

令和6年度 大和市障がい者雇用促進補助金申請

記入例・注意事項

● 必要書類

※各書類の詳細は次頁以降参照

① 申請書

② 障がい者雇用状況報告書

③ 請求書

④ 会社の登記簿謄本(履歴事項全部証明書)

※登記簿上に大和市内事業所の記載がない場合は、④に加えて、
市内で1年以上操業していることが分かる書類もあわせて提出。
(例:決算書類、建物の賃借契約書、公共料金領収書の写しなど)

⑤ 対象者全員分の障害者手帳の写し(全ページ)【A4用紙】

※転居直後など、手帳に現住所(10月1日時点)の記載がない場合は、
⑤に加えて、当該対象者の現住所が分かる書類もあわせて提出。
(例:住民票、運転免許証の写し、など)

⑥ 対象者全員分の雇用保険被保険者証の写し【A4用紙】

※①～③の様式は、こちらからダウンロードしてください

大和市 障がい者雇用促進補助金について

検索



● 注意事項(各書類共通)

修正液や修正テープ、砂消し、消えるボールペン等を使用していない

⑤・⑥は、印字内容がA4用紙に鮮明にコピーされている
(書類の端が切れたり、文字が擦れて読み取れないもの等は不可)

**①申請書
記入例**

鮮明に

法人
実印

捺印

第1号様式（第7条関係）

大和市障がい者 雇用促進 補助金申請書	担当	係長・主幹	課長	部長	副市長	受付 6・10・
						決裁 . .
						施行 . .

大和市長殿		令和6年10月 日	
事業者	所在地	〒242-0001 大和市 下鶴間1-1-1	
	名称	株式会社 大和市商事	
代表者	役職	代表取締役	
	氏名	大和 太郎	
事務担当者	氏名	鶴間 花子	
	電話番号	046-260-5135	
次のとおり申請します。なお、本申請にあたり当事業所(個人事業主)の国民健康保険税・下水道使用料の納付状況等、補助金交付要件			
事業内容	食料品製造業		
従業員数	50人		
補助対象となる障がい者の数	市内在住 (補助額:50,000円)	1人	市外在住 (補助額:30,000円)
			1人

市内事業所【※】

登記簿(④)上の役職名

【例】株式会社の場合、
『代表取締役社長』 → ×
『代表取締役』 → ○

鮮明に

法人
実印

法人全体の最も規模が大きい事業を『日本標準産業分類』の中分類で記入

【参考】分類検索システム(政府統計ポータル)
<https://www.e-stat.go.jp/classifications/terms/10>

<中分類の例>

- ・「食料品製造業」
- ・「印刷・関連連業」
- ・「輸送用機械器具製造業」
- ・「道路貨物運送業」
- ・「建築材料、鉱物・金属材料等卸売業」
- ・「飲食料品卸売業」
- ・「機械器具小売業」
- ・「飲食店」
- ・「職業紹介・労働者派遣業」

法人全体で常時使用する全従業員

(正社員、パート等の雇用形態問わず全員)

雇用状況報告書(②)に記入した対象数を居住地別(市内・市外)に記入

申請額は空欄のまま
窓口を持参ください

【※】登記簿上の本店が大和市外にある場合

- ・「所在地」欄には、障がい者を雇用している市内事業所の所在地(主要事業所1か所)を記入ください。
- ・登記簿(④)に上記の市内事業所の所在地が記載されていない場合、登記簿(④)に加えて、市内で1年以上操業していることが確認できる書類もあわせて提出ください。

<例> ・当該事業所の所在地が記載された決算書類の写し

・当該事業所の賃借契約書の写し

・当該事業所の直近、及び、1年前の公共料金(電気、水道など)の領収書の写し

**②雇用状況報告書
記入例**

障がい者雇用状況報告書

該当区分に
 又は

事業者名

株式会社 大和市商事

ふりがな	つるま はなこ	(従業員本人の)	大和市 下鶴間1-1-1
氏名	鶴間 花子	住所	
区分	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障がい者	<input type="checkbox"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> 精神障がい者
障がいの等級(程度)	3 級	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写しの添付 (カバーを外した状態で、全ページの写しをとってください)	
雇用保険の資格取得年月日	H 30年 10月 2日	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証の写しの添付	
所管課記入欄	【交付額】 <input type="checkbox"/> 市内在住 5 万円 <input type="checkbox"/> 市外在住 3 万円 <input type="checkbox"/> 対象外		

