介護休業及び産前産後の休暇により休んだ日
- 2 「金額」欄には、申請事業主が中小企業事業主であるか否か及び対象労働者が短時間労働者であるか否かにより下記の表から該当する額を選んで、記入してください。月数、日数(分数)については、「対象月数」欄の数字を記入してください。
- 3 「助成額」欄には、「金額」欄の上段と下段の合計を記入してください。

（業務委託）

- 1 「業務委託契約額」欄には契約書に記載された契約額を、「今期分のうち支払済み額」欄には、今期分について支払った額を記入してください。支払いを分割で一部、契約当初に前払いする等している場合は、当該前払い分を記載することができます。
なお、助成金の支給対象となる業務委託契約は有償の契約に限ります。
- 2 「対象月数」欄の「月数」には、「支援提供期間」の開始日から次の月の応当日の前日までを1月とし、以後同様に各月の応答日からその次の月の応当日の前日までを1月として区切った各月から、支援をまったく受けなかった月及び対象労働者が育児休業・介護休業・労災にかかる休業により1日も出勤していない月を除いた月の数を記入してください。
支給対象期の途中で支援の提供方法を変更する等した場合のほかは通常6月となりますが、支給対象期の途中で支援の提供方法を変更する等したために、最後に1月に満たない端数がある場合は、当該1月に満たない期間については、「月数(端数分)」欄の分子に当該端数となった日数を、分母に1月に満たない期間の開始日からその次の月の開始日応当日の前日までの日数を記入してください。
- 3 「金額」欄には、申請事業主が中小企業事業主であるか否か及び対象労働者が短時間労働者であるか否かにより下記の表から該当する額を選んで、記入してください。月数、日数(分数)については、「対象月数」欄の数字を記入してください。
- 4 「助成額」欄には、「金額」欄の上段と下段の合計を記入してください。

（表）

	中小企業事業主以外の事業主	中小企業事業主
短時間労働者以外の者	3万円/月	4万円/月
短時間労働者	1万5千円/月	2万円/月

※ 「短時間労働者」とは、1週間の所定労働時間が、同一の適用事業所に雇用される通常の労働者の1週間の所定労働時間と比し短く、かつ、30時間未満である者をいう。

（委嘱）

- 1 支給対象期間内に支援を実施した日を記入する際には、同一日に対象障害者とそれ以外の従業員等の支援や相談等を実施した場合は含まないものなので、記入しないでください。
- 2 助成金の支給対象となる委嘱契約は有償の契約に限ります。

4-3 職場支援員 詳細

(ふりがな) 職場支援員氏名 (生年月日)		(年 月 日)	配置方法 (該当する番号に○を付けてください)	1. 雇用 2. 業務委託 3. 委嘱	
配置方法 1	職場支援員の雇用 保険被保険者番号		職場支援員の 週所定労働時間数	時間/週	
	対象労働者に対して支援を実施する期間について、継続して雇用される見込みの有無	あり	なし		
	障害者職場定着支援コース、障害者職場適応援助コース等の対象として現在支援している対象労働者	氏名		雇用保険被保険者番号	
配置方法 2 又は 3	業務委託先法人 ・ 委嘱者の所属する法人 (個人の場合その住所等)	住所 _____ 電話番号 _____			
		名称 _____			
		(代表者)氏名 _____			
	契約期間 (委嘱の場合は最初の支援の日を記入してください)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	契約額	円	
職場支援員の該当資格等 (該当するものに☑を付し、必要事項を記入してください。)	i) 次の資格等を所持(該当する資格に○を付けてください。)				
	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセラー、(独)高齢障害求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修(訪問型・1号)修了者、同(企業在籍型・2号)修了者				
	ii) 特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績				
	<input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日				
	iii) 障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績				
<input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日					
iv) 障害者職業生活相談員 (資格取得年月日 年 月 日)					
<input type="checkbox"/> 事業所名: _____ 連絡先: _____ 期 間: _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日					
v) 法定必置規定内の産業医以外の医師					
<input type="checkbox"/> 支援員は労働安全衛生法第13条に基づく産業医以外の者であるか。 _____ あり ・ ない					
職場支援員が現に右記の助成金の支援対象労働者として支援を受けているか	(支援を受けている ・ いない) ↓ <input type="checkbox"/> 本コース(職場支援員の配置に係る措置に限る) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 障害者職場適応援助コース <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金				
職場支援者としての実務経験がある場合、当該期間中に右記の助成金の支援対象労働者として支援を受けていたか	(支援を受けていた ・ いなかった) ↓ <input type="checkbox"/> 本コース(職場支援員の配置に係る措置に限る) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 障害者職場適応援助コース <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 職場支援従事者配置助成金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金				
国等の委託事業費から人件費が支払われているか	_____ いる ・ いない				
国等からの補助金(助成金を含む)から人件費全部が支払われているか	_____ いる ・ いない				

