

愛知県中小企業応援 障害者雇用奨励金 申請の手引き

○愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金とは

障害者の雇用の経験のない中小企業（常時雇用する労働者数が300人以下の中小企業）の事業主が、対象となる障害者を初めて雇用した場合（過去3年間に障害者の雇用実績がない場合も含む。）に奨励金を支給する制度です。

令和6年4月

【支給申請書の提出先および問合せ先】

愛知県労働局 就業促進課 高齢者・障害者雇用対策グループ

〒460-8501 名古屋市中区三の丸3-1-2

電 話 052-954-6367

F a x 052-954-6927

メールアドレス shugyo@pref.aichi.lg.jp



1 支給対象となる事業主（参考条文：愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給要綱第2条）

◆以下のすべてに該当する事業主であることが必要です。

(1)愛知県内に企業の主たる事業所を有し、愛知県内の公共職業安定所に雇用保険適用事業所設置届を提出していること又は労働保険適用事業所であること。

(2)常時雇用する労働者数※(障害者雇用促進法43条第1項に規定する労働者をいう。なお、除外率設定業種にあつては、除外率により控除すべき労働者を控除した数とする。)が300人以下であること。

※常時雇用する労働者数とは障害者の雇用の促進等に関する法律(昭和35年法律第123号)第43条第1項に規定する労働者数をいい、支社・支店等を含む全体の数となります。

具体的には、様式第1号-1により算出した数となります。

(3)本手引き中 2 障害者の定義に該当する障害者(以下「障害者」という。)を、同 3 対象労働者の定義に該当する労働者(以下「対象労働者」という。)として雇い入れた日(トライアル雇用の場合は常用雇用移行日とする。以下「雇入れ日」という。)から6か月経過後も継続して雇用しており、かつ障害者の方の退職予定がないこと。

(4)支給申請日において、対象労働者を継続雇用しており、かつ継続して雇用する(正規雇用又は無期雇用若しくは、有期雇用の場合でも対象労働者の求めに応じて更新が可能である)ことが確実であると認められること。

(5)対象労働者の雇入れ日の前日から起算して、過去3年間に常用雇用する労働者としての障害者の雇用実績※がないこと。

※雇用実績の対象となるのは、障害者雇用促進法による法定雇用率のカウント対象になる場合が該当します。カウント対象外に該当するパート・アルバイト等の場合は雇用実績に含みません。

(6)就労継続支援A型の事業を実施していないこと。

(7)過去に本奨励金の支給を受けていないこと。

(8)特例子会社でないこと。

(9)対象労働者が、雇入れ企業の事業所の代表者又は取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族)でないこと。

(10)愛知県暴力団排除条例(平成22年愛知県条例第34号)に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者でないこと。

(11)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13項に規定する接客業務受託営業及びこれらに関する事業を行っていないこと。

注意 上記の(1)～(11)の要件をすべて満たす場合においても、次のいずれかに該当する場合は、支給しません。

①支給申請日又は支給決定日において倒産している場合

②対象労働者の選考時点における条件とは異なる条件で雇い入れられた場合で、当該対象労働者に対し労働条件に関する不利益または違法行為があり、かつ、当該対象労働者から求人条件が異なることについての申し出があった場合

③対象労働者の労働に対する賃金が、支払期日までに支払われていない場合

④本奨励金の申請から支給決定の間に、対象労働者が退職した場合。

2 障害者の定義（参考条文：愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給要綱第3条）

◆下記のいずれかに該当し、「障害者手帳」を取得していることが必要です。

(1)身体障害者

ア 重度身体障害者

障害者手帳の等級が、1級又は2級の障害を有する方 又は
3級以上の障害を2つ以上重複して有する方

イ その他の身体障害者

上記（1）ア以外の方

(2)知的障害者

ア 重度知的障害者

療育手帳判定が「A」の方、もしくは重度の判定書を持っている方

イ その他の知的障害者

上記（2）ア以外の方

(3)精神障害者

精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている方 ※等級は申請に関係ありません

注意 申請時に有効期限内の「障害者手帳」の写しは必須です。
精神障害者保健福祉手帳の有効期限にご注意ください。

3 対象労働者の定義（参考条文：愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給要綱支給要綱第4条）

