

# 令和 8 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

### ■ 申請必要書類 ※書類毎の詳細は次ページ以降参照

- ① 申請書 ※書式あり
- ② 障がい者雇用状況報告書 ※書式あり
- ③ 請求書 ※参考書式あり
- ④ 会社の登記簿謄本（履歴事項全部証明書）※写し可

※ 登記簿上に大和市内事業所の所在地が記載されていない場合、④に加えて、市内で 1 年以上操業していることがわかる書類も提出してください。

例）決算書類、建物の賃借契約書、公共料金領収書など

- 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、⑤に加えて、当該対象者の現住所がわかる書類も提出してください。

- 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の書式（Word）は、下記QRの市ホームページからダウンロードいただけます。



### ■ 注意事項（各書類共通） ※下記をご確認の上、提出してください

- ・ 修正液や修正テープ、消えるボールペンなどは使用できません。
- ・ ⑤、⑥は、印字内容が A4 用紙に鮮明にコピーされていることを確認してください。

※ 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

- ・ 市税等に滞納がある場合、補助金の交付対象になりません。

# 記入例

第1号様式（第7条関係）

|                           |     |       |     |     |     |    |   |   |
|---------------------------|-----|-------|-----|-----|-----|----|---|---|
| 大和市障がい者<br>雇用促進<br>補助金申請書 | 担 当 | 係長・主幹 | 課 長 | 部 長 | 副市長 | 受付 | ・ | ・ |
|                           |     |       |     |     |     | 決裁 | ・ | ・ |
|                           |     |       |     |     |     | 施行 | ・ | ・ |

|           |       |           |              |
|-----------|-------|-----------|--------------|
| 大 和 市 長 殿 |       | 令和8年10月 日 |              |
| 申請者       | 事業者   | 所在地       | 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、補助金交付要件を満たしていることを確認してください。

|                       |                                                                                                                                |                       |    |                       |    |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-----------------------|----|
| 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         | <table border="1"> <tr> <td>市内在住<br/>(補助額:50,000円)</td> <td>1人</td> <td>市外在住<br/>(補助額:30,000円)</td> <td>1人</td> </tr> </table> | 市内在住<br>(補助額:50,000円) | 1人 | 市外在住<br>(補助額:30,000円) | 1人 |
| 市内在住<br>(補助額:50,000円) | 1人                                                                                                                             | 市外在住<br>(補助額:30,000円) | 1人 |                       |    |

市内事業所【※】

登記簿謄本（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』 → ○

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】検索システム（政府統計ポータル）



（中分類の例）

- ・「食料品製造業」
- ・「印刷・同梱業」
- ・「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）

申請額は空欄のまま  
窓口に持参ください

障がい者雇用状況報告書（②）に記入した対象者の  
数を居住地別（市内・市外）に記入

【※】登記簿謄本上の本店が大和市外の場合

- ・「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）をご記入ください。
- ・登記簿謄本（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、登記簿謄本（④）に加えて、**市内で1年以上営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

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<br>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<br>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<br>資格取得年月日 | 令和2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 O×△ |
| 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<br>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<br>の写しの添付 |             |
| 雇用保険の<br>資格取得年月日 | 令和7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       |                                                                         |             |

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

雇用保険被保険者証(⑥)どおりに「資格取得年月日」を記入

障害者手帳(⑤)どおりに「等級」を記入

|                  |                                                                                                        |                                                                                           |  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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 |                                                                                           |  |

# 記入例

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）を含むゴム印等を押さないでください

## 請 求 書

大 和 市 長 あて

|              |                                               |              |
|--------------|-----------------------------------------------|--------------|
| 事 業 者        | 所在地                                           | 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<br>担 当 者 | 電話番号                                          | 046-260-5135 |
|              | 氏 名<br><small>※代表者（事業者）本人<br/>の場合は省略可</small> | 鶴間 一郎        |

申請書と

記入ください

### 登記簿謄本（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』 → ○

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助金 | ¥ 金額は空欄のまま — |

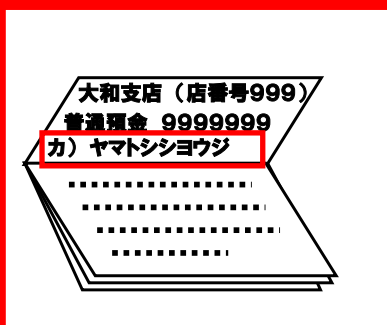
本書の請求金額は次の口座に振込を依頼します。

|              |                               |         |           |                 |    |       |    |
|--------------|-------------------------------|---------|-----------|-----------------|----|-------|----|
| 金融機関         | 名称                            | OX      | 銀行        | 店 舗             | 名称 | 大和    | 本店 |
|              | 番号                            | 9 9 9 9 | 信用金庫      |                 | 番号 | 9 9 9 | 支店 |
| 預金種目         | 1 普通（総合）                      | 2 当座    | 口座番号（右づめ） | 9 9 9 9 9 9 9 9 |    |       |    |
| 口座名義（カタ、英数字） | 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とおりの表記(カナ文字)で |         |           |                 |    |       |    |

必ず通帳等を確認のうえ

必ずどちらか選択

### 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



- ・法人格の略称も通帳記載のとおり正確に記入ください。  
※株式会社の場合、『カ）、（カ）』
- ・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、  
悪い例：（カブ）abc ダイヒヨウトリシマリヤク ヤマトタロウ  
良い例：カ) エービーシー 若しくは カ) abc

# 記入例

## 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**

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

## 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   | <b>B2</b> |
| 氏名      | 林間 一郎     |
| 本人住所    | 東京都町田市○×△ |
| 記載事項変更欄 |           |
|         |           |
|         |           |
|         |           |
|         |           |

**障がい者雇用状況報告書（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**

# 記入例

## 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。

| 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書<br>(被保険者通知用) |         | 雇用保険被保険者証     |  |
|---------------------------------|---------|---------------|--|
| 被保険者番号                          | 資格取得年月日 | 被保険者番号        |  |
| 0000-000000-0                   | R011002 | 0000-000000-0 |  |
| 被保険者氏名                          |         | 被保険者氏名        |  |
| ソルマ ハナコ                         |         | ソルマ ハナコ       |  |
| 事業所名略称                          |         |               |  |
| 株式会社大和市商事                       |         |               |  |

| 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書<br>(被保険者通知用) |         | 雇用保険被保険者証     |  |
|---------------------------------|---------|---------------|--|
| 被保険者番号                          | 資格取得年月日 | 被保険者番号        |  |
| 0000-000000-0                   | R061001 | 0000-000000-0 |  |
| 被保険者氏名                          |         | 被保険者氏名        |  |
| リンカン イチロウ                       |         | リンカン イチロウ     |  |
| 事業所名略称                          |         |               |  |
| 株式会社大和市商事                       |         |               |  |

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

| 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 |  | 雇用保険被保険者証 |  |
|--------------------|--|-----------|--|
|                    |  |           |  |
|                    |  |           |  |
|                    |  |           |  |

| 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書 |  | 雇用保険被保険者証 |  |
|--------------------|--|-----------|--|
|                    |  |           |  |
|                    |  |           |  |
|                    |  |           |  |

擦れて読めない文字等がないよう確認