様式第4号(別添様式4-3)(第2面)

記入上の注意

- 1 「配置方法」欄には、当該支援員の配置の方法に○を付してください。
- 2 配置方法に応じて、必要事項を記入してください。雇用の場合で、当該職場支援員が本コース、障害者職場定着支援奨励金、障害者職場適応援助コース(企業在籍型職場適応援助者による支援に限る。)、企業在籍型職場適応援助促進助成金、重度知的・精神障害者職場支援奨励金又は業務遂行援助者の配置助成金の支給対象として現に支援している労働者がいる場合、全て記入してください(1人の職場支援員につき、同一期間内に助成金の支給対象として支援できる障害者の数は3人までとなります。)。また、委嘱の場合で所属法人名がない場合は、空欄としてください。
- 3 職場支援員の該当する資格等について、i)～v)から選定し、左の枠に○を付した上で、枠内を記入してください。
- 4 業務委託や委嘱の場合で、複数名の職場支援員による支援を実施している場合は、様式第4号(別添様式4-3)(継紙)に記入し本紙に添付してください。

様式第4号(別添様式4-3)(継紙)

(ふりがな) 職場支援員氏名 (生年月日)		(年 月 日)	配置方法 (該当する番号に○を付けてください)	1. 雇用 2. 業務委託 3. 委嘱		
配置 の 場 合 方 法 1	職場支援員の雇用 保険被保険者番号		職場支援員の 週所定労働時間数	時間/週		
	対象労働者に対して支援を実施する期間について、継続して雇用される見込みの有無	あり	なし			
	障害者職場定着支援コース又は障害者職場適応援助コースの対象として現在支援している対象労働者	氏名		雇用保険被保険者番号		
配置 の 場 合 方 法 2 又 は 3	業務委託先法人 ・ 委嘱者の所属する法人 (個人の場合その住所等)	住所 _____ 電話番号 _____ 名称 _____ (代表者)氏名 _____				
	契約期間 (委嘱の場合は最初の支援の日を記入してください)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	契約額		円	
職場支援員の該当資格等 (該当するものに☑を付し、必要事項を記入してください。)	i) 次の資格等を所持(該当する資格に○を付してください。)					
	<input type="checkbox"/>	精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセラー、(独)高齢障害求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修(訪問型・1号)修了者、同(企業在籍型・2号)修了者				
	ii) 特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績					
	<input type="checkbox"/>	事業所名: 期 間: ~	連絡先: 年 月 日			
	iii) 障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績					
<input type="checkbox"/>	事業所名: 期 間: ~	連絡先: 年 月 日				
iv) 障害者職業生活相談員 (資格取得年月日 年 月 日)						
<input type="checkbox"/>	事業所名: 期 間: ~	連絡先: 年 月 日				
v) 法定必置規定内の産業医以外の医師						
<input type="checkbox"/>	支援員は労働安全衛生法第13条に基づく産業医以外の者であるか。		ある ・ ない			
職場支援員が現に右記の助成金の 支援対象労働者として支援を受けて いるか	(支援を受けている ・ いない) ↓		<input type="checkbox"/> 本コース(職場支援員の配置に係る措置に限る) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 障害者職場適応援助コース <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金			
職場支援者としての実務経験がある 場合、当該期間中に右記の助成金 の支援対象労働者として支援を受けて いたか	(支援を受けていた ・ いなかった) ↓		<input type="checkbox"/> 本コース(職場支援員の配置に係る措置に限る) <input type="checkbox"/> 障害者職場定着支援奨励金 <input type="checkbox"/> 障害者職場適応援助コース <input type="checkbox"/> 訪問型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 企業在籍型職場適応援助促進助成金 <input type="checkbox"/> 重度知的・精神障害者職場支援奨励金 <input type="checkbox"/> 職場支援従事者配置助成金 <input type="checkbox"/> 業務遂行援助者の配置助成金 <input type="checkbox"/> 障害者介助等助成金			
国等の委託事業費から人件費が支払われているか			いる ・ いない			
国等からの補助金(助成金を含む)から人件費全部が支払われているか			いる ・ いない			