◆下記のいずれかに該当することが必要です。

(1)一般労働者

1週間の所定労働時間が30時間以上の者で、雇入れ時より、雇用保険に加入していること。

(2)短時間労働者

1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者で、雇入れ時より、雇用保険に加入していること。

(3)特定短時間労働者

1週間の所定労働時間が10時間以上20時間未満の重度身体障害者・重度知的障害者
・精神障害者のいずれかであり、労災保険が適用される労働者であること。

注意 特定短時間労働者については、令和6年3月31日までに雇入れた場合は対象外です。
令和6年4月1日以降に雇入れた場合にのみ、支給対象になります。

4 支給額（参考条文：愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給要綱第6条）

◆1 事業主あたりの金額

対象労働者等の区分	支給額
一般労働者(身体障害者・知的障害者・精神障害者) 短時間労働者(精神障害者)	60万円
短時間労働者 (①身体障害者(重度・その他)②知的障害者(重度・その他))	30万円
特定短時間労働者 (①重度身体障害者 ②重度知的障害者 ③精神障害者)	15万円

(注1)一般労働者とは、1週間の所定労働時間が30時間以上の者

短時間労働者とは、1週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満の者

特定短時間労働者とは、1週間の所定労働時間が10時間以上20時間未満の者

(注2)対象労働者の区分は、雇入れ日時点の労働条件により判断します。

そのため、雇入れ時に身体及び知的障害者の短時間労働者を雇入れ、その後労働時間が、一般労働者に変更になったとしても、60万円の支給申請は出来ません。

(雇入れ時の条件である短時間労働者30万円での支給申請となります。)

5 支給申請手続（参考条文：愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給要綱支給要綱第5条）

◆対象労働者の雇入れ日から6か月経過した日の翌日から起算して2か月以内（以下「申請期限」という。）に、愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給申請書（様式第1号及び様式第1号-1。以下「支給申請書」という。）に下記6の書類を添付して、郵送（簡易書留等記録が残る方法を推奨）又は持参により支給申請する必要があります。

