

東京都
難病・がん患者
就業支援奨励金
申請の手引き

本奨励金に関するお問い合わせは、

東京都産業労働局 雇用就業部
就業推進課 障害者雇用促進担当

電話 03-5321-1111(代)
37-771~774(内線)



目次

○ 東京都難病・がん患者就業支援奨励金 申請等について

1	奨励金の目的	1
2	支給対象疾患患者と支給対象労働者	1
3	支給対象事業主	2
4	支給金額	6
5	申請方法等	7
6	手続きの流れ	10
7	注意事項等	12
8	支給決定の取消し、奨励金の返還	13
9	申請書類等の記入例・注意点等	
様式第1号	支援計画書	14
様式第2号	支給申請書	16
様式第2号-1	支給申請書別紙（採用奨励金）	17
様式第2号-2	支給申請書別紙（雇用継続助成金）	18
様式第3号-1	誓約書（採用奨励金）	19
様式第3号-2	誓約書（雇用継続助成金）	20
様式第6号	実績報告書	21
	週平均実労働時間確認表	22

様式第8号	申請撤回届	23
様式第9号	申請事業主の[名称、所在地、代表者等]変更報告書	24
医師の診断書・意見書		25
情報提供書1（就労・復職希望者本人記入用）		26
情報提供書2（事業主記入用）		27
支払金口座情報登録依頼書		28
チェックリスト【申請事業主用】		
	支援計画書提出用	29
	支給申請書提出用	30
	実績報告書提出用	31

東京都難病・がん患者就業支援奨励金 申請等について

1 奨励金の目的

東京都は、難病やがん患者の方が、疾患があっても安心して活躍できる社会の実現を目指しています。このため、東京都は、難病やがん患者の方が、新規雇入れ、雇入れからの職場定着、発症時や再発時における休職からの職場復帰、復職からの就業継続といった各場面において、治療と仕事の両立に向けて、積極的に取り組む事業主を対象に、東京都難病・がん患者就業支援奨励金（以下、「奨励金」という。）を支給することにより、難病やがん患者の方が職場で安心して活躍できるよう環境整備を進めていきます。

事業主へ支給する奨励金は、以下のものがあります。

- ①採用奨励金　　：難病やがん患者を、治療と仕事の両立に配慮して新たに雇入れ、職場定着に必要な支援を行う事業主に支給する。
- ②雇用継続助成金：難病・がんの発症等により連続して2週間以上の休職をした労働者を、治療と仕事の両立に配慮して復職させ、就業継続に必要な支援を行う事業主に支給する。
- ③制度導入加算　：上記①又は②の雇入れ時又は復職時に併せて、治療と仕事の両立に配慮した勤務・休暇制度などを新たに導入する事業主に支給する。（※制度導入加算単独での申請はできません。採用奨励金又は雇用継続助成金と併せて申請してください。）

2 支給対象疾患患者と支給対象労働者

支給対象疾患患者

奨励金の支給対象となる疾患患者（以下、「支給対象疾患患者」という。）は、次の各号の区分に応じ、当該区分に掲げる事項のいずれかに該当するものです。

① 難病患者

下記のいずれかに該当するものであって、医師から疾患やその治療により就業時の配慮を求められている者。

ア 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定難病にり患している者。

イ 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則(平成12年東京都規則第94号)別表第一の第1類及び第2類並びに東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則の一部を改正する規則(平成26年東京都規則第200号)附則第3項に規定する疾病にり患している者。

ウ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第4条第1項に規定する治療方法が未確立又はその他の特殊の疾病にり患しており、障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者。

② がん患者

医師から悪性新生物(上皮内新生物を含む)にり患していると診断されたものであって、下記のいずれかに該当するもの。

ア がん患者であって、医師から疾患やその治療により就業時の配慮を求められている者。

- イ 15歳以下の小児期において、がん患者であって、医師からそのがん疾患が原因となって生じた合併症や後遺症とその治療により就業時の配慮を求められている者。

支給対象労働者

奨励金の支給対象とする労働者（以下「支給対象労働者」という。）は、支給対象疾患患者であって、次の各号の区分に応じ、当該区分に掲げる事項のいずれにも該当するものです。

① 採用奨励金

ア 疾患やその治療がもとで、就業を継続するうえでの合理的な配慮が必要であり、その配慮すべき事項を事業主と相談のうえ、就業することを希望し、疾患に関する助言、必要な情報等について医師から提供を受けられる者。

イ 雇入れ日から6か月以上の期間継続して雇用されている労働者であること。

ただし、A型事業所利用者として雇用される者は除く。

② 雇用継続助成金

ア 疾患やその治療がもとで、職場復帰から就業を継続するうえでの合理的な配慮が必要であり、その配慮すべき事項を事業主と相談のうえ、就業することを希望し、疾患に関する助言、必要な情報等について医師から提供を受けられる者。

イ 復職日から6か月以上の期間継続して雇用されている労働者であること。

ただし、A型事業所利用者として雇用される者は除く。

※A型事業所利用者とは、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第36条の規定による就労継続支援A型事業の利用者として雇用される者です。

3 支給対象事業主

奨励金の支給に当たっては、その奨励金ごと、以下のすべてに該当する事業主であることが必要です。なお、事業主とは、事業の経営の主体である個人又は法人をいいます。

共通事項

- ① 東京都政策連携団体の指導要綱等に関する要綱に基づき総務局長が指定する政策連携団体でないこと。
- ② 過去5年間に労働関係法令、障害者虐待防止法、その他下記にある重大な法令違反等がないこと。
- ア 違法行為による罰則を受けた場合。
- イ 労働基準監督署により送検された場合。
- ウ 公正取引委員会の排除措置命令があった場合。
- エ 隠ぺい等により重加算税が課された場合。
- オ 上記各号と同等以上の法令違反であると判断される場合。
- ③ 都税の未納付がないこと。
- ④ 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1項に規定する風俗営業、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業、同条第11項に規定する接客業務受託営業及びこれらに類する事業を行っていないこと。
- ⑤ 暴力団員等（東京都暴力団排除条例（平成23年東京都条例第54号。）第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。）、又は暴力団（同条第2号に規定する暴力団をいう。）でないこと、及び法人その他の団体の代表者、役員又は使用人その他の従業員若し

くは構成員が暴力団員等に該当する者でないこと。

⑥ 支給申請日及び支給決定日において倒産していないこと。

採用奨励金

採用奨励金の支給対象となる事業主（以下「支給対象事業主」という。）は、次の各号の区分に応じ、当該区分に掲げる事項のいずれにも該当する事業主です。

① 週所定労働時間が10時間以上の労働者として、雇入れたこと。

② ①により雇入れた労働者を、雇入れ日から6か月間雇用を継続し、東京都内の事業所に勤務させていること。

事業所とは、雇用保険法（昭和49年法律第116号。以下「雇保法」という。）第5条第1項に規定する雇用保険の適用事業の事業所によらず、労働者が勤務する地方税法（昭和25年7月31日法律第226号）の施行に関する取扱で定められた事務所又は事業所をいい、次のアからウまでに定める労働者の場合、該当各号に定めるとおりです。

ア 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律（昭和60年7月5日法律第88号）第2条に規定する派遣労働者の場合、派遣先の事務所又は、事業所。

イ 出向契約に基づく出向した労働者の場合、出向先の事務所又は、事業所。

ウ 在宅勤務、サテライトオフィス勤務等のテレワーク制度利用の労働者の場合、雇用管理の行われている所属の事務所又は、事業所。

③ ①により雇入れた労働者の雇入れ日の前日から起算して過去3年間に、以下のいずれかに該当する当該支給対象労働者を雇入れていないこと。

ア 当該雇入れに係る事業主と雇用、請負、委任の関係にあった労働者、又は出向、派遣、請負、委任の関係により当該雇入れに係る事業主において就労したことがある労働者。

イ 当該雇入れに係る事業主において、通算して3か月を超えて訓練・実習等（雇用関係はないが、事業所において、訓練、職場体験、職場実習その他の職場適応に係る作業等を実施するもの。ただし、特別支援学校等が教育課程の一環として実施するものを除く。）を受講等したことがある労働者。

④ ①により雇入れた労働者の雇入れ日の前日から起算して過去1年間に、当該支給対象労働者と雇用、請負、委任の関係にあった事業主、出向、派遣、請負、委任の関係により当該支給対象労働者を事業所において就労させたことがある事業主、当該支給対象労働者が通算して3か月を超えて受講等したことがある訓練・実習等を行っていた事業主と、以下のいずれかに該当する等、資本的・経済的・組織的関連性等からみて密接な関係にある事業主が当該支給対象労働者を雇入れていないこと。

ア 雇入れ日において、他の事業主の総株主又は総社員の議決権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。

イ 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ものがいずれかの取締役会の過半数を占めていること。

⑤ ①により雇入れた労働者の雇入れに係る事業所の事業主又は取締役の3親等内の親族（民法（明治29年法律第89号）第725条第1号に規定する血族のうち3親等以内の者、同条第2号に規定する配偶者及び同条第3号に規定する姻族をいう。）である当該支給対象労働者を雇入れていないこと。

⑥ ①により雇入れた労働者の雇用期間については、期間の定めのない無期雇用労働者、または、期

- 間の定めはあるが、その更新にあつては、更新ありとする有期雇用労働者として、雇入れたこと。
- ⑦ ①により雇入れた労働者と、医師の診断・意見等を踏まえて、その疾患の特性により就業を継続させるために、必要な配慮事項について、話し合いを行い、労働者の同意を得たうえで、採用定着支援計画書を策定し、当該計画書に基づき、合理的な範囲内で必要な配慮を行い就業させること。
 - ⑧ ⑦により採用定着支援計画書を策定する際に必要となる医師の診断書・意見書の交付に要する経費その他の本奨励金の申請に要する経費について、全額負担する事業主であること。
 - ⑨ ①により雇入れた労働者を⑦に基づき6か月の間、継続して雇用し、当該支給対象労働者に対して、その6か月の間、賃金（当月に支払われる各種手当を含む。）を支給したこと。
 - ⑩ ①により雇入れた労働者の雇入れ日以降の期間について、当該支給対象労働者を雇用保険被保険者（雇用保険適用事業所の要件を満たす事業所の事業主に雇用されている場合であつて、雇用保険の適用要件を満たすときに限る。）として加入させていること。
 - ⑪ ①により雇入れた労働者の雇入れ日以降の期間について、当該支給対象労働者を社会保険被保険者として加入させていること。（社会保険適用事業所に雇用されており、社会保険の適用要件を満たす時に限る。）
 - ⑫ ①により雇入れた労働者の雇入れ日から起算して過去2年の間に、奨励金の支給決定の対象となった者が複数いる場合であつて、それらの者が申請日時時点で離職している割合が5割以上でないこと。なお、それらの者が就業上における事情ではなく個人的な事情により離職した場合又は、支給対象事業主がやむを得ない理由によって、それらの者を離職させた場合を除く。

