

# 苫小牧市障害者雇用奨励金

厚生労働省が実施する障害者トライアル雇用助成金の対象者を引き続き期間の定めのない労働者として雇い入れた事業所に

**【身体障がい者・知的障がい者】**

**16万円交付** (1ヶ月以上雇用が条件)

**【精神障がい者】**

**32万円交付** (1ヶ月以上雇用が条件)

詳しくは手引をご覧ください

【お問い合わせ先】

TEL 32-6432

苫小牧市産業経済部

企業政策室 工業・雇用振興課



とま千ヨッポ  
©2011 苫小牧市

## ◆ 苫小牧市障害者雇用奨励金申請の手引 ◆

- 【申請書受付期間】 平日 8:45～17:15  
※土曜・日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）を除く
- 【申請書受付窓口】 苫小牧市役所7階 工業・雇用振興課  
〒053-8722  
苫小牧市旭町4丁目5番6号  
電話 0144-32-6436

### 対象となる要件

- ① 厚生労働省が実施する障害者トライアル雇用助成金の対象者であること  
(障害者トライアル雇用もしくは障害者短時間トライアル雇用)
- ② (トライアル雇用の対象者を) 期間の定めのない労働者として雇用していること
- ③ 市内で就労すること
- ④ 1か月以上雇用が継続していること

※すべての要件を満たすことが必要です

### 交付金支給額

対象労働者1人につき、

【身体障がい者・知的障がい者の場合】

16万円を支給（短時間トライアル雇用は8万円を支給）

【精神障がい者の場合】

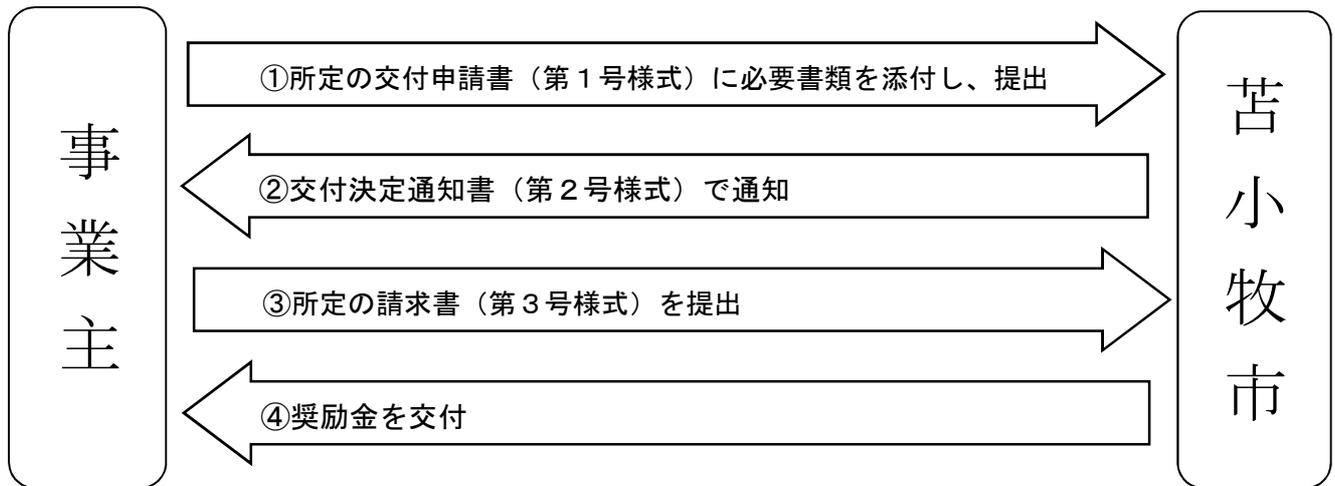
32万円を支給（短時間トライアル雇用は16万円を支給）

### 申請方法

交付申請書に以下の関係書類を添えて受付窓口へ持参、もしくは郵送願います。

- ① 障害者トライアル雇用助成金支給決定通知書の写し
- ② 障害者トライアル雇用等実施計画書の写し
- ③ 雇用形態を確認できる書類の写し  
※雇用契約書、労働条件通知書等
- ④ 出勤簿またはタイムカードの写し
- ⑤ 市税納付状況調査同意書
- ⑥ 障害者手帳の写し

## 申請から支給までの流れ



## その他留意事項

申請にあたっては、添付の「苫小牧市障害者雇用奨励金交付要綱」をご一読願います。  
(苫小牧市役所ホームページにも掲載)

## お問い合わせ先

〒053-8722  
苫小牧市旭町4丁目5番6号  
苫小牧市産業経済部企業政策室  
工業・雇用振興課 電話 0144-32-6436

## 苫小牧市障害者雇用奨励金交付要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、障害者の雇用の促進を図るため、苫小牧市障害者雇用奨励金（以下「奨励金」という。）の交付について、必要な事項を定めることを目的とする。