5 職場復帰支援 内訳

①

(ふりがな)		生年月日		年齢 歳	雇用保険 被保険者番号	
対象労働者氏名						
障害等の種類		職場復帰の日		年	月	日
療養を要した期間	年 月 日	休職期間		年	月	日
中途障害の原因と発生日		新規・進行 (新規の場合発生日)		申請した障害による本措置に係る助成金の受給実績の有無	あり・なし ありの場合期間 (~)	
就労継続支援A型事業利用者への該当の有無	あり・なし			雇用期間の定め	あり・なし [契約期間 ~]	
継続して雇用(※)する見込みの有無 ※65歳以上に達するまで継続して雇用し、かつ、当該雇用期間が継続して2年以上であることをいう。				あり・なし		
□ 時間的配慮	□ 労働時間の調整					
	従前の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等			変更後の勤務時間・勤務形態 通勤時間 勤務地等		
	措置の開始日	平成 年 月 日	措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含みます)		あり・なし	
			変更した措置の開始日		平成 年 月 日	
			内容変更に係る医師の許可		あり・なし	
	理由 (途中変更有りの場合はその理由も記入してください。)					
	□ 休暇の付与					
	通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与	実施あり・実施なし	(内容)		年間計	日まで
	措置の開始日	平成 年 月 日	措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含みます)		あり・なし	
			変更した措置の開始日		平成 年 月 日	
内容変更に係る医師の許可				あり・なし		
□ 職務開発等	□ 職務内容の変更、職種転換					
	従前の職務内容 (職業分類番号)			変更後の職務内容 (職業分類番号)		
	理由					
	措置の開始日	平成 年 月 日	措置内容の途中変更の有無 (変更には終了も含みます)		あり・なし	
			変更した措置の開始日		平成 年 月 日	
	見直しを支援した支援者	氏名		所属組織名		
		資格		連絡先		
	□ 支援機器の導入・施設整備					
	施設整備等導入	名称		内容と必要性		
		導入完了日				
費用			円	(うち本人負担 あり・なし)		
措置の継続予定			あり・なし			
見直しを支援した支援者	氏名		所属組織名			
	資格		連絡先			
本人確認欄	上記の職場復帰のための措置の内容(変更を含む)について、同意しています。また、これらが現に実施されたことを確認します。あわせて、本助成金の支給申請に要する診断書に係る費用、支援機器の導入に要する費用その他の一切の費用について本人負担がなかったことを確認します。					
	平成 年 月 日	(本人署名)		印	(保護者の場合続柄:)	

②

対象月数	月数	か月	金額	□中小企業 8万円	円 × か月	円
	月数 (端数分)	か月		□大企業 6万円	円 × (日) =	円
支給対象期間	第1期・第2期		支給申請額			円

様式第4号(別添様式5)(第2面)