雇用継続助成金

雇用継続助成金の支給対象事業主は、次のいずれにも該当する中小企業事業主（※補足説明参照）です。

- ① 週の所定労働時間20時間以上で継続して雇用している労働者（雇用保険被保険者となる）を、医師の診断・意見に基づき、難病・がんの発症や再発による治療のため、連続して2週間以上の期間、途中で離職させることなく、休職させた（休ませた）後、原則として、原職に週所定労働時間10時間以上で復職させること。
ただし、原職への復職については、下記の②により労働者との話し合いにより、就業を継続するために必要な配慮事項の一環として、労働者の同意のうえ、異なる職に配置する場合を除く。なお、職場復帰させた労働者の雇用期間については、期間の定めのない無期雇用労働者又は、期間の定めはあるが、その更新にあつては、更新有とする有期雇用労働者として、職場復帰させたこと。
- ② ①により職場復帰させた労働者を、復職日から6か月間雇用を継続し、東京都内の事業所（上記の採用奨励金における事業所の定義と同じ。）に勤務させていること。
- ③ ①により職場復帰させた労働者と、職場復帰から就業を継続するにあたり、医師の診断・意見を踏まえて、その疾患の特性により就業を継続させるために、必要な配慮事項について、話し合いを行い、労働者の同意を得たうえで、復職支援計画書を策定し、当該支援計画書に基づき、合理的な範囲内で必要な配慮を行い就業させること。
- ④ ③により復職支援計画書を策定する際に必要となる医師の診断書・意見書の交付に要する経費その他の本助成金の申請に要する経費について、全額負担する事業主であること。
- ⑤ ①により職場復帰させた労働者を③に基づき6か月以上の期間継続して雇用し、当該支給対象労働者に対して、その6か月の間、賃金（当月に支払われる各種手当を含む。）を支給したこと。
- ⑥ ①により職場復帰させた労働者の復職日以降の期間について、当該支給対象労働者を雇用保険被保険者（雇用保険適用事業所の要件を満たす事業所の事業主に雇用されている場合であつて、雇用

保険の適用要件を満たすときに限る。)として加入させていること。

- ⑦ ①により職場復帰させた労働者の復職日以降の期間について、当該支給対象労働者を社会保険の被保険者（社会保険適用事業所の要件を満たす事業所の事業主に雇用されている場合であって、社会保険の適用要件を満たすときに限る。）として加入させていること。
- ⑧ 労働者の復職日の前日から起算して過去1年間に、同一の支給対象労働者について、同一の疾患の種類と認められるものを原因に、雇用継続助成金の支給を受けたことがない事業主であること。
- ⑨ ①により職場復帰させた労働者の復職日の前日から起算して過去2年間に、奨励金の支給決定の対象となった者が複数いる場合であって、それらの者が申請日時点で離職している割合が5割以上でないこと。なお、それらの者が就業上における事情ではなく個人的な事情により離職した場合又は、支給対象事業主がやむを得ない理由によって、それらの者を離職させた場合を除く。

制度導入加算

制度導入加算の支給対象事業主は、採用奨励金(※)又は雇用継続助成金の対象となる事業主であって、当該支給対象労働者の雇入れ(※)又は職場復帰に併せて、仕事と治療の両立に向けて、就業上の配慮が得易くなるよう、次に掲げる措置を新たに導入(雇入れ日(※)又は復職日以降)のうえ、労働協約又は就業規則に明記し、運用している事業主です。

- ① 就業に関する制度
 - ア フレックスタイム制度
 - イ 通勤緩和制度
 - ウ 在宅勤務、サテライトオフィス等のテレワーク制度
- ② 休暇に関する制度
 - ア 病氣有給休暇制度
 - イ 通院有給休暇制度
 - ウ 時間単位での年次有給休暇制度
- ③ その他知事が認める仕事と治療の両立に向けた制度

導入される場合は、事前にご相談ください。

【補足】中小企業事業主とは

中小企業事業主とは、復職日において、業種ごとに定められた以下の資本金等の額又は企業全体で常時雇用する労働者の数に該当する事業主をいいます。

ただし、会社(会社法(平成17年法律第86号)第2条第1号に規定する会社をいう。)又は士業を規定する法律に基づく法人(弁護士法(昭和24年法律第205号)、税理士法(昭和26年法律第237号)、社会保険労務士法(昭和43年法律第89号)その他士業を規定する法律の規定により設立される法人をいう。)以外の事業主等(例:個人、特例社団法人、一般社団法人、公益社団法人、特例財団法人、一般財団法人、公益財団法人、医療法人、学校法人、労働組合、協同組合、社会福祉法人)にあっては、常時雇用する労働者の数により判定します。

また、常時雇用する労働者とは、2か月を超えて使用される者(実態として2か月を超えて使用されている者のほか、それ以外の者であっても雇用期間の定めのない者及び2か月を超える雇用期間の定めのある者を含む。)であり、かつ、週当たりの所定労働時間が、当該事業主に雇用される通常の労働者と概ね同等(現に当該事業主に雇用される通常の労働者の週当たりの所定労働時間が40時間である場合は、概ね40時間である者をいう。ただし、労働基準法(昭和22年法律第49号)の特例として、所定労働時間がいまだ40時間を上回っている場合は、「概ね同等」とは、概ね当該所定労働時間を指す。)である者

をいいます。

小売業・飲食店：資本金の額若しくは出資の総額が5千万円以下又は常時雇用する労働者数50人以下

卸売業：資本金の額若しくは出資の総額が1億円以下又は常時雇用する労働者数100人以下

サービス業：資本金の額若しくは出資の総額が5千万円以下又は常時雇用する労働者数100人以下

その他の業種：資本金の額若しくは出資の総額が3億円以下又は常時雇用する労働者数300人以下

4 支給金額

奨励金の種類ごと、以下に定める金額を事業主に支給します。

週所定労働時間とは、就業規則、雇用契約書等により定められた、通常の週に勤務すべきこととされている時間であり、この場合の「通常の週」とは、祝祭日及びその振替休日、週休日その他概ね1か月以内の期間を周期として規則的に与えられる休日に当たらない年末年始の休日及び夏季休暇といった特別な休日等を含まない週のことを指します。

なお、変形労働時間制による週所定労働時間は、雇入れ日又は復職日から6か月間に予定される就業総労働時間から週当たりの平均を算出した時間とします。

① 採用奨励金

ア 週所定労働時間20時間以上：60万円/人

イ 週所定労働時間10時間以上20時間未満：40万円/人

② 雇用継続助成金

ア 復職時の週所定労働時間20時間以上：60万円/人

イ 復職時の週所定労働時間10時間以上20時間未満勤務：40万円/人

③ 制度導入加算

上記①又は②に加算して、1制度導入で10万円、最大30万円

【補足】6か月の継続雇用の算定について

雇入れ日又は復職日以降6か月以上の継続雇用期間を算定するに当たっては、以下の点に注意が必要です。

6か月の期間、当該支給対象労働者の雇用を継続しているというだけでなく、就業規則、雇用契約書等により定められた所定労働時間における6か月間の実総労働時間から週当たりの平均を算出した週平均所定内実労働時間が、次の各号ごとの区分に該当する必要があります。

① 所定労働時間10時間以上20時間未満の場合は、
週平均所定内実労働時間が5割以上且つ、8時間以上であること。

② 所定労働時間20時間以上の場合は、
週平均所定内実労働時間が5割以上且つ、16時間以上であること。

※週平均所定内実労働時間の算出方法

$$\frac{\text{所定労働時間における6か月間の実総労働時間}}{\text{(6か月間の暦日} \div \text{7日間)}}$$

例)

ア 労働条件等

復職日：令和2年4月1日

勤務時間：午前10時00分から午後3時00分まで（うち休憩時間60分）の4時間

休日：火曜・木曜・土曜・日曜・祝祭日（週3日勤務）

休 暇：夏季休暇（8月7日～10日）年末年始休暇（12月29日～1月3日）

イ 週所定労働時間

勤務時間4時間×3日間勤務＝12時間

よって、上記①の「所定労働時間10時間以上20時間未満」に該当

この場合の支給要件は、「平均実労働時間が5割以上且つ、8時間以上」

週所定労働時間12時間の5割は6時間だが、かつ8時間以上が要件となるので、

週平均所定内実労働時間として8時間以上の勤務実績が要件となります。

ウ 勤務実績

4月の勤務実績：32時間 5月の勤務実績：32時間 6月の勤務実績：36時間

7月の勤務実績：36時間 8月の勤務実績：40時間 9月の勤務実績：44時間

6か月間の暦日は、183日

週平均所定内実労働時間は、(32+32+36+36+40+44)時間÷(183日÷7日)＝8.41

エ 週平均所定内実労働時間の要件 ※小数点第三位を切り捨て

週平均所定内実労働時間は、8.41となるので、8時間以上の勤務実績ありとなり要件を満たす。

※変形労働時間制等の場合の所定労働時間の算出方法は、受付窓口の担当へお問い合わせください。

5 申請方法等

① 支援計画書等の提出（雇入れ日又は復職日の翌日から起算して2か月以内）

採用奨励金

採用奨励金の支給を受けようとする事業主（以下「申請事業主」という。）は、当該支給対象労働者を雇入れた日の翌日から起算して2か月以内に、下記の書類を提出してください。

ア 難病・がん患者就業支援奨励金の採用定着支援計画書（様式第1号）。

イ 上記支援計画書を策定する際に参照した医師からの診断書・意見書及び情報提供書1、2の写し（原本証明したもの）。

ウ 支給対象労働者の雇入時の雇用契約書、就業規則等の労働条件のわかるものの写し（原本証明したもの）。

エ チェックリスト（支援計画書提出時用）

オ 上記の書類以外で申請内容の確認のために知事が必要とする書類

雇用継続助成金

雇用継続助成金の申請事業主は、当該支給対象労働者を職場復帰させた日の翌日から起算して2か月以内に、下記の書類を提出してください。

ア 難病・がん患者就業支援奨励金の復職支援計画書（様式第1号）。

イ 上記支援計画書を策定する際に参照した医師からの診断書・意見書及び情報提供書1、2の写し（原本証明したもの）。

ウ 支給対象労働者が職場復帰する日の前日から遡って、連続して2週間以上休職した（休んだ）後、復職していることがわかるタイムカード又は出勤簿等の写し（原本証明したもの）。