ふりがな	りんかん いちろう	(従業員本人の)	東京都 町田市 ○×△
氏名	林間 一郎	住所	
区分	<input type="checkbox"/> 身体障がい者	<input checked="" type="checkbox"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> 精神障がい者
障がいの等級(程度)	B2 級	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写しの添付 (カバーを外した状態で、全ページの写しをとってください)	
雇用保険の資格取得年月日	R 05年 10月 1日	<input checked="" type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証の写しの添付	
所管課記入欄	【交付額】 <input type="checkbox"/> 市内在住 5 万円 <input type="checkbox"/> 市外在住 3 万円 <input type="checkbox"/> 対象外		

**障害者手帳 (⑤)
どおりに
「等級」を記入**

**雇用保険被保険者証 (⑥)
どおりに
「資格取得年月日」を記入**

10月1日時点の現住所を記入

※障害者手帳 (⑤) に記載された住所と一致することを確認
↓
(転居直後など) 障害者手帳 (⑤) に現住所の記載がない場合は、住民票や運転免許証の写し等、現住所が確認できる書類の提出が必要です

ふりがな		(従業員本人の)	
氏名		住所	
区分	<input type="checkbox"/> 身体障がい者	<input type="checkbox"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> 精神障がい者
障がいの等級(程度)	級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写しの添付 (カバーを外した状態で、全ページの写しをとってください)	
雇用保険の資格取得年月日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証の写しの添付	
所管課記入欄	【交付額】 <input type="checkbox"/> 市内在住 5 万円 <input type="checkbox"/> 市外在住 3 万円 <input type="checkbox"/> 補助対象外		

ふりがな		(従業員本人の)	
氏名		住所	
区分	<input type="checkbox"/> 身体障がい者	<input type="checkbox"/> 知的障がい者	<input type="checkbox"/> 精神障がい者
障がいの等級(程度)	級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写しの添付 (カバーを外した状態で、全ページの写しをとってください)	
雇用保険の資格取得年月日	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者証の写しの添付	
所管課記入欄	【交付額】 <input type="checkbox"/> 市内在住 5 万円 <input type="checkbox"/> 市外在住 3 万円 <input type="checkbox"/> 補助対象外		

③請求書記入例

※太枠の欄に記入の上、2か所に押印ください

※修正液や修正テープ、砂消し、消えるボールペン等の使用不可

請 求 書

大 和 市 長 あて

事業者	所在地	〒242-0001 大和市 下鶴間1-1-1
	名称	株式会社 大和市商事
代表者	役職	代表取締役
	氏名	大和 太郎

鮮明に

捨印

法人
実印

指定以外の情報記入不可

※「名称」欄に名称以外の情報
(所在地や電話番号等)を含む
ゴム印等を押さないでください

登記簿(④)上の役職名

【例】株式会社の場合
『代表取締役社長』 → ×
『代表取締役』 → ○

鮮明に

印

法人
実印

※申請書と同じ印鑑を鮮明に押印ください

次の金額を請求します。

【摘要】	【請求金額】
障がい者雇用促進補	

金額は空欄のまま

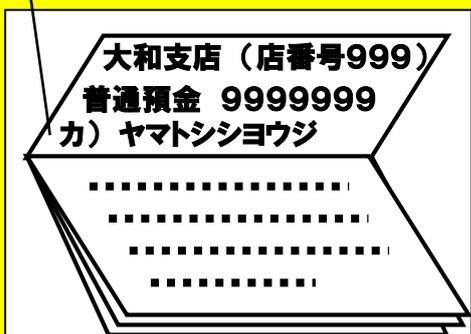
本書の請求金額は次の口座に振込を依頼します。

金融機関	名称	○×	銀行	店	名称	大和	本店
	番号	9 9 9 9	信用金庫	舗	番号	9 9 9	支店
預金種目 (どちらかを選択)	1 普通(総合)	2 当座	口座番号 (右づめ)	9 9 9 9 9 9 9			
口座名義 (カタカナ、英数字)							英数字)

