

【令和7年4月分～令和7年8月分用】

様式第2号（第9条関係）

- ・印鑑証明書と同じ代表者印を押印してください（社判、代表者名のシャチハタ・認め印は使用不可です。）。
- ・電子申請の場合は、押印不要です。

捨
印

- ・郵送の場合は発送日を記入してください。
- ・電子申請の場合は提出日を記入してください。

和7年 ○月 ○日

印鑑証明書（電子申請の場合はGビズID）と同じ表記で正確に記入してください。
（所在地の記入例）
印鑑証明書の記載が、以下の場合
「東京都新宿区西新宿二丁目8番1号」
（誤）東京都新宿区2-8-1
（正）東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

企業等の所在地 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

企業等の名称 株式会社〇〇〇〇

代表者役職・氏名 代表取締役 東京 一郎

(印)

都中小企業障害者雇用支援助成金

給 申 請 書

- ・印鑑証明書と同じ代表者印を押印してください（社判、代表者名のシャチハタ・認め印は使用不可です。）。
- ・電子申請の場合は、押印不要です。

支給対象期間がR7年3月分までとR7年4月分以降の金額が変わりますので当該期間の月の単価に月数をかけてください。
【重度等】R7年3月分までは55,000円、R7年4月分以降は60,000円。
【重度等以外】R7年3月分までは33,000円、R7年4月分以降は36,000円。
右の例は重度障害者等でR6年11月～R7年3月分までの5か月分とR7年4月の1か月分の場合です。

者雇用支援助成金について、東京都中小企業障害者雇用のとおり申請します。

記

金 335,000 円

内訳

1人当たり月額5万5千円 × (5) 月分 × (1) 名分として
1人当たり月額6万円 × (1) 月分 × (1) 名分として
1人当たり月額3万3千円 × () 月分 × () 名分として
1人当たり月額3万6千円 × () 月分 × () 名分として

- ・「重度障害者等」
重度身体障害者、重度知的障害者、精神障害者、雇用日現在で満年齢45歳以上の身体障害者、雇用日現在で満年齢45歳以上の知的障害者。
- ・「重度障害者等以外」上記以外の障害者
※障害の程度が「重度障害者等」に該当しても、短時間労働者の場合は、「重度障害者等以外」に該当します。

3 支給対象者雇用事業所及び担当者連絡先

支給対象者	事業所名	株式会社〇〇〇〇 △△工場	・支給対象者の就業している「事業所名」、「就業場所」を記入してください。 ・担当者の「所属・氏名」、「電話番号」、「メールアドレス」、「書類送付先」を記入してください。
	就業場所	東京都大田区□□ 1-2-3	
担当者	所属・氏名	総務部人事課 ・ 東京 次郎	
	電話番号	03-5320-〇〇〇〇	
	メールアドレス	〇〇〇〇@△△△△	
業 種（該当するものに✓）（※）		資本金又は出資の総額（※）	常時雇用する労働者の数（※）
☐ 小売業・飲食業 ☐ 卸売業 ☐ サービス業 ☒ その他の業種		1,000 万円	100 人
主たる事業の産業分類（中分類）			
【 24 】金属製品製造業			

（※）の項目については支給対象者の日本標準産業分類の中分類の番号を記入してください。
支給申請書を参考に記入すること。

成金の第1期