エ 支給対象労働者の復職時の雇用契約書、就業規則等の労働条件のわかるものの写し（原本証明したもの）。

オ 支給対象労働者の雇用保険被保険者資格取得確認通知書（事業主通知用）の写し。

カ 登記簿謄本又は履歴事項全部証明書の写し（発行日から3か月以内のもの）

※ 資本金若しくは出資の総額が中小企業事業主の要件（P5・P6 参照）を満たさない場合には、
常時雇用する労働者数が分かる資料の写し（原本証明したもの）も提出してください。

キ チェックリスト（支援計画書提出時用）

ク 上記の書類以外で申請内容の確認のために知事が必要とする書類

※ 上記支援計画書を提出した奨励金の申請事業主に対して、その支援計画書に基づき、支給対象労働者の雇用状況の確認を行う必要がある場合などに、就業先への訪問確認を実施します。奨励金の申請事業主が、訪問に応じない場合には、奨励金の支給を行わないことがあります。

② 支給申請書等の提出（雇入れ日又は復職日より5か月経過した日から起算して1か月以内）

採用奨励金 **雇用継続助成金**

奨励金の申請事業主は、当該支給対象労働者を雇入れた日又は職場復帰させた日より5か月経過した日から起算して1か月以内に、下記の書類を提出してください。

ア 難病・がん患者就業支援奨励金支給申請書（様式第2号）。

イ 支給申請書別紙（様式第2-1号 又は 様式第2-2号）

ウ 誓約書（様式第3-1号）（様式第3-2号）。

エ 支給対象労働者の雇用保険被保険者資格取得確認通知書（事業主通知用）の写し。ただし、採用奨励金で、且つ、雇用保険被保険者要件を満たす労働条件で雇用された場合のみ。

オ 支給対象労働者の健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得届の写し。ただし、健康保険・厚生年金保険被保険者要件を満たす労働条件で雇用された場合のみ。雇用継続助成金については、他の資格取得をしていることがわかる書類でも可。

カ 制度導入加算を申請した場合には、新たに制度導入したことがわかる労働協約又は就業規則の写し（原本証明したもの）。具体的には、制度を導入する前と導入した後の就業規則の写し（原本証明したもの）、又は労働基準監督署に提出した就業規則変更届の写し（原本証明したもの）。
なお、制度導入後の就業規則は、施行日が雇入れ日又は復職日以降のものに限る。

キ 支払金口座情報登録依頼書又は支払金口座振替依頼書

ク 印鑑証明書（発行日から3か月以内のもの）

ケ チェックリスト（支給申請書提出時用）

コ 上記の書類以外で申請内容の確認のために知事が必要とする書類

※ 上記支給申請書を提出した申請事業主に対して、支給申請書の内容や訪問確認した内容を審査の上、適正なものとして、支給を決定したときには、「東京都難病・がん患者就業支援奨励金」支給決定通知書（様式第4号）を申請事業主（以下、「支給決定事業主」という。）に通知します。

③ 実績報告書等の提出（雇入れ日又は復職日から6か月の雇用が継続した日の翌日から起算して1か月以内）

採用奨励金 **雇用継続助成金**

奨励金の支給決定事業主は、雇入れ日又は復職日から6か月の雇用が継続した日の翌日から起算して1か月以内に下記の書類を提出してください。

ア 難病・がん患者就業支援奨励金実績報告書（様式第6号）。

イ 支給対象労働者の雇入れ日又は復職日から起算して6か月間に支払われた賃金に係る賃金台帳の写し（原本証明したもの）。（例：4月1日雇入れ・給与が未締め・翌月払いの場合：4月末～

9月末支給までの賃金台帳の写しを提出してください。10月末支給分の賃金台帳の写しは提出不要です。)

ウ 支給対象労働者の雇入れ日又は復職日から起算して6か月間のタイムカード又は、出勤簿その他の労働時間が確認できる書類（以下「タイムカード等」という。）の写し（原本証明したもの）。

エ 週平均実労働時間確認表

オ チェックリスト（実績報告書提出時用）

カ 上記の書類以外で申請内容の確認のために知事が必要とする書類

※ 上記実績報告書を提出した申請事業主に対して、提出された当該書類の審査及び適宜、現地調査を行い、当該実績が支給決定の内容及びこれに付した条件に該当すると認めるとき、支給すべき助成金の額を確定し、「東京都難病・がん患者就業支援奨励金」額の確定通知書（様式第7号）により支給決定事業主に通知します。

④ 受付窓口及び提出方法

支援計画書等、支給申請書等、実績報告書等の提出にあたっては、それぞれの申請期限に留意のうえ、下記窓口へご提出ください。

ア 受付窓口（受付時間は、平日の9時～12時、13時～17時まで）

東京都産業労働局 雇用就業部 就業推進課 障害者雇用促進担当

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都庁第一本庁舎21階北側

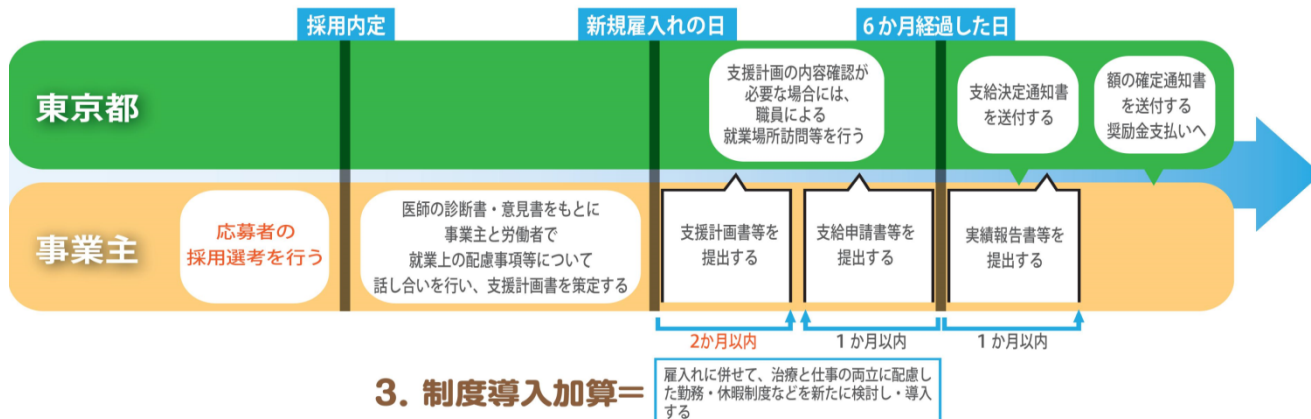
電話 03-5321-1111（代） 37-771～774（内）

イ 提出方法

上記窓口へ郵送又は持参。郵送の場合は、記録の残る簡易書留等の方法により送付してください。

6 手続きの流れ

1. 採用奨励金の場合



例)

新規雇入れの日 : 令和2年4月1日

支援計画書等の提出期間: 令和2年4月2日～令和2年6月1日

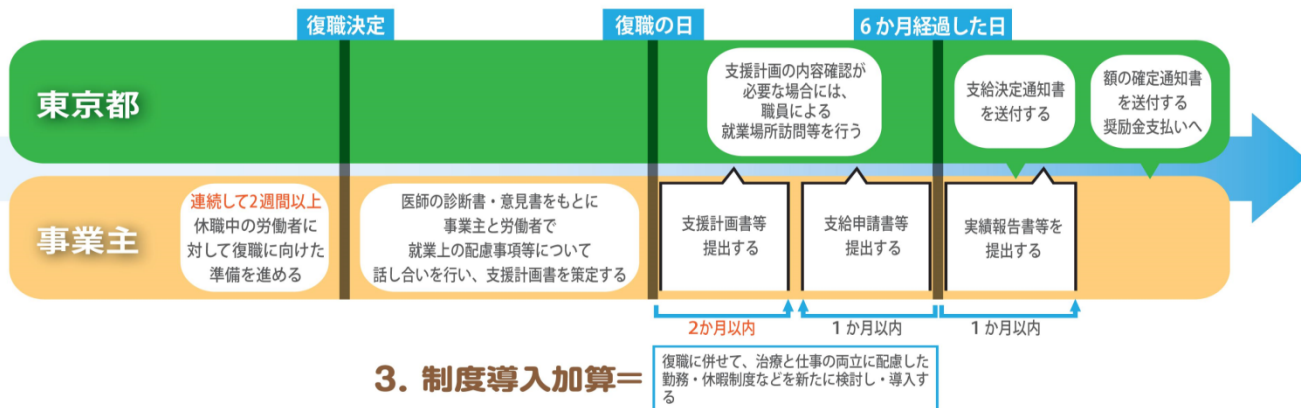
支給申請書等の提出期間: 令和2年9月1日～令和2年9月30日

実績報告書等の提出期間: 令和2年10月1日～令和2年10月31日

※実績報告書等の提出期限の日は閉庁しているため、

翌開庁日である令和2年11月2日まで可。

2. 雇用継続助成金の場合



例)

