

7

報奨金支給申請書

下記のとおり申請します。  
 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構理事長 殿

① 事業主番号 (フリガナ) 住所 (法人のときは非なる事務所の所在地) 名称 (フリガナ) 氏名 (法人のときは代表者の氏名・氏名)		平成 年 月 日		② 照コード・課安コード 第 号		※受理年月日・番号(整理) ※	
③ 代表者の氏名 (フリガナ) (印)				郵便番号 電話番号			
④ 報奨金の支給先 支給先の選択 1 親事業主		銀行		本店 支店		(印) 産業分類 (注) (主たる事業の内容)	
2 特例子会社		フリガナ		(印) 口座番号		(印) 預金種目 1 普通 2 当座 9 その他	
⑤ 報奨金の算定内訳		平成 年		平成 年		合計	
(イ) 常用雇川労働者の総数		4 月 5 月 6 月 7 月 8 月 9 月 10 月 11 月 12 月		1 月 2 月 3 月			
(ロ) 身体障害者及び知的障害者							
(ハ) 重度知的障害者以外の身体障害者の数							
(ニ) 重度知的障害者以外の知的障害者の数							
(ホ) 知時間労働者である重度身体障害者の数							
(ヘ) 知時間労働者である重度知的障害者の数							
(ヘ) 合計 ((ロ) + (ハ) + (ニ) + (ホ) + (ヘ))							
⑥ 支給を申請する報奨金の額		(C)		(B)		(A) × 21,000 円 =	
社会保険労務士記載欄		作成年月日・提出行政庁 事務代理者の表示		氏名 (印)		氏名 (フリガナ) (印)	
所屬組織名		記入担当者		氏名		氏名 (フリガナ)	

注) (事業主様) 裏面の「注意」をよく読んで記入して下さい。  
 ※欄には記入しないで下さい。

参考資料4

障害者雇用状況等報告書 (I) (正)

① 事業主番号		2							7																
② 事業所別連番		8							10																
事業所		事業所名称																							
事業所		所在地																							
区		平成4年		平成5年		平成6年		平成7年		平成8年		平成9年		平成10年		平成11年		平成12年		平成13年		合計			
③ 労働者の月別雇用状況		1		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		計	
常用雇用労働者の総数		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	
(a) 重度身体障害者の数		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	
(b) 重度知的障害者の数		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	
(c) 重度身体障害者以外の身体障害者の数		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	
(d) 重度知的障害者以外の知的障害者の数		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	
(e) 短時間労働者である重度身体障害者の数		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	
(f) 短時間労働者である重度知的障害者の数		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	
(g) 合計		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	
		((a) + (b)) × 2 + (c) + (d) + (e) + (f)		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人		人	

注) (事業主控) 裏面の「注意」をよく読んで記入して下さい。

報奨金申請用

障害者雇用状況等報告書(Ⅱ)  
[ 常用雇用労働者用 ]



9

① 事業主番号	7				
② 事業所別連番	8				

③ 事業所	称	(イ) 算定基礎日	日
所在地			

報奨金申請用

④ 氏名	⑤ 性別	⑥ 生年月日	⑦ 手帳番号	⑧ 身体障害者		⑨ 知的障害者		⑩ 雇入れ年月日	⑪ 転入年月日	⑫ 年度内身体障害者となった年月日	⑬ 年度内等級等変更年月日	⑭ 離職年月日	⑮ 転出年月日														
				(a) 確認	(b) 等級	(a) 確認	(b) 程度							元号	年	月	日	元号	年	月	日	元号	年	月	日		
	男				級		程度																				
	女				級		程度																				
	男				級		程度																				
	女				級		程度																				
	男				級		程度																				
	女				級		程度																				
	男				級		程度																				
	女				級		程度																				
	男				級		程度																				
	女				級		程度																				
	男				級		程度																				
	女				級		程度																				
	男				級		程度																				
	女				級		程度																				
	男				級		程度																				
	女				級		程度																				

注) (事業主控) 裏面の「注意」をよく読んで記入して下さい。

障害者雇用状況等報告書(Ⅱ)  
[ 短時間労働者用 ]



この報告書には、短時間雇用の重度身体障害者及び重度知的障害者について記載してください。

9

① 事業主番号	2					
② 事業所別連番	8		110			

事業所名			(c) 算定基礎日	日
(n) 所在地				

報奨金申請用

③ 身体障害者及び知的障害者	(f) 氏名	(g) 性別	(h) 生年月日		(i) 手帳番号	(j) 身体障害者		(k) 知的障害者		(l) 雇入れ年月日	(m) 転入年月日		(n) 年度内等級等 変更年月日		(o) 離職年月日		(p) 転出年月日			
			元号	年月日		(a) 確認	(b) 等級	(a) 確認	(b) 程度		元号	年月日	元号	年月日	元号	年月日	元号	年月日	元号	年月日
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											
		男					級		重度											
		女					級		重度											

注) (事業主控) 裏面の「注意」をよく読んで記入して下さい。