様式第１号

　　年　　月　　日

愛　知　県　知　事　殿

所在地

名　称

代表者役職・氏名

愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給申請書

下記により、愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金の支給を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．奨励金支給申請額  （申請額に〇印を付ける） | ２．対象労働者の区分  （該当箇所に〇印を付ける） | | | | ３．週の所定労働時間  （該当箇所に〇印を付ける） | | ４．雇用保険適用事業所又は労働保険番号 |
| ６０万円 | 一般労働者  （身体・知的・精神）  短時間労働者（精神） | | | | ３０時間以上 | |  |
| ３０万円 | 短時間労働者  （身体・知的） | | | | ２０時間以上  ３０時間未満 | |  |
| １５万円 | 特定短時間労働者  （重度身体・重度知的・精神） | | | | １０時間以上  ２０時間未満 | |  |
| ５．主たる事業の  産業分類（中分類） | 番号（２桁） | 事業の種類 | | | | | |
| ６．労 働 者 数  （様式第1号-1により算出した数） | 表Aに該当する場合は（ﾊ）常時雇用する労働者の数  表Bに該当する場合は（ﾆ）法定雇用障害者の算定の基礎となる労働者の数    　　　　　　　　　　　　　人 | | | | | | |
| ７．対象労働者詳細  （記入及び該当箇所に〇印を付ける） | 氏　名 | |  | | | 雇入れ日 | 年 　　月　　 日 |
| 障害区分  及び程度 | | 重度身体・  その他の身体  重度知的・  その他の知的  精　　神  （　 　級／度） | | | 雇入れ日に  おける年齢 | 歳 |
| 雇用期間の定め | | | ・無期または定めなし  ・雇用期間は有期だが、自動更新条項あり  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 賃金支払状況 | | | 賃金を法定どおり支払っている | | | はい ・ いいえ |
| ８．対象労働者を雇入れ日（トライアル雇用の場合は常用雇用移行日）から６か月経過後も継続して雇用しており、対象労働者を継続雇用することが確実である。 | | | | | | | はい　・　いいえ |
| ９．雇入れ日（トライアル雇用の場合は常用雇用移行日）の前日から起算して、過去３年間に障害者の雇用実績がない | | | | | | | はい ・ いいえ |
| 10．就労継続支援A型の事業を実施していない | | | | | | | はい　・　いいえ |
| 11．障害者雇用促進法第44条の規定に基づく特例子会社に該当しない | | | | | | | はい　・　いいえ |
| 12. 対象労働者が、雇入れ企業の事業所の代表者又は取締役の３親等内の  親族（配偶者、３親等以内の血族及び姻族）でない | | | | | | | はい　・　いいえ |
| 13. 愛知県暴力団排除条例に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団  員と密接な関係がない | | | | | | | はい　・　いいえ |
| 14. 風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律（昭和23年法律第122号）  第２条第４項に規定する接待飲食等営業（同条第１項第１号に該当するものに  限る。）、同条第５項に規定する性風俗関連特殊営業及び同条第13項に規定  する接客業務受託営業を行う事業者でない | | | | | | | はい　・　いいえ |
| 15. 申請日時点で倒産していない | | | | | | | はい　・　いいえ |
| 16. 雇入れ時の労働条件が求人票等に記載した労働条件と同じである | | | | | | | はい　・　いいえ |
| ⇒いいえの場合：変更した内容に〇印を付ける  　[賃金・労働時間・契約期間・業務内容・その他]  　　　　　　　：変更した内容について対象労働者に対する不利益又は違法行為はなく、本人との合意もある | | | | | | | はい　・　いいえ |
| 17. 愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、愛知県が事業主名等を公表することを承諾する。 | | | | | | | はい　・　いいえ |
| 本人確認欄　上記7及び16の記載内容について確認しました。  　　　年　　　月　　　日（対象労働者氏名）　　　　　　　　　　 　　　　　　　(自署) | | | | | | | |
| 事務手続担当者 | （所属部署）　　　　　　　　（氏名）　　　 　　　　（電話番号）  （Eメールアドレス） | | | | | | |
| 代理人又は  社会保険労務士 | （住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）  （名称）  （氏名）  （Eメールアドレス） | | | | | | |

【添付書類】

①対象労働者が障害者であることが確認できる書類の写し

身体障害者　「身体障害者手帳」の写し

知的障害者　「療育手帳」または「児童相談所等による判定書」の写し

精神障害者　「精神障害者保健福祉手帳」の写し

②対象労働者の雇入れ時の労働条件が確認できる書類の写し

「労働条件通知書」又は「雇用契約書」の写し（雇入れ日の労働条件が確認できるもの）

③対象労働者の雇入れの日から支給対象期間である６か月分が含まれる「出勤簿（タイムカード）」の写し

④一般労働者・短時間労働者については、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）」の

写し

⑤常時雇用する一般労働者と短時間労働者、特定短時間労働者それぞれの数が把握できる従業員一覧表等

の労働者氏名と労働時間の別が記入された書類

⑥愛知県受取人届出書及び愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金の振込先が確認できる書類の写し

(通帳表面の写し等)

⑦その他（上記の書類以外で申請の確認に必要な書類がある場合。）

　※例：公共職業安定所のトライアル雇用をした場合は、トライアル雇用計画書の写しが必要

（注意事項）

１　５欄の主たる事業の産業分類（中分類）は、総務省統計局の日本標準産業分類による。

（２桁の数字で記入すること）

２　17欄記載の「公表」は、次の各号に掲げる事項を県政記者クラブにおいて記者発表し、愛知県の

ホームページに掲載することにより行う。

（１）不正受給を行った支給決定事業主の名称、代表者及び役員等（不正に関与した役員等に限る）の氏名

（２）不正受給に係る事業所の名称、所在地及び事業概要

（３）支給を取り消した日、返還を命じた額及び返還の状況

（４）支給決定事業主が行った不正の内容

（５）社会保険労務士又は代理人が不正受給に関与していた場合は、事務所の名称（法人等の場合は法人等名を含む。）、所在地、氏名及び不正の内容

３　本人確認欄の自署については、必ずボールペン等で記入してください。

（摩擦等で消せるボールペン等の使用は不可）

４　愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金の支給後に、施策効果を検証するアンケート調査に御協力ください。

５　愛知県の障害者雇用施策の案内等を送付することがあります。