復職の日 : 令和2年4月1日

支援計画書等の提出期間: 令和2年4月2日～令和2年6月1日

支給申請書等の提出期間: 令和2年9月1日～令和2年9月30日

実績報告書等の提出期間: 令和2年10月1日～令和2年10月31日

※実績報告書等の提出期限の日は閉庁しているため、

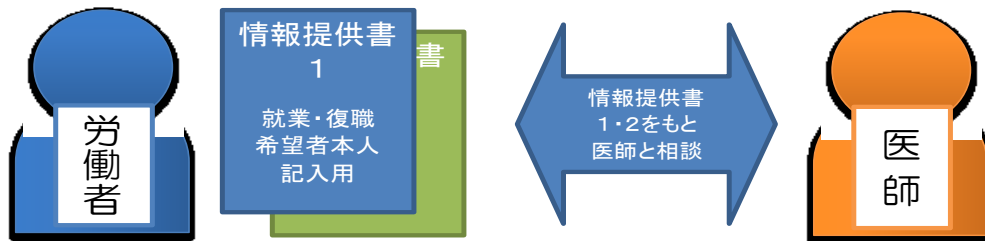
翌開庁日である令和2年11月2日まで可。

【補足】支援計画書の策定について（医師の診断書・意見書、情報提供書の使い方）

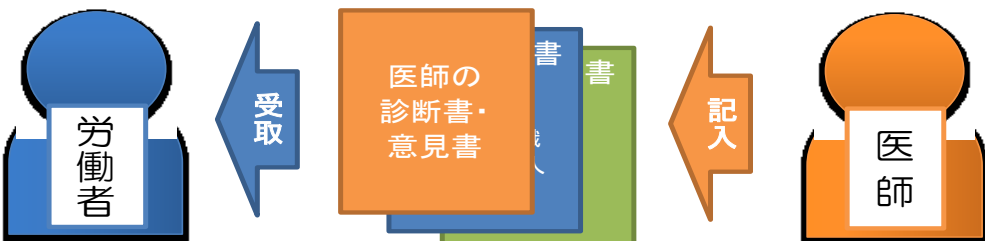
① 雇入れ・復職に向けて、話し合いを行い、情報提供書を記入する。



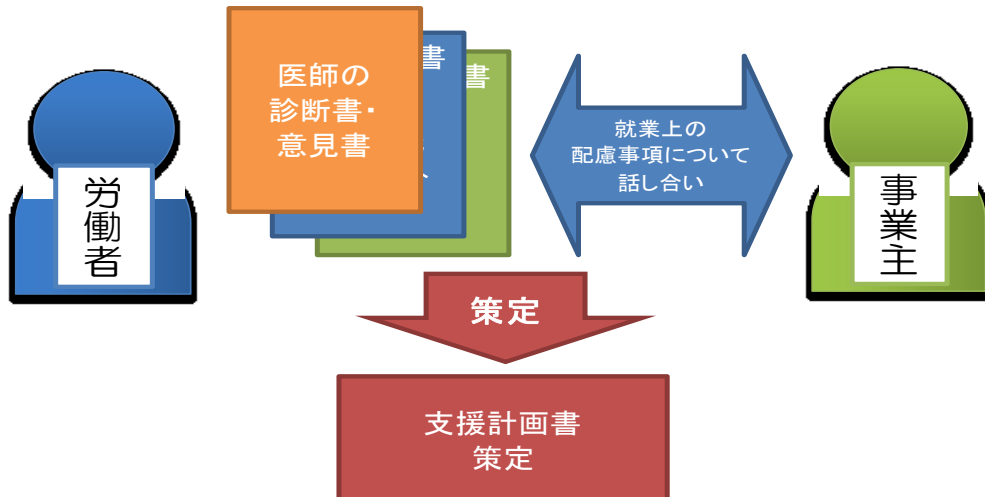
② 情報提供書1・2をもとに、医師と就業に向けた相談を行う。



③ 今後の就業に向けて、医師の診断と意見を記入してもらう。



④ 医師の診断書・意見書をもとに、再度、就業上の配慮等について、話し合いを行い、支援計画書を策定する。



7 注意事項等

① 申請に関する注意事項

- ア 支給対象となる要件に関して遡及適用は認められません。
- イ 郵送で書類を提出する場合は、消印有効とします。
- ウ 申請書や誓約書等の日付の記入にあたっては、窓口への提出日（郵送の場合は発送日）を記入してください。この日付に誤りがある場合には、修正や再提出をお願いすることがあります。
- エ 記入にあたっては、鉛筆・消えるボールペンは使用しないでください。また、記入内容の訂正にあたっては、修正液・修正テープを使用しないでください。
- オ 提出された書類は返却することができません。
- カ 必要に応じ、本手引きに記載のない書類についても提出を求める場合があります。
- キ 審査の結果や都の予算額によって、支給決定されないことや、支給申請額から減額して支給決定することがあります。
また、予算の範囲を超えた場合は、申請期間内であっても受付を終了することがありますので、あらかじめご了承ください。
- ク 奨励金に関する各様式には、印鑑登録した実印を押印してください。
- ケ 原本証明とは、該当書類の欄外に以下のように記載の上、証明をいただくことです。

この写しは、原本と相違ないことを証明します。

〇〇株式会社代表取締役 □□ □□ **印**

- ※ 原本証明は、該当書類全てに記載・押印いただくか、例えば就業規則が複数枚にわたる場合などは、1枚目に原本証明をしていただき、製本した上で表裏の綴じ部に割印をしてください。
 - コ 各申請書類のうち、知事が必要とする書類の例は以下のとおりです。これらは、別途提出を求められた場合のみご提出いただければ結構です。
 - ・ 難病・がんの疾患に関する説明資料
 - ・ 賃金台帳等の説明資料
 - ・ 「就業カレンダー」等、事業主が作成した年間の就業日数がわかるもの
 - サ 必要に応じ、検査（現地調査）を実施します。
なお、この検査に応じない場合や、確認した事実と申請内容が異なっているなど、疑義がある場合には奨励金を支給しないことがあります。
 - シ 同一の支給事由により支給要件を満たすこととなる以下の雇用に関係する助成金を受給している場合には、重複して受給できません。
 - 【雇用継続助成金】 障害者雇用安定助成金「障害者職場定着支援コース」のうち「職場復帰支援措置」に係る助成金（国事業）
 - 【制度導入加算】
 - (ア) 障害者雇用安定助成金「障害者職場定着支援コース」（国事業）
 - (イ) 働き方改革宣言奨励金（都事業）
 - (ウ) 働く人のチャイルドプランサポート制度整備奨励金（都事業）
 - (エ) 働きやすい職場環境づくり推進奨励金（都事業）
 - (オ) テレワーク導入促進整備補助金（都事業）
- ※(ア)～(オ)に規定する助成金等のうち、同一の制度に係る助成金

② 奨励金支給後の注意事項

ア 奨励金に係る全ての関係書類及び帳簿類は、支給決定のあった日の属する会計年度（4月1日から翌年3月31日）終了後、5年間保存してください。

※ 令和2年度中に支給決定があった場合には、令和7年度末が保存期間となります。

イ 奨励金の支給を受けられた事業主の方の、企業名、代表者名、所在地、業種、支給年度、支給額を公表する場合があります。

ウ 奨励金支給後2年を経過するまでの間、適宜、雇用状況の調査を実施しますので、ご協力ください。

③ 申請の撤回について

支給申請後に申請を撤回する場合には、申請撤回届（様式第8号）を速やかに受付窓口へ提出してください。

④ 変更があった場合の注意事項

名称、所在地、代表者等の変更があった場合には、申請事業主の[名称、所在地、代表者等]変更報告書（様式第9号）を速やかに受付窓口へ提出してください。

⑤ 個人情報の保護について

都は提出された書類等に含まれる個人情報の取扱いにあたっては、「個人情報の保護に関する法律」「東京都個人情報の保護に関する条例」及びその他の関係法令に基づいて管理します。

8 支給決定の取消し、奨励金の返還

① 支給決定事業主が以下のいずれかに該当する場合又は、支給決定事業主が奨励金支給要綱に定める検査等に応じないときは、奨励金の支給決定の全部又は、一部を取り消すことがあります。

ア 偽りその他不正の手段により奨励金の支給を受けたとき。

イ 上記のほか、奨励金の支給の決定の内容、これに付した条件、その他法令又は奨励金支給要綱に違反したとき。

ウ 支給決定を受けた者（法人その他の団体にあつては、代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員を含む。）が、暴力団員等に該当することが判明したとき。

② ①により奨励金の支給決定を取り消した場合において、既に支給決定事業主に奨励金が支払われているときは、期間を定めて奨励金を返還していただきます。

捨
印

提出日（郵送の場合は発送日）を記入してください。

年 月 日

東京都知事 殿

下記住所が印鑑証明書と異なる場合には、印鑑証明書の住所と実際の所在地を併記してください。

企業等の所在地 新宿区西新宿 2-8-1 西新宿ビル 1F

企業等の名称 株式会社 都庁サービス

代表者役職・氏名 代表取締役 東京 一郎 (印)

東京都難病・がん患者就業支援奨励金

印鑑登録がされている代表者
印を押印してください。

（採用定着・**復職**）支援計画書

東京都難病・がん患者就業支援奨励金（以下、「奨励金」という。）について、奨励金支給要綱第8条、第9条の規定に基づき、当該支給対象者になる労働者の支援計画について、下記のとおり提出します。

記

1 申請事業主概要

事業所名	株式会社 都庁サービス			
所在地	〒123-1234 新宿区西新宿 2-8-1 西新宿ビル 1F			
担当者所属	人事部人事課	担当者氏名	新宿 二郎	
連絡先	電話番号	03-0000-XXXX	FAX番号	03-0000-XXXX
	メールアドレス	AAA@☆☆☆		
事業主事業規模（※1）	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業事業（復職支援計画書の提出の場合のみ記入する。）			
業種（該当するものに✓）（※1）	資本金又は 出資の総額（※1）	常時雇用する 労働者の数（※1）		
<input type="checkbox"/> 小売業・飲食業 <input type="checkbox"/> 卸売業 <input checked="" type="checkbox"/> サービス業 <input type="checkbox"/> その他の業種	〇〇〇万円	〇〇人		
主たる事業の産業分類（中分類） 【 情報サービス 】				