支給申請期間

支給要件を具備した日以降最初に到来する職場定着支援計画ごとに定められた支給申請期間中に申請してください。

記入上の注意

この様式は、次の点に注意して記入してください。

- 「障害等の種類」欄には、指定様式による医師の意見書の「上記を原因とする障害等の種類」欄の内容と合うものを記入してください。
- 「療養を要した期間」欄には、指定の医師の意見書の「上記疾病・外傷の療養のために休職が必要な期間」欄に記載された期間を記入してください。また、「実際の休職期間」欄には、出勤簿により確認できる、実際の連続した休職の期間を記入してください。
- 「中途障害の原因と発生日」欄には、新規に中途障害となった場合は「新規」に○を付し、原因と発生日(事故等は発生日、疾患の場合は最初の診断日)を記載してください。既往の障害の進行等を原因とする場合には「進行」に○を付してください。
- 実施した職場復帰のための措置に☑を付し、以下5～10に留意の上、必要事項を記入してください。
- 労働時間の配慮を行う場合は、「従前の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に休職前の勤務時間を、「変更後の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に措置実施後の勤務時間を記入してください。
- 通勤時間の短縮等のための勤務地変更を行う場合は、「従前の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に休職前の通勤時間及び勤務地を、「変更後の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に措置実施後の通勤時間及び勤務地を記入してください。理由欄には、通勤時間の短縮であることを明確に記入してください。
- 対象労働者が単身で居住している場合に、親族等と同居できるようにするために勤務地を変更する場合は、「従前の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に従前の勤務地を、「変更後の勤務時間・勤務形態・通勤時間・勤務地等」欄に変更後の勤務地を記載し、理由欄に対象労働者が現在独居であるかどうか、勤務地変更後に親族等と同居する予定であるかどうか及び同居する予定の親族の住所(市町村名まで)がわかるように記入してください。
- 通院のための通常の有給休暇以外の有給休暇の付与を行う場合には、実施ありに○を付し、年間何回まで認められるか記入してください。これが医師の意見書により通院が必要とされた回数を超えない場合は支給対象なりません。
「通常の有給休暇以外の有給」とは、就業規則等に定める当該事業主に雇用される労働者に適用される有給休暇以外の特別の有給休暇をいいます。病気休暇、特別休暇等名称は問わず、対象労働者との雇用契約に個別に定める休暇も含まれます。
- 職務内容の変更を行う場合には、「従前の職務内容」欄に休職前の職務の内容を、「変更後の職務内容」欄には措置実施後の職務の内容を記入してください。職種転換の場合は、「職業分類番号」には、職業安定法第15条の規定に基づき職業安定局長が作成する職業分類表の中分類を記入してください。中分類は次のホームページからご確認ください。この中分類が異なる職種への転換が、本助成金上の職種転換と認められます。
また、本支援は、障害者の就労支援に係る業務を行っている就労支援機関の支援者による援助を得て行う職務内容の変更のみが対象となります。「見直しを支援した支援者」欄に、援助を行った支援者について記入してください。変更内容等に疑義がある場合は、記載された者に対して、支援内容について聴取することがあります。
【サイト名】ハローワークインターネットサービス 厚生労働省編職業分類
【URL】https://www.hellowork.go.jp/info/mhlw_job_dictionary.html
- 施設設備を導入する場合は、「導入完了日」欄には施設設備の設置日、工事完了日等、実際にこれを利用できるようになった日を記入してください。これが職場復帰の日から3か月以内であることが必要です。
また、本支援は、障害者の就労支援に係る業務を行っている就労支援機関の支援者による援助を得て行う施設整備等が対象となります。「見直しを支援した支援者」欄に、援助を行った支援者について記入してください。施設設備の内容等に疑義がある場合は、記載された者に対して、支援内容について聴取することがあります。
- 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。その場合、続柄を記入してください。
- 「対象月数」欄の「月数」には、「支援提供期間」の開始日から次の月の応当日の前日までを1月とし、以後同様に各月の応答日からその次の月の応当日の前日までを1月として区切った各月の月数を記入してください。
支給対象期の途中で支援を終了する等した場合のほかに通常6月となりますが、最後に1月に満たない端数がある場合は、当該月に満たない期間については、「月数(端数分)」欄の分子に当該端数となった日数を、分母に1月に満たない期間の開始日からその次の月の開始日応当日の前日までの日数を記入してください。
- 「助成額」欄には、「金額」欄の上段と下段の合計を記入してください。

添付書類

職場復帰支援の措置に係る支給申請を行う場合は、支給申請書(様式第4号)、本様式(別添様式5)および医師の意見書(様式第11号)に、次の書類(原本または写し)を添付してください。

- 対象労働者が「身体障害」、「知的障害」、「精神障害」、「発達障害」、「難治性疾患」または「高次脳機能障害」のいずれかに該当することを証明する書類
- 管轄労働局長の確認を受けた職場定着支援計画書
- 対象労働者の貸金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿(対象労働者について、申請しようとする支給対象期間に係る分)
- 対象労働者の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類(対象労働者について、申請しようとする支給対象期間に係る分)
- 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(例えば、登記事項証明書、資本金・労働者数等を記載した資料、事業内容を記載した資料など、下表の範囲に該当することが確認できる資料)

(中小企業の範囲)

小売業(飲食業を含む)	資本額又は出資額が5,000万円以下、または常時雇用する労働者の数が50人以下
サービス業	5,000万円以下、または 100人以下
卸売業	1億円以下、または 100人以下
その他	3億円以下、または 300人以下