注意 ①申請期限が土日祝日等で、行政機関の休日に当たるときは、行政機関の休日の翌開庁日を期限とみなします。（受付は、当日の午後5時半までとなります。）

例：申請期限が5月3日（祝日・金曜日）である場合は、翌開庁日である5月7日（火）の午後5時半（必着）を期限とみなす

申請期限が、12月30日（土）の場合→1月4日（木）の午後5時半（必着）を期限とみなす

②申請期限が年度末日又はその前日であり、かつ閉庁日になる場合は、当該年度の最終開庁日が期限になります。

例：申請期限が、3月30日（土）及び31日（日）の場合→3月29日（金）の午後5時半（必着）

申請期限が、3月31日（土）の場合→3月30日（金）の午後5時半（必着）

申請期限が、3月31日（月）の場合→当日の午後5時半（必着）

申請期限を超過した申請については、受付することが出来ません。

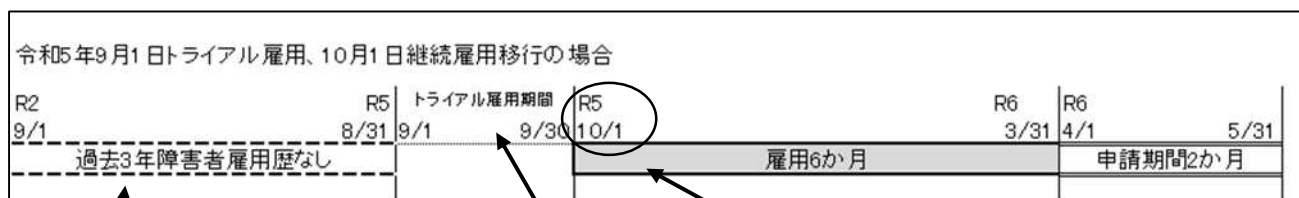
支給申請書は、申請期限までに必ず提出してください。

【例1:令和6年4月1日雇用の場合 → 令和6年10月1日から11月30日までに申請】



【例2:令和5年9月1日トライアル雇用、令和5年10月1日常用雇用移行の場合

→ 令和6年4月1日から令和6年5月31日までに申請



①この期間中に別の障害者の方を雇用していた場合は、支給対象になりません。

②この期間中に別の障害者の方(A氏)を正規雇用した場合、「初めて雇用した障害者」はA氏の方になります。

③トライアル期間終了後、常用雇用に移行した場合、申請時に記入する「雇入れ日」はトライアル期間終了日の翌日(上記の例でいうと10/1)になります。

6 支給申請に必要な書類(参考条文:愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給要綱支給要綱第5条)

◆支給申請書の添付書類は次のとおりです。

(1)対象労働者が障害者であることを確認できる書類の写し

- ・身体障害者 「身体障害者手帳」の写し
- ・知的障害者 「療育手帳」または「児童相談所等による判定書」の写し
- ・精神障害者 「精神障害者保健福祉手帳」の写し

注意 障害者手帳については、必ず有効期限内のものを添付してください。
有効期限が切れている場合は、申請対象になりません。

(2)対象労働者の雇入れ時の労働条件が確認できる書類(労働条件通知書又は雇用契約書)の写し

(3)対象労働者の雇入れ日から支給対象期間である6か月分が含まれる「出勤簿(タイムカード)」等の写し

(4)一般労働者・短時間労働者については、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)」の写し

(5)常時雇用する一般労働者と短時間労働者、特定短時間労働者それぞれの数が把握できる従業員名簿。

(労働者氏名と労働時間がわかる一覧表。任意様式で可。様式第1号-1の記載内容と適合しているかどうかの確認のために必要です。)

- (6)愛知県受取人届出書及び振込先が確認できる通帳表紙の裏面の名義人及び口座番号が確認できる書類等の写し(紙の通帳がないオンライン口座の場合は、名義人・口座番号が確認できる書類の写し)
- (7)その他、奨励金の支給決定にあたり愛知県が必要と認めるもの
- 例:賃金台帳やハローワークのトライアル雇用をした場合は、トライアル雇用計画書の写し

7 注意事項

- (1)支給申請内容について、愛知労働局等関係機関に照会する場合があります。
- (2)支給申請後に申請を撤回する場合は、「愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金申請撤回届」(様式第5号)をすみやかに提出してください。
- (3)申請後、支給決定通知書等が申請事業主に通知されるまでの間に、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6号)をすみやかに提出してください。

上記(2)及び(3)の書類の提出については、電子メールでの提出も可能です。

8 支給決定の取消・奨励金の返還・公表

(参考条文：愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給要綱支給要綱第12条・13条)

- (1)支給決定事業主が次のいずれかに該当する場合は、奨励金の支給決定の全部又は一部を取り消す場合があります。
- ① 偽りその他不正な手段により奨励金の支給を受けたとき。
 - ② その他奨励金の支給の決定の内容又はこれに付した条件その他法令又は支給要綱に基づく命令に違反したとき。
- (2)支給決定事業主の行った不正受給が特に重大又は悪質なものであると認められる場合、知事は、次に掲げる事項を原則として公表します。公表は、県政記者クラブにおける記者発表及び愛知県のホームページへの掲載により行います。
- ① 不正受給を行った支給決定事業主の名称、代表者及び役員等(不正に関与した役員等に限る)の氏名
 - ② 不正受給に係る事業所の名称、所在地及び事業概要
 - ③ 支給を取り消した日、返還を命じた額及び返還の状況
 - ④ 支給決定事業主が行った不正の内容
 - ⑤ 社会保険労務士又は代理人が不正受給に関与していた場合は、事務所の名称(法人等の場合は法人等名を含む。)、所在地、氏名及び不正の内容

9 その他

「愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金」については、Q&Aも参考にご覧ください。

ご不明な点がございましたら、県就業促進課へお問い合わせください(☎052-954-6367)