（※1）の項目については、復職支援計画書を提出される場合にのみ、復職日現在における状況をご記入ください。

日本標準産業分類の中分類の業種を記入してください。

登記されている金額を記入してください。

労働者名簿等、この欄の人数が分かる書類を添付してください。

2 支給対象者就業事業所（上記1の申請事業主概要と相違する場合のみ記入する。）

事業所名			
所在地			
担当者所属		担当者氏名	
連絡先	電話番号	FAX番号	
	メールアドレス		

3 雇入れ時又は復職時における制度導入の有無

新たな支援制度の導入の有無	有	捨 ・ 印	無
制度の内容	通院有給休暇制度		

4 (採用定着・復職) 支援計画書

フリガナ	タマ タロウ	生年月日	昭和44年11月30日
氏名	多摩 太朗		
雇入れ日 職場復帰日	令和2年4月1日	6か月間の 雇用満了予定 日	令和2年9月30日
支援期間中の 業務内容(※2)	営業事務の補助業務 ○見積書・請求書等の作成 ○各種伝票類のチェック・仕訳 ○パソコンでの受発注入力と顧客管理		
支援期間中の就業上の措置・治療への配慮等(※2)		本人からの要望(※2)	
午前中の業務は、突発休があることを想定して、補助業務を中心に業務を分担する。 職場の席は、営業事務の担当部署のなかでも、出入口に近い席を割り当て、配置換えを行った。 定期的な通院だけでなく、体調不良時に安心して通院できるように通院有給制度を導入する。 営業職の代わりに顧客訪問をするような出張業務は行わせない。 下痢や腹痛が激しい時には、脱水症状等にも注意して、離席しての小さな休憩が取れるように配慮する。		腹痛が激しい時があるので、突発的な時間休を取得することに理解を求めます。 職場の座席は、少しでもトイレから近い、出入口のそばの席を希望します。 月に2回、水曜日から金曜日の午前中に通院が必要です。 立位や重労働は、可能な限りでかまわないので、避けたいです。 疾患については、職場の必要最低限の方のみ伝えることを希望します。	
特記事項(※2)			
立位作業は基本ないが、書類等のファイリングに伴う保管ケースがかなり重く、またその業務は頻繁にある。書類の倉庫等への移動が重労働かもしれないが、台車等を利用しての移動や分割しての作業もできるので、実際の作業を行うなかで、業務に加えるか判断したい。 午前中の補助業務については、疾患の状況をみながら、突発的な時間休があっても、出勤後に対応できる業務を増やすなどして、職域を広げていきたい。 疾患については、就業上の配慮をするうえで、必要な職員にのみ伝えることとするが、復職後に一連の業務を行ってから、どこまで伝えるか、業務内容の見直しを含めて直属の上司を交え、話し合いを行ってから決めることとする。			

(※2)の項目については、雇入れ後、疾患の状況や治療の進捗によって、見直しの必要があれば、改めて、話し合いを行い見直すこと。

就業にあたっての労働条件、及び、上記内容について、話し合いを行い、同意しました。

印鑑登録がされている代表者
印を押印してください。

〇〇年〇〇月〇〇日 (本人署名) 多摩 太朗

話し合いを行い、計画に基づき、就業支援を行います。 株式会社 都庁サービス

〇〇年〇〇月〇〇日 (事業主名) 代表取締役 東京 一郎



年 月 日

東京都知事 殿

提出日（郵送の場合は発送日）を記入してください。

下記住所が印鑑証明書と異なる場合には、印鑑証明書の住所と実際の所在地を併記してください。

企業等の所在地 新宿区西新宿 2-8-1 西新宿ビル1F

企業等の名称 株式会社 都庁サービス

代表者役職・氏名 代表取締役 東京 一郎 (印)

東京都難病・がん患者就業支援奨励金

印鑑登録がされている代表者
印を押印してください。

支 給 申 請 書

東京都難病・がん患者就業支援奨励金（以下「奨励金」という。）について、奨励金支給要綱第11条、第12条、第13条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 奨励金支給申請額 金 700,000 円

2 奨励金支給申請額の内訳（該当するものを記入のこと。）

区分	支給金額区分	支給申請額
採用奨励金（週所定労働時間20時間以上）	60万円	円
採用奨励金（週所定労働時間20時間未満）	40万円	円
雇用継続助成金（週所定労働時間20時間以上）	60万円	60万円
雇用継続助成金（週所定労働時間20時間未満）	40万円	
制度導入加算	10万円×（ 1 ）制度	10万円

※今年度、本申請にて対象となる労働者以外について本奨励金の申請をしている

3 支給対象労働者詳細（申請日現在を記入のこと。）

事業所名： <u>株式会社 都庁サービス</u>			
フリガナ	<u>タマ タロウ</u>	生年月日	雇入れ・復職年月日
氏名	<u>多摩 太朗</u>	<u>昭和</u> 44年11月30日 平成	<u>令和2年4月1日</u>
疾患区分（該当するものに○）	<u>難病</u> ・ <u>がん</u>		
雇入れ日・復職日における 対象労働者の就業場所の 名称及び所在地	(名称) <u>株式会社 都庁サービス</u>		
	〒 <u>000-0000</u> <u>新宿区西新宿2-8-1 西新宿ビル1F</u> 電話番号 <u>03-0000-xxxx</u>		
申請日における 対象労働者の就業場所の 名称及び所在地 ※同上的場合は <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	(名称)		
	〒 <u> </u> 電話番号		

捨
印

支給申請書別紙 (採用奨励金)

支給要件確認欄 (該当する事項を○で囲む)	
1	雇入れにあたって、医師の診断・意見等を踏まえて必要な配慮事項について話し合いを行い、労働者の同意を得たうえで支援計画を策定した。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
2	支援計画書に基づき、合理的な範囲で必要な配慮を行い、就業させた。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
3	支援計画書を策定する際に必要となる医師の診断書・意見書の交付に要する経費その他の本奨励金の申請に要する経費について、本人負担ではなく、事業主の負担である。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
4	雇入れ日及び支給申請日において、東京都内の事業所に勤務させている。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
5	当該労働者を雇用保険被保険者として適用させている。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ 適用要件を満たさない
6	当該労働者を社会保険の被保険者として適用させている。 <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ 適用要件を満たさない
7	一週間の所定労働時間が20時間以上の労働者として雇入れ、就業させている。(7又は8どちらかが「はい」) <input checked="" type="radio"/> はい ・ いいえ
8	一週間の所定労働時間が10時間以上20時未満上の労働者として雇入れ、就業させている。(7又は8どちらかが「はい」) はい ・ <input checked="" type="radio"/> いいえ
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、同意しました。 ○○年 ○○月 ○○日 (本人署名) 多摩 太郎 <input checked="" type="radio"/> 印

支給対象労働者の雇入れに併せて新たに導入した制度 (制度導入加算申請の場合)
<p>【就業に関する制度】</p> <p><input type="checkbox"/> フレックスタイム制度 <input type="checkbox"/> 通勤緩和制度</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅勤務、サテライトオフィス等のテレワーク制度</p> <p>【休暇に関する制度】</p> <p><input type="checkbox"/> 病気有給休暇制度 <input checked="" type="checkbox"/> 通院有給休暇制度</p> <p><input type="checkbox"/> 時間単位での年次有給休暇制度</p> <p>【その他仕事と治療の両立に向けた制度】</p> <p><input type="checkbox"/> 名称 ()</p>

支給要件確認欄 (該当する事項を○で囲む)	
1	医師の診断・意見等に基づき、難病・がんの発症や再発による治療のため、連続して2週間以上の期間、途中で離職させることなく、休職した後に復職させた。
2	復職にあたって原職に週所定労働時間10時間以上で復職させた。 ※ただし、就業継続するために必要な配慮事項の一環として、労働者の同意を得て、異なる職に配置することとなった場合には、異なる職でかまわない。
3	医師の診断・意見等を踏まえて必要な配慮事項について話し合いを行い、労働者の同意を得たうえで支援計画を策定した。
4	支援計画書に基づき、合理的な範囲内で必要な配慮を行い就業させた。
5	支援計画書を策定する際に必要となる医師の診断書・意見書の交付に要する経費その他の本奨励金の申請に要する経費について、本人負担ではなく、事業主の負担である。
6	復職日及び支給申請日において、東京都内の事業所に勤務させている。
7	当該労働者を雇用保険被保険者として適用させている。
8	当該労働者を社会保険の被保険者として適用させている。
9	一週間の所定労働時間が20時間以上の労働者として復職させ、就業させている。(9又は10どちらかが「はい」)
10	一週間の所定労働時間が10時間以上20時間未満の労働者として復職させ、就業させている。(9又は10どちらかが「はい」)
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、同意しました ○○年 ○○月 ○○日 (本人署名) 多摩 太郎

支給対象労働者の職場復帰に併せて新たに導入した制度 (制度導入加算申請の場合)
【就業に関する制度】 <input type="checkbox"/> フレックスタイム制度 <input type="checkbox"/> 通勤緩和制度 <input type="checkbox"/> 在宅勤務、サテライトオフィス等のテレワーク制度
【休暇に関する制度】 <input type="checkbox"/> 病氣有給休暇制度 <input checked="" type="checkbox"/> 通院有給休暇制度 <input type="checkbox"/> 時間単位での年次有給休暇制度
【その他仕事と治療の両立に向けた制度】 <input type="checkbox"/> 名称 ()

東京都難病・がん患者就業支援奨励金(採用奨励金)

誓約書

捨
印

事業主記載事項	事業所担当者確認欄
事業活動等に係る状況 (はい・いいえのどちらかを○で囲んでください)	○○年○月○日確認
1 東京都政策連携団体の指導監督等に関する要綱に基づき総務局長が指定する政策連携団体である。 (はい・ いいえ)	確認者 新宿 二郎 <input checked="" type="checkbox"/>
2 過去5年間に労働関係法令、障害者虐待防止法、その他重大な法令違反がある。(はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
3 都税の未納がある。(はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
4 風俗営業等関係事業主である。(はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
5① 暴力団員等(東京都暴力団排除条例(平成23年東京都条例第54号。以下「条例」という。)第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。以下同じ。)である。 (はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
② 法人その他の団体の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員に暴力団員等に該当する者がいる。 (はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
6 倒産している。(はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
7 雇入れ日の前日から起算して過去3年間に、以下のいずれかに該当する当該支給対象労働者を雇入れている。	
① 雇入れに係る事業主と雇用、請負、委任の関係にあったこと。又は出向、派遣、請負、委任の関係により当該雇入れに係る事業主において就労したことがある。 (はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
② 雇入れに係る事業主において、通算して3か月を超えて訓練・実習等を受講等したことがある。 (はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
8 雇入れ日の前日から起算して過去1年間に、当該支給対象労働者と雇用、請負、委任の関係にあった事業主/出向、派遣、請負、委任の関係により当該支給対象労働者を事業所において就労させたことがある事業主/または当該支給対象労働者が通算して3か月を超えて受講等したことがある訓練・実習等を行っていた事業主と、その関係性について、雇入れに係る事業主が下記のいずれかに該当する。 (はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
① いずれかが一方の発行済株式数又は出資の総額に占める他方の所有株式数又は出資の割合が5割を超えるものであること。	
② 代表者が同一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。	
9 当該支給対象労働者が雇入れに係る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をいう)に該当する。 (はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
10 本申請のうち採用奨励金における支給対象労働者に関して、その支給事由と同一の事由により支給要件を満たすこととなる雇用に係る助成金の支給を受け又は、申請している。 ・障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース) ・働き方改革宣言奨励金 ・働く人のチャイルドプランサポート制度整備奨励金 ・働きやすい職場環境づくり推進奨励金 ・テレワーク導入促進整備補助金 (はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>
※ 受給・申請中の場合には、その名称 ()	
11 雇入れた労働者の雇入れ日の前日から起算して過去2年間に、奨励金の支給決定の対象となった者が複数いる場合であって、それらの者が申請日時点で離職している割合が5割以上である。 (はい・ いいえ)	<input checked="" type="checkbox"/>

