

キャリアアップ助成金(障害者正社員化コース)申請書類等

| ① 申請期間 | | 主な確認事項 |
|----------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | 正規雇用または無期雇用(以下「正規雇用等」という)転換日 | ・ 正規雇用等転換日がキャリアアップ計画期間内か |
| <input type="checkbox"/> 2 | 申請期間(第1期支給対象期) | ・ 正規雇用等転換後6か月分の賃金支払日翌日から2か月以内か |
| <input type="checkbox"/> 3 | 申請期間(第2期支給対象期) | ・ 第1期支給対象期の次の6か月分の賃金支払日翌日から2か月以内か |
| ② 申請書類 | | 主な確認事項 |
| <input type="checkbox"/> 1 | キャリアアップ助成金支給申請書 (様式第3号) | ・ 記入漏れがなく、記載事項が適切か |
| <input type="checkbox"/> 2 | 障害者正社員化コース内訳 (様式第3号・別添様式2-1) | ・ 記入漏れがなく、記載事項が適切か |
| <input type="checkbox"/> 3 | 障害者正社員化コース対象労働者詳細 (様式3号・別添様式2-2) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 転換後6か月分賃金支払日が正しく記入されているか (締切日と支給日が基本給と残業代で分かれていないか注意) ・ 転換後の雇用形態で雇用することを前提として雇い入れられた者でないか ・ 事業主または取締役の3親等以内の親族でないか ・ 転換日から定年までの期間が1年以上あるか |
| <input type="checkbox"/> 4 | 支給要件確認申立書 (共通要領様式第1号) 及び別紙「役員等一覧」 | ・ 記入漏れがなく、記載事項が適切か(問4～16について「いいえ」がある場合、助成金の支給を受けることはできません) |
| <input type="checkbox"/> 5 | ※未登録または振り込み口座変更の場合に限る 支払方法・受取人住所 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 記入漏れがなく記載事項が適切か ・ 通帳の写しなど口座番号が確認出来る書類も添付しているか |
| ③ 添付書類(第2期の場合は4、5、6のみで可) | | 主な確認事項 |
| <input type="checkbox"/> 1 | 管轄労働局長に受理されたキャリアアップ計画書(写) (変更届を提出している場合、当該変更届を含む。) | ・ 正規雇用等転換日の前日までに受理されているか |
| <input type="checkbox"/> 2 | 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 | ・ 別表の書類が添付されているか |
| <input type="checkbox"/> 3 | 転換前後の労働協約または就業規則等(写) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、労働者代表と事業主の氏名等を記載した申立書があるか ・ 多様な正社員への転換の場合、通常の正社員とは別に多様な正社員の雇用区分が規定されていること及び通常の正社員に適用されている労働条件が適用されていることが確認できるか ・ 賃金規定等を別途作成している場合、当該賃金規定等が提出されているか ・ 転換後に「賞与または退職金の制度」かつ「昇給」が適用されていることを確認できるか ・ 転換前に「賃金の額または計算方法が正社員と異なる就業規則」の適用を6か月(または障害者トライアル雇用実施期間)以上受けていることを確認できるか |
| <input type="checkbox"/> 4 | 対象労働者の転換前後の雇用契約書または労働条件通知書等(写) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 転換後の雇用形態での雇用を前提として雇い入れた者でないか ・ 転換前の雇用期間が6か月(または障害者トライアル雇用実施期間)以上であるか ・ 就業時間、賃金形態等が就業規則と一致しているか ・ 転換日から定年までの期間が1年以上あるか |
| <input type="checkbox"/> 5 | 対象労働者の転換前後の賃金台帳等(写) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 【第1期支給申請時】転換前6か月分及び当該支給対象期の賃金に係る分があるか。 ・ 【第2期支給申請時】当該支給対象期の賃金に係る分があるか (転換後については、勤務した日数が11日以上の方が6か月に達するまでの月分があるか) ・ 転換後6か月の賃金が転換前6か月間の賃金より減額されていないか ・ 転換後、社会保険料や雇用保険料の控除が確認できるか |
| <input type="checkbox"/> 6 | 対象労働者の転換前後の出勤簿等(写) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 【第1期支給申請時】転換前6か月分及び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があるか。 ・ 【第2期支給申請時】当該支給対象期に係る分があるか (転換後については、勤務した日数が11日以上の方が6か月に達するまでの月分があるか) |
| 代理人の場合 | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | 委任状 | ・ 委任状(原本)が添付されているか |
| 中小企業事業主の場合 | | |
| <input type="checkbox"/> 1 | 事業所確認票(様式第4号) または登記事項証明書等 | ・ 中小企業事業主であることが確認できるか |

※上記の他、労働局が必要と認める書類の提出を求めることがあります。
主な確認事項以外にも確認事項がありますのでご注意ください。

別 表：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（前ページ③ 2）

| | |
|-----------------|--|
| 身体障害者 | <p>身体障害者福祉法第15条第4項の規定に基づき交付を受けた身体障害者手帳（以下「身体障害者手帳」という。）(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））</p> <p>身体障害者手帳を所持しない者については、当分の間、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。</p> <p>① 身体障害者福祉法第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（ただし、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。</p> <p>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</p> |
| 知的障害者 | <p>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）又は所得税法施行令第31条の2第14号に規定する療育手帳（以下「療育手帳」という。）（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。</p> |
| 精神障害者 | <p>精神保健福祉法第45条第2項の規定に基づき交付を受けた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）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。）。</p> |
| 発達障害者 | <p>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。</p> |
| 難病患者 | <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第7条第4項により都道府県が交付する医療受給者証（写）、医師の診断書（原本又は写し）又は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。</p> |
| 高次脳機能障害者 | <p>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。</p> |

対象難病一覧

対象の難病に関する最新の情報は、厚生労働省ホームページをご参照ください。

【障害者総合支援法の対象疾病（難病等）】

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougai Shahukushi/hani/index.html