必ずどちらか選択

カ) ヤマトシシヨウジ

通帳表紙の裏面等に印字されている振込用名義(カナ)を正確に



・法人格の略称(株式会社の場合の『カ』『(カ)』など)も、通帳記載のとおり正確に記入ください。

・アルファベット小文字は使用不可です。通帳表紙の裏面等に印字されている振込用名義(カナ文字)を確認ください。

・法人の代表者職氏名は不要です。

【例】株式会社 abc の場合:

× (カブ) abc ダイヒョウトリシマリヤク ヤマトタロウ

○ カ) エービーシー

④登記簿謄本 注意事項

④登記簿謄本

- ・会社の履歴事項全部証明書（概ね3ヶ月以内の最新のもの、写し可）

履歴事項全部証明書	
会社法人等番号	
商号	株式会社大和市商事
本店	大和市下鶴間 1-1-1
公告をする方法	
会社成立の年月日	
目的	
発行可能株式総数	
発行済株式の総数	
資本金の額	金5,000万円
株式の譲渡制限	
役員に関する事項	代表取締役 大和 太郎
登記事項に関する事項	

申請書(①)や請求書(③)
に記入した
代表者の「役職」「氏名」
と一致することを確認

※役職表記の誤りや
（「代表取締役社長」は×）
氏名の漢字の誤り等に
ご注意ください。

⑤障害者手帳 注意事項

⑤障害者手帳の写し

- ・補助対象者の「身体障害者手帳」、「療育手帳」又は「精神障害者保健福祉手帳」の全ページを
A4用紙にコピー(片面印刷)したもの。 ※1枚に収まらない場合は複数枚に分けてください。

療育手帳	
障害の程度	
B2	
氏名	林間 一郎
本人住所	東京都町田市○×△
記載事項変更欄	

雇用状況報告書(②)に記入した
「等級(障害の程度)」や「住所」と
一致することを確認

※(転居直後など)10月1日時点の
現住所の記載がない場合は、
手帳に加えて、住民票や運転免許
証の写し等、現住所が確認できる
書類の提出が必要です

「記載事項変更欄」や「備考欄」など
空欄の(何も記載がない)ページも
含めてコピーする

⑥雇用保険証 注意事項

⑥雇用保険被保険者証の写し

・補助対象者の「雇用保険被保険者証」をA4用紙にコピー（片面印刷）したもの。

※1枚に収まらない場合は複数枚に分けてください。（横向き可、⑤も同様）

※「確認通知書（事業主通知用）」のコピーでも可。

<p>雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (被保険者通知用)</p> <p>被保険者番号 0000-000000-0</p> <p>被保険者氏名 ツルマ ハナコ</p> <p>事業所名略称 株式会社大和市商事</p> <p>資格取得年月日 H301002</p>	<p>雇用保険被保険者証</p> <p>被保険者番号 0000-000000-0</p> <p>被保険者氏名 ツルマ ハナコ</p>
<p>雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 (被保険者通知用)</p> <p>被保険者番号 0000-000000-0</p> <p>被保険者氏名 リンカン イチロウ</p> <p>事業所名略称 株式会社大和市商事</p> <p>資格取得年月日 R051001</p>	<p>雇用保険被保険者証</p> <p>被保険者番号 0000-000000-0</p> <p>被保険者氏名 リンカン イチロウ</p>

雇用状況報告書(②)に記入した
「資格取得年月日」や「氏名ふりがな」
と一致することを確認

大和市内の事業所
であることを確認

印字面が余白部分も含めて
全て収まるようコピーする
(印刷倍率を縮小する、
用紙を横向きにする等)

【悪い例】書類の端が切れたり、文字が擦れている箇所がある

用保険被	資格取得等確認通知書	雇用保険被保
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]
用保険被	資格取得等確認通知書	雇用保険被保
[]	[]	[]
[]	[]	[]
[]	[]	[]

擦れて読めない文字等
が無いよう確認