東京都難病・がん患者就業支援奨励金第11条の規定に基づく奨励金の支給申請を行うに当たり、上記1から11までの記載事項については、いずれも相違ないことをここに誓約いたします。

この誓約に違反又は相違があり、同要綱第20条の規定により支給決定の取消しを受けた場合において、同要綱第21条の規定に基づき返還を命じられたときは、これに異議なく応じることを誓約いたします。

また、同要綱第26条の規定により検査等の通知を受けたときはこれに応じ、誠意をもって対応いたします。

あわせて、1から11までの事業申請書と同じ日付を記入してください。要な事項についての確認を東京都が行う場合には協力します。

○○年○○月○○日

企業等の所在地 新宿区西新宿2-8-1 西新宿ビル1F

電話番号 03-○○○○-XXXX

企業等の名称 株式会社 都庁サービス

代表者役職・氏名 代表取締役 東京 一郎

申請書と同じ印を押印してください。
(記名押印)

誓約書



事業主記載事項	左記の内容について、確認日、確認者を記入してください。	事業所担当者確認欄
○ 事業活動等に係る状況 (はい・いいえのどちらかを○で囲んでください)		○年○月○日確認 確認者 新宿 二郎
1 東京都政策連携団体の指導監督等に関する要綱に基づき総務局長が指定する政策連携団体である。	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>
2 過去5年間に労働関係法令、障害者虐待防止法、その他重大な法令違反がある。	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>
3 都税の未納がある。	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>
4 風俗営業等関係事業主である。	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>
5① 暴力団員等 (東京都暴力団排除条例 (平成23年東京都条例第54号。以下「条例」という。) 第2条第3号に規定する暴力団員及び同条第4号に規定する暴力団関係者をいう。以下同じ。) である。	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>
② 法人その他の団体の代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員に暴力団員等に該当する者がいる。	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>
6 倒産している。	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>
7 本申請のうち雇用継続助成金における支給対象労働者に関して、その支給事由と同一の事由により支給要件を満たすこととなる雇用に係る助成金の支給を受け又は、申請している。		
<ul style="list-style-type: none"> ・障害者雇用安定助成金 (障害者職場定着支援コース) ・働き方改革宣言奨励金 ・働く人のチャイルドブランチサポート制度整備奨励金 ・働きやすい職場環境づくり推進奨励金 ・テレワーク導入促進整備補助金 	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>
※ 受給・申請中の場合には、その名称 ()		
8 職場復帰させた労働者の復職日の日の前日から起算して過去2年間に、奨励金の支給決定の対象となった者が複数いる場合であって、それらの者が申請日時点で離職している割合が5割以上である。	(はい・ <u>いいえ</u>)	<input checked="" type="checkbox"/>

東京都難病・がん患者就業支援奨励金第11条の規定に基づく奨励金の支給申請を行うに当たり、上記1から8までの記載事項については、いずれも相違ないことをここに誓約いたします。

この誓約に違反又は相違があり、同要綱第20条の規定により支給決定の取消しを受けた場合において、同要綱第21条の規定に基づき返還を命じられたときは、これに異議なく応じることを誓約いたします。

また、同要綱第26条の規定により検査等の通知を受けたときはこれに応じ、誠意をもって対応いたします。

あわせて、1から8までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を東京都が行う場合には協力します。

〇〇年〇〇月〇〇日 申請書と同じ日付を記入してください。 東京都知事殿 申請書と同じ印を押印してください。

企業等の所在地 新宿区西新宿2-8-1 西新宿ビル1F 番号 03-0000-XXXX

企業等の名称 株式会社 都庁サービス

代表者役職・氏名 代表取締役 東京 一郎 印 (記名押印)



提出日（郵送の場合は発送日）を記入してください。

年 月 日

下記住所が印鑑証明書と異なる場合には、印鑑証明書の住所と実際の所在地を併記してください。

東京都知事 殿

企業等の所在地 新宿区西新宿 2-8-1 西新宿ビル 1F

企業等の名称 株式会社 都庁サービス

代表者役職・氏名 代表取締役 東京 一郎 (印)

東京都難病・がん患者就業支援奨励金
実績報告書

印鑑登録がされている代表者
印を押印してください。

東京都難病・がん患者就業支援奨励金（以下「奨励金」という。）について、奨励金支給要綱第14条の規定に基づき、下記のとおり実績を報告します。

記

1 奨励金支給申請額 金 700,000 円
(内訳)

採用奨励金	円
雇用継続助成金	600,000円
制度導入加算	100,000円

2 支給対象者の勤務実績（報告日現在で記入。支給対象者が複数の場合は複写して作成すること）

フリガナ	<u>タマ タロウ</u>		生年月日	<u>令和2年4月1日</u>		
氏名	<u>多摩 太郎</u>		昭和44年11月30日	<u>令和2年4月1日</u>		
奨励金種別（該当するものに○）	採用奨励金 ・ <u>雇用継続助成金</u>					
疾患区分（該当するものに○）	<u>難病</u> ・ がん					
支給対象者の勤務実績	<u>令和2年4月1日から令和2年9月30日まで</u> 週平均所定内実労働時間 <u>25.59</u> 時間（小数点第二位まで記入） （雇入れ時又は復職時の週所定労働時間 <u>30</u> 時間）					
支給対象者への 月ごとの 賃金支払額 (控除前の額)	<u>令和2年4月分</u>	<u>令和2年5月分</u>	<u>令和2年6月分</u>	<u>令和2年7月分</u>	<u>令和2年8月分</u>	<u>令和2年9月分</u>
	〇〇〇円	〇〇〇円	〇〇〇円	〇〇〇円	〇〇〇円	〇〇〇円

3 担当者 雇入れ・復職日から起算して6か月の間に支払われた賃金の額を記載してください。

所在地	<u>新宿区西新宿 2-8-1 西新宿ビル 1F</u>			
担当者所属	<u>人事部人事課</u>	担当者氏名	<u>新宿 二郎</u>	
連絡先	電話番号	<u>03-〇〇〇〇-XXXX</u>	FAX番号	<u>03-〇〇〇〇-XX□□</u>
	メールアドレス	<u>△△〇〇〇@☆☆☆</u>		

○添付書類

- ①支給対象労働者の雇入れ・復職日から起算して6か月の間の賃金に係る賃金台帳の写し（原本証明したもの）
- ②支給対象労働者の雇入れ・復職日から起算して6か月の間のタイムカード又は、出勤簿及びその他の労働時間が確認できる書類の写し（原本証明したもの）
- ③その他知事が必要とする書類

【週平均所定内実労働時間確認表：記載例】

週平均所定内実労働時間確認表

対象労働者氏名 〇〇 〇〇

- ① 雇入れ日又は復職日 令和2年 4月 1日 ~ 6か月継続雇用満了日 令和2年 9月 30日
- ② 上記の6か月間の暦日 183 日
- ③ 上記の6か月間の所定内実総労働時間（下表アの合計） 669 時間
- ④ 週平均所定内実労働時間 [③所定内実総労働時間 ÷ (②6か月間の暦日 ÷ 7日)] = 25.59 時間(小数点第三位切り捨てて記入)
- ⑤ 毎月の賃金締日 毎月 末 日締切

雇入れ日（復職日）を記入してください。

給与支給日	5月 15日	6月 14日	7月 12日	8月 15日	9月 13日	10月 15日	
賃金計算期間 (労働時間計算期間)	令和2年4月1日	令和2年5月1日	令和2年6月1日	令和2年7月1日	令和2年8月1日	令和2年9月1日	
	令和2年4月30日	令和2年5月31日	令和2年6月30日	令和2年7月31日	令和2年8月31日	令和2年9月30日	
月間所定内実総労働時間数(ア)	112 h	110 h	115 h	130 h	90 h	112 h	h

満了日を記入してください。



〇〇年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

提出日（郵送の場合は発送日）
を記入してください。

企業等の所在地 新宿区西新宿 2-8-1 西新宿ビル 1F

企業等の名称 株式会社 都庁サービス

代表者役職・氏名 代表取締役 東京 一郎



申請時と同じ印を押印して
ください。

東京都難病・がん患者就業支援奨励金 申請撤回届

東京都難病・がん患者就業支援奨励金について、東京都難病・がん患者就業支援奨励金支給要綱
第16条の規定により、下記のとおり申請の撤回を申請します。

記

1 申請撤回理由

申請を撤回する理由を具体的に記
入してください。

捨
印

〇〇年〇〇月〇〇日

東京都知事 殿

提出日（郵送の場合は発送日）
を記入してください。

変更後の情報を記載してください。代表者印に変更があった場合は、新しい印を押印してください。変更が無い場合は申請時と同じ印を押印してください。

企業等の所在地 新宿区西新宿 2-8-1 西新宿ビル 1F
企業等の名称 株式会社 都庁サービス
代表者役職・氏名 代表取締役 東京 太郎

(印)

東京都難病・がん患者就業支援奨励金
申請事業主の〔名称、所在地、代表者等〕変更報告書

〇〇年〇〇月〇〇日付をもって提出した上記の申請事業主の（名称、所在地、代表者等）を下記のとおり変更したので、東京都難病・がん患者就業支援奨励金支給要綱第17条の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

1 変更事項

変更前

東京 一郎

変更後

東京 太郎

2 変更理由

代表者名変更による。

(添付書類)