6 職場復帰のための措置内容に応じた書類

イ 時間的配慮関係

- 時間的配慮を必要とすることを記載した医師の意見書・診断書等(指定の医師の意見書(様式第11))で代えられる場合は不要です。
- 就業規則、雇用契約書、労働条件通知書、辞令等の対象労働者に対して時間的配慮を行うことを通知した書類
- 休暇の付与の場合、利用できる休暇制度を対象労働者に示している就業規則、雇用契約書等の書類
- 勤務地の変更の場合、従前の勤務地および変更後の勤務地の住所のわかるパンフレット等の書類、辞令等の勤務地の変更をおこなったことがわかる書類

ロ 職務開発等関係

- 外部専門家の所属する法人等の業務がわかるパンフレット等の書類
- 支援機器の導入の場合、導入した機器の内容、導入した事実および事業主が経費を負担した事実がわかる書類(契約書、納品書、領収書等)
- 施設整備の場合、予定の施設整備が完了している事実および事業主が経費を負担した事実がわかる書類(契約書、納品書、領収書等)

申請にあたっての留意点

助成金の受給にあたっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧ください、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

6 社内理解の促進 内訳

(1) 申請事業所において実施する講習				
①講習名				
②講習実施日	平成	年	月	日
				(計 時間)
③講習場所				
④講師名				
⑤講師の種類、略歴	(種類) 第2面から選択	(略歴) 所属・実務経験年数を記入してください。		
⑥対象者数	人 (対象者は様式第12号「労働者名簿」のとおり。)			
⑦講習費用				
ア	講師謝金		イ	講師旅費
ウ	会場使用料		エ	教材費・教科書代
オ	その他		ア～オの合計	
				a
(2) 外部機関が実施する講習				
①講習名				
②実施機関名				
③講習実施日	平成	年	月	日
				(計 時間)
④講習場所				
⑤対象者数	人 (対象者は様式第12号「労働者名簿」のとおり。)			
⑥講習費用	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">円</div> × <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">人</div> = <div style="border: 2px solid black; padding: 5px;">b</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">円</div> </div> <p style="font-size: x-small; margin-top: 5px;">[受講料1人当たり] [対象者数]</p>			
(3) 賃金相当額				
①	人	×	②	時間
[(1)⑥と(2)⑤の合計]			[(1)②と(2)③の合計]	
			×	800円
				c
				円
(4) 支給申請額				
① 基礎額 (a+b+c)		② 企業規模		③主たる事業
d	円	<input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業		
(表)				
		支給額		
		中小企業	大企業	
5万円 ≤ d < 10万円		3万円	2万円	
10万円 ≤ d < 20万円		6万円	4万5千円	
20万円 ≤ d		12円	6万円	
				④ 支給申請額
				円

様式第4号(別添様式6)(第2面)

支給申請期間等

支給要件を具備した日以降最初に到来する職場定着支援計画ごとに定められた支給申請期間中に申請してください。また、本措置は他の措置と組み合わせて職場定着支援計画を作成した場合であり、当該他の措置が不支給となっていない場合のみ助成金の支給対象となります。

提出上の注意

支給の対象となる期間は、職場定着支援計画の開始日から起算して、最初の6か月間が第1期、次の6か月間が第2期です。この期間内に社内理解の促進のための講習を実施する必要があり、第1期に講習に要した経費を第2期に繰り越すことはできません。

記入上の注意

(1)申請事業所において実施する講習について

- 講習を複数回実施している場合には、回毎に様式を分けて記入してください。
- 「①講習名」については、実施した講習の名称を記入してください。(例:●●セミナー)
なお、セルフケア(受講する対象者が自身のストレスや心の健康について理解し自らのストレスを予防、軽減するあるいはこれに対処すること)に関する講習及び通信による講習については、この助成金の支給の対象となりません。
- 「②講習期間」については、講習を実施した日を記入してください。対象者が同一であり、内容に連続性のある講習で、複数日にわたって開催する講習の場合、当該欄の余白部分に実施日を記入してください。また、講習の総時間数を記入してください。
- 「③講習場所」については、講習を実施した会場の名称を記入してください。
- 「④講師名」については、講師をした者の氏名を記入してください。2人以上の講師による場合は、該当する講師全員の氏名を記入してください。
- 「⑤講師の種類・資格、略歴」については、(種類)の欄は④で記入した講師の種類を次のアからカまでから選んで記入し、資格を所持する場合は、(資格)の欄に資格の名称を記入してください。また、略歴も合わせて記入してください。講師の種類が「カ 事業所で雇用されている障害者」である場合は、(資格)の欄に障害の種類を記入してください。
また、当該事業所において選任されている産業医、当該事業所の産業保健スタッフ又は当該事業所で雇用されている者を講師にした場合は、当該講師に対する講師謝金及び講師旅費については、支給対象となりません。