### (対象事業者)

第2条 奨励金の交付を受けることができる事業者は、次の各号のいずれにも該当する者（国及び地方公共団体並びにこれらに準ずるものを除く。）とする。ただし、市長が特に必要と認めるものについては、この限りでない。

- (1) 市内に事業所又は事務所を有し、本市の市税（苫小牧市税条例第3条に定める普通税のうち市民税（法人の場合は法人市民税、個人事業主の場合は市民・道民税）及び固定資産税）の滞納がない事業主
- (2) 厚生労働省が実施する障害者トライアル雇用助成金の終了後、当該試行的に雇用した障害者（以下「対象者」という。）を引き続き市内の事業所で期間の定めのない労働者として1ヵ月雇用し、申請時も雇用継続していること
- (3) 事業主、又は会社法（平成17年法律第86号）に規定する役員が暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）に規定する暴力団員でないこと
- (4) 労働基準法、雇用保険法、健康保険法、厚生年金保険法等の労働関係法令を遵守している事業主

### (奨励金額)

第3条 奨励金の額は、身体障害者及び知的障害者1人につき16万円、精神障害者1人につき32万円とし、対象者1人につき1回の交付を限度とする。ただし、障害者短時間トライアル雇用の対象者は身体障害者及び知的障害者1人につき8万円、精神障害者1人につき16万円とする。

2 奨励金は、予算の範囲内で交付するものとする。

### (交付申請)

第4条 第2条に規定する要件を満たし、奨励金の交付を申請しようとする事業者は、苫小牧市障害者雇用奨励金交付申請書（第1号様式）に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 障害者トライアル雇用助成金支給決定通知書の写し
- (2) 障害者トライアル雇用等実施計画書の写し
- (3) 雇用形態を確認できる書類の写し

- (4) 出勤簿またはタイムカードの写し
- (5) 市税納付状況調査同意書
- (6) 障害者手帳の写し
- (7) 市長が必要と認める書類

(交付決定及び通知)

第5条 市長は、奨励金の申請があったときは、当該申請に係る書類の内容を審査し、奨励金の交付を適当と認めたときは、速やかに奨励金の交付を決定しなければならない。

2 市長は、奨励金の交付を決定したときは、苫小牧市障害者雇用奨励金交付決定通知書(第2号様式)により、申請者に通知し、遅滞なく奨励金を交付する。

(交付決定の取消し等)

第6条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、奨励金交付決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に交付した奨励金の全部若しくは一部を返還させることができる。

- (1) 偽りその他不正の手段により奨励金の全部若しくは一部を返還させることができる。
- (2) その他市長が奨励金の交付を不適当と認めたとき。

(調査等)

第7条 市長は、必要があると認めたときは、奨励金の交付を受けたものに対し、対象者の雇用状況に係る帳簿等を提出させ、調査することができる。

(補足等)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。
- 2 この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

苫小牧市障害者雇用奨励金交付申請書

令和 年 月 日

苫小牧市長 岩倉 博文 様

(申請者) 住 所  
事業所名  
代表者名 印  
電 話 ( ) -

苫小牧市障害者雇用奨励金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり奨励金の交付を申請します。  
申請書の提出にあたり、下記の内容について苫小牧公共職業安定所に調査依頼することに同意します。  
また、記載事項はすべて事実と相違ないことを証明します。

記

1 交付申請額

円  
身体障害者・知的障害者 ( 0,000円× 人 )  
精神障害者 ( 0,000円× 人 )

2 振込先

金融機関名		(どちらかに○を付けてください) 普通・当座
支店名		
フリガナ		
口座名義人		
口座番号		

3 対象労働者

氏名		現住所	
生年月日		雇用年月日	
雇用状況の確認		雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに○をつけてください)	身体・知的・精神障害		

添付書類	(1) 障害者トライアル雇用助成金支給決定通知書の写し (2) 障害者トライアル雇用等実施計画書の写し (3) 雇用形態を確認できる書類の写し (4) 出勤簿またはタイムカードの写し (5) 市税納付状況調査同意書 (6) 障害者手帳の写し
------	---

※対象者が2名以上いる場合には、裏面に記載してください。

苫小牧市障害者雇用奨励金交付申請書

氏名		現住所	
生年月日		雇用年月日	
雇用状況の確認		雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに○をつけてください)	身体・知的・精神障害		

氏名		現住所	
生年月日		雇用年月日	
雇用状況の確認		雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに○をつけてください)	身体・知的・精神障害		

氏名		現住所	
生年月日		雇用年月日	
雇用状況の確認		雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに○をつけてください)	身体・知的・精神障害		

氏名		現住所	
生年月日		雇用年月日	
雇用状況の確認		雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに○をつけてください)	身体・知的・精神障害		

氏名		現住所	
生年月日		雇用年月日	
雇用状況の確認		雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに○をつけてください)	身体・知的・精神障害		

氏名		現住所	
生年月日		雇用年月日	
雇用状況の確認		雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに○をつけてください)	身体・知的・精神障害		