- (1) 登記簿謄本1通
- (2) 印鑑証明書1通（発行後3か月以内）
- (3) 代表者の変更については、雇用継続の念書

医師の診断書・意見書

氏名	多摩 太朗	生年月日	昭和44年 11月 30日
病名等	○○○○○		
治療の見通し・就業に関する事項(医療機関記入欄) ※当てはまる□項目にチェックして、ご記入ください。			
今後の 治療の見通し	<input checked="" type="checkbox"/> 一ヶ月に(2)日の通院治療を予定 <input type="checkbox"/> 化学療法を予定 (月 日頃から) <input type="checkbox"/> 入院を伴う手術を予定(月 日頃) <input type="checkbox"/> 放射線療法を予定(月 日頃から) <input type="checkbox"/> その他()		
	具体的な治療計画: 投薬治療を継続、月2回の通院予定。その後、症状が寛解に向かってから、投薬内容を変更して、通院回数を減らしていく予定。 <div style="text-align: right;">□上記の治療等に伴い、今後、6か月の間に、再療養の可能性が高い</div>		
就業 判定	<input checked="" type="checkbox"/> 就業可能 <input type="checkbox"/> 就業継続が難しい 上記で就業可能の場合に、就業する上で必要な配慮事項が <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input checked="" type="checkbox"/> 短時間勤務(1日 4~6 時間程度)が望ましい(現在から ~3 か月ぐらいまでの間) <input type="checkbox"/> フルタイム勤務(残業なし)が可能 <input type="checkbox"/> 残業は月()時間まで可能		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他(通院に対する休暇取得の配慮)		
	<input type="checkbox"/> 就業面で身体的に耐えられない程の症状は(ほとんど)ない <input checked="" type="checkbox"/> 生活面で支障をきたす程の症状は(ほとんど)ない <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠状態は比較的良好で、メンタルヘルス不調による症状は(ほとんど)ない ※ 注意・配慮すべき症状: <input type="checkbox"/> 体力低下 <input checked="" type="checkbox"/> 痛み(痛みの部位: 下腹部) <input type="checkbox"/> メンタルヘルス不調 <input type="checkbox"/> 思考力・判断能力等の低下 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 便秘 <input checked="" type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> かゆみ <input checked="" type="checkbox"/> その他(突発的な発熱)		
就業 に関する 事項	<input type="checkbox"/> 決められた時間に通勤可能 <input checked="" type="checkbox"/> 時差出勤が望ましい		
	<input checked="" type="checkbox"/> サブ(補助)的業務(誰かの仕事を手伝う業務)が望ましい <input type="checkbox"/> メイン(主担当)の業務(責任を有する、一人分の業務)が可能		
	事例性		
	<input checked="" type="checkbox"/> 座り仕事が望ましい <input type="checkbox"/> 短時間の立ち仕事が可能 <input type="checkbox"/> 長時間の立ち仕事が可能 <input checked="" type="checkbox"/> 身体に負荷がかかる作業(暑い現場での作業・重量物の運搬・その他)は難しい <input checked="" type="checkbox"/> 勤務時間中に、頻回にトイレや休憩する可能性あり <input type="checkbox"/> 分食のための時間が必要		
	<input checked="" type="checkbox"/> 日中勤務が望ましい <input checked="" type="checkbox"/> 早朝、夜間、深夜勤務は難しい		
	<input checked="" type="checkbox"/> 車の長時間の運転は難しい <input checked="" type="checkbox"/> 遠方・海外への出張は難しい		
	<input type="checkbox"/> その他		
その他 の意見	薬剤による副作用として、免疫力の低下から、風邪、肺炎、急性胃腸炎などにかかりやすくなるので、就業後の体調管理に留意すること。		

以上のとおり、診断し、また意見を述べる。

○○年 ○○ 月 ○○ 日

医療機関 診療科名: ○○○病院

医療機関の住所 : 新宿区○○町○-○-○

医療機関の電話番号: (03)○○○-○○○○

医師名 江戸 花子



(本人記入欄)

上記の内容を確認しました。 ○○○年 ○○ 月 ○○ 日

本人署名 多摩 太朗



情報提供書 1 (就労・復職希望者本人記入用)

氏名	多摩 太朗	雇入れ日 職場復帰日	令和2年 4 月 1 日
就労・復職希望者本人の自覚症状等(本人記入欄)※当てはまる項目にチェックの上、ご記入ください。 ※⑤家族の就労状況については、回答したくない場合は、空欄でも構いません。			
① 睡眠状況: 入眠時刻: <u>22</u> 時 <u>00</u> 分 起床時刻: <u>6</u> 時 <u>00</u> 分 睡眠時間: <u>8</u> 時間 熟睡感が(<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 寝つきが悪い <input type="checkbox"/> 夜中に何度も目が覚める <input type="checkbox"/> 明け方に目が覚めて眠れない <input type="checkbox"/> 朝寝・昼寝を週 2 日以上する <input type="checkbox"/> その他()			
② 食事等: <input checked="" type="checkbox"/> 朝食を毎日食べる <input type="checkbox"/> 朝食は週に <u> </u> 日食べないことがある <input type="checkbox"/> 朝食は毎日食べない <input checked="" type="checkbox"/> 昼食を毎日食べる <input type="checkbox"/> 昼食は週に <u> </u> 日食べないことがある <input type="checkbox"/> 昼食は毎日食べない <input checked="" type="checkbox"/> 夕食を毎日食べる <input type="checkbox"/> 夕食は週に <u> </u> 日食べないことがある <input type="checkbox"/> 夕食は毎日食べない <input checked="" type="checkbox"/> 食欲がある <input type="checkbox"/> 食欲があまりない <input type="checkbox"/> 分食が必要である (3 食以外の食べる時間帯:)			
③ 体力・メンタルヘルス等: ○質問1: 症状安定・療養前の体調良好な時の体力を 100%とすると、今は何パーセントですか→ <u>70</u> % ○質問2: ここ最近 2 週間の体調はいかがですか (<input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> まあ良い <input type="checkbox"/> 少し悪い <input type="checkbox"/> 悪い) ○質問3: 訳もなく朝から疲れた感じがすることがありますか (<input type="checkbox"/> 全くない <input checked="" type="checkbox"/> 週に <u>1</u> 日は思う <input type="checkbox"/> 毎日思う) ○質問4: 何かに集中したり、決断できないことがありますか (<input type="checkbox"/> 全くない <input checked="" type="checkbox"/> 週に <u>1</u> 日は思う <input type="checkbox"/> 毎日思う) ○質問5: 気分が沈んだり、憂鬱でいっぱいなことがありますか (<input checked="" type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 週に <u> </u> 日は思う <input type="checkbox"/> 毎日思う) ○質問6: 不安で、心が落ち着かないことがありますか (<input checked="" type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> 週に <u> </u> 日は思う <input type="checkbox"/> 毎日思う)			
④ 症状: ○痛みについて、 <input type="checkbox"/> 痛みはない <input checked="" type="checkbox"/> 痛みがある(痛みの部位: <u>腹部</u>) ○便秘について、 <input type="checkbox"/> 便秘に問題なし <input type="checkbox"/> 便秘気味である(便秘頻度:) <input checked="" type="checkbox"/> 下痢気味である(一日 <u>5~10</u> 回) ○自覚症状について、 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 風邪気味(<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳) <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 痺れ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> むくみ がある。 ○その他、気になる症状として、下記のものがある。 (<u>疲れが溜まっているとき、腹痛は起きやすい。また併せて、急激な発熱を伴うことある。</u>)			
⑤ 生活状況 : <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他() 家族の就労状況: <input checked="" type="checkbox"/> 本人のみ <input type="checkbox"/> 共働き <input type="checkbox"/> その他()			
⑥ 通勤経路: (例: 自宅 7:05 (徒歩) → 八王子 7:25 発(中央線) → 新宿 7:58 着(徒歩) → 8:15 会社着) <u>自宅 8:00 (徒歩) → 武蔵境駅 8:10 発(中央線) → 新宿駅 8:34 着(徒歩) → 8:40 会社着</u>			
職場に望む配慮事項	<input type="checkbox"/> 定期的な上司・人事担当・上長との面談をしたい <input type="checkbox"/> (産業医がいる場合は) 定期的な産業医との面談をしたい <input checked="" type="checkbox"/> 通勤時間・経路・手段で配慮が欲しい(具体的には: <u>時差出勤を希望</u>) <input checked="" type="checkbox"/> 通院のための休暇・時間が欲しい(具体的には: <u>通院のため、月2回半日休暇を取得したい</u>) <input type="checkbox"/> 就業時間・就業場所・就業内容で、配慮が欲しい (具体的 <u>就業時間中、トイレのために複数回離席することを了承してもらいたい</u>) <input checked="" type="checkbox"/> その他: (<u>体調良好なときに、過度な残業を続けるなど、疲れを残すと急激に症状が悪化することがあるので、良好な場合でも、安定した就業を行うためには、過度な業務負荷をかけないことが望ましいです。</u>)		

情報提供書 2 (事業主記入用)

①業種	1.建設業 2. 製造業 3.電気・ガス・熱供給・水道業 4.情報通信業 5. 運輸・郵便業 6.卸売業、小売業 7.金融業、保険業 8. 不動産業 9. 飲食業 10.医療・福祉 11. 教育、学習支援業 12. その他() 番号(<u>4</u>)		
②想定される 職場の社員数	1. 1～19人 2. 20～49人 3. 50～99人 4. 100～199人 5. 200～299人 6. 300～499人 7. 500～999人 8. 1000人以上 番号(<u>2</u>)		
③想定される 主な業務内容	営業事務の業務 <input type="checkbox"/> 見積書・請求書の作成 <input type="checkbox"/> 各種伝票類のチェック・仕訳 <input type="checkbox"/> パソコンでの受注入力と顧客管理 <input type="checkbox"/> 各種書類のファイリング		
④ 想定される業務内容に関する就業条件等について、いずれかの印(○、△、－)を、下記の各項目に付けてください。 ※必須条件(労働者ができることが求められる場合) :○ 希望条件(労働者が必ずしもできる必要はなく、配慮の余地がある場合):△ 非該当条件(該当しない場合) :－			
フルタイムの勤務ができること	△	時間外労働ができること (<u>10</u> 時間程度)	△
早朝勤務ができること	－	夜間・深夜勤務ができること	－
座位での作業が長時間できること	○	立位での作業が長時間できること	－
身体に負担のかかる作業ができること	△	遠方・海外への出張ができること	－
指先・手先を使う細かい作業ができること	○	注意深さを要求される仕事ができること	○
パソコン作業ができること	○	電話対応業務ができること	○
窓口・接客業務ができること	△	交渉・渉外・営業の業務ができること	－
長時間の会議や打ち合わせができること	△	車の運転ができること	－
熱源のある場所での作業ができること	－	高所作業ができること	－
その他の必要となる就業条件等			
⑤ 配慮が可能な事項 ※配慮が可能な事項に○を付けてください。その他、配慮可能なことがあれば、記入してください。			
短時間勤務が可能	○	サブ的業務(誰かの仕事を手伝う業務)が可能	○
通勤時間での配慮が可能	○	内勤のみの配慮が可能	○
座位での業務への配置転換が可能	○	産業医による定期的な面談が可能	○
休憩時間の配慮が可能	○	通院時間や通院休暇での配慮が可能	○
休憩室(男女別で、プライベートが確保された、横になれるスペース)が利用可能			
その他:			
⑥勤務形態	基本の始業・終業時間	始業時間: 9 時 00 分 ~ 終業時間: 17 時 00 分	
	休日	完全週休二日制・それ以外()	
⑦ その他の情報提供しておきたい事項			