ア	医師、精神保健福祉士、臨床心理士、臨床発達心理士、社会福祉士、作業療法士、看護師又は保健師
イ	障害に関する専門的知識及び技術を有する学識経験者
ウ	障害者の就労支援に係る経験を3年以上有する者
エ	障害者の雇用管理に係る経験を3年以上有する者
オ	事業所で雇用されている精神障害者

- 「⑥対象者数」については、講習に出席した労働者の人数を記載してください。なお、内容に連続性のある講習で、複数日にわたって開催する講習の場合、全ての回に参加した労働者の人数のみ記入し、1回でも参加していない労働者については、記入しないでください。
- 「⑦講習費用」については、講習に要した「ア 講師謝金」「イ 講師旅費」「ウ 会場使用料」「エ 教材費・教科書代」及び「オ その他」を記入してください。ただし、講習に参加するための対象者の旅費については、支給対象となりません。また、当該事業所において選任されている産業医、当該事業所の産業保健スタッフ又は当該事業所の労働者を講師とした場合、講師謝金及び講師旅費については、支給対象となりません。

(2)外部機関が実施する講習について

- 講習を複数回実施している場合には、回毎に様式を分けて記入してください。
- 「①講習名」については、実施した講習の名称を記入してください。(例:●●セミナー)
なお、セルフケア(受講する対象者が自身のストレスや心の健康について理解し自らのストレスを予防、軽減するあるいはこれに対処すること)に関する講習及び通信による講習については、この助成金の支給の対象となりません。
- 「②講習実施機関名」については、講習を実施した機関の名称を記入してください。
- 「③講習期間」については、講習を実施した日を記入してください。対象者が同一であり、内容に連続性のある講習で、複数日にわたって開催する講習の場合、当該欄の余白部分に実施日を記入してください。また、講習の総時間数を記入してください。
- 「④講習場所」については、講習を実施した会場の名称を記入してください。
- 「⑤対象者数」については、講習に出席した労働者の人数を記載してください。なお、内容に連続性のある講習で、複数日にわたって開催する講習の場合、全ての回に参加した労働者の人数のみ記入し、1回でも参加していない労働者については、記入しないでください。
- 「⑥講習費用」については、外部機関が実施する講習の受講料について、対象者1人当たりの金額を記入し、対象者の人数を乗じて、要した講習費用を記入してください。ただし、講習に参加するための対象者の旅費については、支給対象となりません。

(3)賃金相当額について

- ①欄については、講習に参加した労働者数の合計((1)⑥と(2)⑤の合計)を記入してください。内容に連続性のある講習で、複数日にわたって開催する講習の場合、全ての回に参加した労働者のみ対象となります。
- ②欄については、講習の総時間数((1)②と(2)③の合計)を記入してください。

(4)支給申請額について

- (1)～(3)の金額の合計額を、表にあてはめ支給申請額を記入してください。

添付書類

社内理解の促進の措置に係る支給申請を行う場合は、支給申請書(様式第4号)、本様式(別添様式6)および労働者名簿(様式第12号)に次の書類(原本または写し)を添付してください。

- 講習カリキュラムの内容に係る書類(講習年月日、講習時間、講師の氏名、講師の職歴及び講習内容が確認できる書類)
- 領収書等の講習に要した費用が確認できる資料。
- 講習に参加した労働者の賃金台帳または船員法第58条の2に定める報酬支払簿(対象労働者について、講習実施日に係る賃金の支払い状況が確認できる分)
- 講習に参加した労働者の出勤簿、タイムカード等の出勤状況が確認できる書類(対象労働者について、講習実施日の出勤状況が確認できる分)

申請にあたっての留意点

助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧ください、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。