市税納付状況調査同意書

令和 年 月 日

苫小牧市長 様

(申請者) 住 所  
事業所名  
代表者名 (印)  
(個人事業主の場合)  
生年月日 大・昭・平 年 月 日

苫小牧市障害者雇用奨励金の申請にあたり、本市の市税に滞納がないことを証明するため、納付状況を調査することに同意します。

※苫小牧市（納税課）記入欄

市税納付状況 (税目) 法人市民税、市民・道民税、固定 資産税	<input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 滞納
	(特記事項)



苫小牧市障害者雇用奨励金請求書

令和 年 月 日  
苫小牧市長 岩倉 博文 様

(申請者) 住 所  
事業所名  
代表者名 印  
電 話 ( ) ー

令和 年 月 日付け苫小牧市指令工雇第 号で交付決定を受けたこのこと  
について、下記のとおり請求いたします。

記

1 請 求 額

円

苫小牧市障害者雇用奨励金交付申請書

〇〇年 4月 1日  
苫小牧市長 岩倉 博文 様

法人登録時の印鑑で、押印してください。

(申請者) 苫小牧市旭町〇丁目〇番〇号  
事業所名 株式会社苫小牧〇〇〇〇  
代表者名 代表取締役 苫小牧 太郎 印  
電話 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇

苫小牧市障害者雇用奨励金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり奨励金の交付を申請します。  
申請書の提出にあたり、下記の内容について苫小牧公共職業安定所に調査依頼することに同意します。  
また、記載事項はすべて事実と相違ないことを証明します。

記

1 交付申請額

480,000 円  
身体障害者・知的障害者 (160,000円× 1人)  
精神障害者 (320,000円× 1人)

2 振込先

金融機関名	〇〇銀行	(どちらかに〇を付けてください) 普通・当座
支店名	苫小牧〇〇支店	
フリガナ	カブシキカイシャトマコマイ〇〇〇〇 ダイヒョウトリシマリヤク トマコマイ タロウ	
口座名義人	株式会社苫小牧〇〇〇〇 代表取締役 苫小牧 太郎	
口座番号	000-00000000	

口座は名義が(申請者)に記載の代表者、又は事業所名と同じ口座をご記入ください。

3 対象労働者

氏名	若草 太郎	現住所	苫小牧市若草町〇丁目〇番〇号	
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	雇用年月日	平成〇〇年4月1日	
雇用状況の確認	在職している	雇用保険被保険者番号	50〇〇-250〇〇〇-〇	
障害の種類 (いずれかに〇をつけてください)	身体・知的・精神 障害			

添付書類	(1) 障害者トライアル雇用助成金支給決定通知書の写し (2) 障害者トライアル雇用等実施計画書の写し (3) 雇用形態を確認できる書類の写し (4) 出勤簿またはタイムカードの写し (5) 市税納付状況調査同意書 (6) 障害者手帳の写し
------	---

※対象者が2名以上いる場合には、裏面に記載してください。

苫小牧市障害者雇用奨励金交付申請書

氏名	末広 三郎	現住所	苫小牧市末広町〇丁目〇番〇号	
生年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日		雇用年月日	平成〇〇年4月1日
雇用状況の確認	在職している		雇用保険被保険者番号	50〇〇-388〇〇〇-〇
障害の種類 (いずれかに〇をつけてください)		身 体 ・ 知 的 ・ <u>精 神</u> 障 害		

氏名		現住所		
生年月日			雇用年月日	
雇用状況の確認			雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに〇をつけてください)		身 体 ・ 知 的 ・ 精 神 障 害		

氏名		現住所		
生年月日			雇用年月日	
雇用状況の確認			雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに〇をつけてください)		身 体 ・ 知 的 ・ 精 神 障 害		

氏名		現住所		
生年月日			雇用年月日	
雇用状況の確認			雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに〇をつけてください)		身 体 ・ 知 的 ・ 精 神 障 害		

氏名		現住所		
生年月日			雇用年月日	
雇用状況の確認			雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに〇をつけてください)		身 体 ・ 知 的 ・ 精 神 障 害		

氏名		現住所		
生年月日			雇用年月日	
雇用状況の確認			雇用保険被保険者番号	
障害の種類 (いずれかに〇をつけてください)		身 体 ・ 知 的 ・ 精 神 障 害		

苫小牧市障害者雇用奨励金請求書

令和〇〇年〇月〇〇日  
苫小牧市長 岩倉 博文 様

法人登録時の印鑑で  
押印してください

(申請者)については、  
「2 振込先」の振込口  
座名義の方(事業所)を  
ご記入ください。

(申請者) 住 所 苫小牧市旭町〇丁目〇番〇号  
事業所名 株式会社苫小牧〇〇〇〇  
代表者名 代表取締役 苫小牧 太郎 印  
電 話 (0144) 〇〇-〇〇〇〇

令和 年 月 日付け苫小牧市指令工雇第 号で交付決定を受けたこのこと  
について、下記のとおり請求いたします。

記

1 請 求 額

480,000 円