上記内容を確認のうえ、医療機関へ提出します。

(本人署名) 多摩 太郎



上記内容を確認のうえ、医療機関へ提出することに同意します。

株式会社 都庁サービス

(事業主名) 代表取締役 東京 一郎



支 払 金 情 報 登 録 依 頼 書
(新・変更・廃止)

東京都知事 殿

東京都からの支払金の振込みについては、下記口座を指定しますので、口座情報等の登録を依頼します。

依頼人 {

住所 **東京都新宿区西新宿2-8-1 西新宿ビル1階**

氏名 **株式会社 Tokyo都庁サービス888 代表取締役 東京 一郎**
(法人の場合は、法人名及び代表者職・氏名)

《該当に○をしてください》

新規
・
変更
・
廃止 一廃止理由： 電話番号の変更 ・ その他 (

口座情報コード(変更・廃止のとき必須、左詰め)

* 変更の場合は、該「変更後の内容」を

申請書と同一の印を捺印してください。

フリガナ(必須) **カフシキガイシャ トウキョウトチヨウサービスハチハチハチ**

氏名又は法人名(必須) **株式会社 T o k y o 都 庁 サ ー ビ ス 8 8 8**

郵便番号 **1 6 3 - 8 0 0 1**

住所・所在地 **東京都新宿区西新宿2-8-1 西新宿ビル1階**

電話番号(左詰め) **0 3 - 5 3 2 1 - 1 1 1 1**

* 原則として固定電話の電話番号を記入してください。
* 電話番号の変更はできません。旧電話番号の廃止及び新電話番号での新規登録を依頼してください。

* 種目(預金種目)
1:普通、2:当座、4:貯蓄、9:別段

口座指定番号1	金融機関名	本・支店名	金融機関コード	支店コード	種目	口座番号(右詰めで記入)
	都庁 銀行・信用金庫 信用組合・農協	新宿北 本店	1 2 3 4	0 0 7 1	0 1	4 5 6 7 8

口座名義人(カタカナ) 30文字まで
カ) T O K Y O ト チ ヨ ウ サ ー ビ ス 8 8 8

「口座名義人」欄は、「預金通帳等の表紙裏面に記載されているカナ口座名義人名」をそのとおりに転記してください。

- 申請書と同じ印(印鑑登録した実印)を押し、支給申請時に提出してください。
- すでに東京都に登録済の口座がある場合には、この様式の提出は不要です。
ただし、東京都から2年以上支払実績のないときは、システムの都合上、登録された情報が削除されることがあります。この場合、再登録が必要になります。
- 口座振替依頼書(助成金振込時に必要になります。)は、口座登録後、東京都より送付いたします。再発行が必要な場合は、ご連絡ください。
- 口座登録についての詳細は、以下をご参照ください。
(口座情報登録等について)

<https://www.kaikeikanri.metro.tokyo.lg.jp/keiyaku.htm>

(東京都公金を納付できる金融機関)

<https://www.kaikeikanri.metro.tokyo.lg.jp/koukinshuunou.htm>

東京都難病・がん患者就業支援奨励金チェックリスト【申請事業主用】

＜支援計画書提出用＞

【申請日】 年 月 日

【事業主名】

【種別】 採用 ・ 雇用継続

制度導入加算 (あり ・ なし)

提出書類に不備がないか各項目を確認したうえで、チェック欄に✓を入れ申請書類と一緒に提出してください。

提出書類		手引き 掲載ページ	事業主 チェック 欄
申請期間		—	—
	雇入れ又は復職の日の翌日から起算して2か月以内ですか	P7	<input type="checkbox"/>
採用定着・復職支援計画書（様式第1号）		—	—
	日付・企業名の記載及び捺印はされていますか(窓口への提出日、郵送の場合は発送日)	P14	<input type="checkbox"/>
	申請事業主概要（雇用継続助成金の場合には中小企業欄に✓）を記載しましたか	P5、P6、P14	<input type="checkbox"/>
	支給対象者就業事業所を記載しましたか（ただし、申請事業主概要と異なる場合のみ）	P14	<input type="checkbox"/>
制度 導入	制度導入の有無・制度の内容を記載しましたか	P5、P15	<input type="checkbox"/>
	支援計画書欄を記載の上、本人及び事業主の署名・捺印はありますか	P15	<input type="checkbox"/>
添付書類		—	—
	情報提供書1、2及び医師からの診断書・意見書の写し (原本証明をしたもの)	P4 P7、P8、 P11 P25～27	<input type="checkbox"/>
	雇用契約書、就業規則等の雇入れ時（雇用継続の場合は復職時）の労働条件がわかるものの写し (原本証明をしたもの)	P7、P8	<input type="checkbox"/>
	連続して2週間以上休職した後、復職していることがわかるタイムカード又は出勤簿等の写し (原本証明をしたもの)	P4、P7	<input type="checkbox"/>
雇用 継続	雇用保険被保険者資格取得確認通知書（事業主通知用）の写し	P4、P8	<input type="checkbox"/>
	登記簿謄本 又は 履歴事項全部証明書 の写し (発行日から3か月以内のもの)	P8	<input type="checkbox"/>
	資本金若しくは出資の総額が中小企業事業主の要件を満たさない場合には、常時雇用する労働者数が分かる資料の写し (原本証明をしたもの)	P5、P6、P8	<input type="checkbox"/>
	チェックリスト（支援計画書提出用）		<input type="checkbox"/>

東京都難病・がん患者就業支援奨励金チェックリスト【申請事業主用】

<支給申請書提出用>

【申請日】 年 月 日

【事業主名】

【種別】 採用 ・ 雇用継続

制度導入加算 (あり ・ なし)

提出書類に不備がないか各項目を確認したうえで、チェック欄に✓を入れ申請書類と一緒に提出してください。

提出書類		手引き 掲載ページ	事業主 チェック 欄
申請期間等		—	—
	支援計画書を提出していますか	P7	<input type="checkbox"/>
	雇入れ又は復職の日のから5か月経過した日より起算して1か月以内ですか	P8	<input type="checkbox"/>
支給申請書（様式第2号）		—	—
	日付・企業名の記載及び捺印はされていますか（窓口への提出日、郵送の場合は発送日）	P16	<input type="checkbox"/>
	奨励金支給申請額及びその内訳を記載しましたか	P16	<input type="checkbox"/>
	支給対象労働者詳細を記載しましたか	P16	<input type="checkbox"/>
支給申請書別紙（様式第2号-1）又は（様式第2号-2）		—	—
	本人の署名・捺印はありますか	P17、P18	<input type="checkbox"/>
制度 導入	新たに導入した制度を記載しましたか	P5、P17、P18	<input type="checkbox"/>
誓約書（様式第3号-1）又は（様式第3号-2）		—	—
	申請書と同一の日付及び印鑑ですか	P19、P20	<input type="checkbox"/>
添付書類		—	—
採用 奨励	雇用保険被保険者資格取得確認通知書（事業主通知用）の写し ※ ※雇用保険被保険者要件を満たす労働条件で雇用された場合のみ	P4、P8	<input type="checkbox"/>
	健康保険・厚生年金保険者資格取得届の写し ※ ※健康保険・厚生年金被保険者要件を満たす労働条件で雇用された場合のみ 雇用継続助成金については、資格取得していることがわかる他の書類でも可	P4、P5、P8	<input type="checkbox"/>
制度 導入	制度導入前と導入後の就業規則等の写し、又は労働基準監督署に提出した就業規則変更届の写し （原本証明をしたもの）	P5、P8	<input type="checkbox"/>
	支払金口座情報登録依頼書又は支払金口座振替依頼書	P8、P28	<input type="checkbox"/>
	印鑑証明書（提出書類の押印はこの印を使用して下さい）	P8	<input type="checkbox"/>
	チェックリスト（支給申請書用）		<input type="checkbox"/>

東京都難病・がん患者就業支援奨励金チェックリスト【申請事業主用】

<実績報告書提出用>

【申請日】 年 月 日

【事業主名】

【種別】 採用 ・ 雇用継続
制度導入加算（あり ・ なし）

提出書類に不備がないか各項目を確認したうえで、チェック欄に✓を入れ申請書類と一緒に提出してください。

提出書類		手引き 掲載ページ	事業主 チェック欄
申請期間等		—	—
	支援計画書、支給申請書を提出していますか	P7、P8	<input type="checkbox"/>
	雇入れ又は復職の日から6か月以上の雇用が継続した日の翌日から起算して1か月以内ですか	P9	<input type="checkbox"/>
実績報告書（様式第6号）		—	—
	日付・企業名の記載及び捺印はされていますか（窓口への提出日、郵送の場合は発送日）	P21	<input type="checkbox"/>
	奨励金支給申請額及びその内訳を記載しましたか	P21	<input type="checkbox"/>
	支給対象者の勤務実績を記載しましたか （週平均実労働時間が下記の「週平均実労働時間確認表」で算出した数値と一致していますか）	P6、P21	<input type="checkbox"/>
	担当者欄を記載しましたか	P21	<input type="checkbox"/>
週平均実労働時間確認表		—	—
	週平均実労働時間を算出しましたか	P6、P22	<input type="checkbox"/>
添付書類		—	—
	6か月間の賃金台帳の写し (原本証明をしたもの)	P9	<input type="checkbox"/>
	6か月間のタイムカード又は出勤簿等、労働時間が確認できるものの写し (原本証明をしたもの)	P9	<input type="checkbox"/>
	チェックリスト（実績報告書提出用）		<input type="checkbox"/>