フローチャート

★申請の対象となるか、ご確認ください。

以下のすべてに当てはまる事業主である。

- ・愛知県内に企業の主たる事業所を有している。
- ・常時雇用する労働者数が300人以下である。
- ・就労継続支援A型の事業を実施していない。
- ・特例子会社でない。
- ・過去に愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金を受給していない。
- ・暴力団、暴力団員と密接な関係を有していない。
- ・風俗営業等に関する事業を行っていない。

NO

申請対象外

YES

以下のすべてに当てはまる障害者を初めて(過去3年間に障害者を雇用していない場合も含む)雇用した。

- ・雇入れ企業の事業所における1週間の所定労働時間が10時間以上(週10時間以上20時間未満の場合は、重度身体・重度知的又は精神障害者のいずれかの雇入れであること)

又は

- ・週所定労働時間が20時間以上の場合、雇入れ日において雇用保険に加入していること。
- ・雇入れ日から継続して6か月経過後も雇用しており、「今後継続して雇用することが確実※」である。

※正規雇用又は無期雇用、若しくは有期雇用の場合でも対象労働者の求めに応じて更新が可能なことを指す。

- ・雇入れ企業の代表者又は取締役の3親等内の親族(配偶者、3親等内の血族及び姻族)でない。

【ご注意ください!!】

- ・関係会社からの転籍・出向は、対象となりません。
- ・有期雇用の場合、雇用契約書は、原則更新する内容となっていますか。
- ・採用後に障害者と判明した従業員を対象とした申請は出来ません。

NO

申請対象外

YES

支給申請に必要な書類を提出してください。

※申請の内容を確認するため、ヒアリングや現地調査、その他必要な書類の提出を求めることがあります。

※審査の結果、不支給となる場合があります。

支給申請には

- ・愛知県受取人届出書(通帳のコピーも添付)
- ・トライアル雇用の場合はハローワークに提出した「トライアル雇用実施計画書」の写しも提出してください。



申請書類の記載例および注意点

様式第1号

令和6年10月1日

愛知県知事殿

提出日（郵送の場合は発送日）を記入する

所在地 名古屋市中区〇〇〇1-2-3

名称 株式会社 〇〇〇〇

代表者役職・氏名 代表取締役 〇〇〇〇

愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金支給申請書

押印不要です。

下記により、愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金の支給を申請します。

記

1. 奨励金支給申請額 (申請額に○印を付ける)	2. 支給対象労働者の区分 (該当箇所に○印を付ける)	3. 週の所定労働時間 (該当箇所に○印を付ける)	4. 雇用保険適用事業所 又は労働保険番号	
60万円	一般労働者 (身体・知的・精神) 短時間労働者(精神)	30時間以上		
30万円	短時間労働者 (身体・知的)	20時間以上 30時間未満		
15万円	特定短時間労働者 (重度身体・重度知的 ・精神)	10時間以上 20時間未満	23011110001	
5. 主たる事業の産業 分類(中分類)	番号(2桁) 33	事業の種類 電気業	日本標準産業分類の中分類の番号(2桁)及び事業種類 を記入する	
6. 労働者数 (様式第1号-1により算出した数)	(表Aに該当する場合は(ハ)常時雇用する労働者の数 (表Bに該当する場合は(ニ)法定雇用障害者の算定の基礎となる労働者の数)			
	60.5 人			
7. 対象労働者詳細 (記入及び該当箇所に ○印を付ける)	氏名	愛知 一郎	雇入れ日	令和6年 4月 1日
	障害区分 及び程度	重度身体・ その他の身体 重度知的・ その他の知的 精神(2級/度)	雇入れ日 における年齢	49 48 歳 間違えた場合は、取消線で 修正可。取消印の押印不要
	雇用期間の定め	・無期または定めなし・ ・雇用期間は有期だが、自動更新条項あり ・その他()		
	賃金支払状況	賃金を法定どおり支払っている	はい・いいえ	
8. 支給対象労働者を雇入れ日(トライアル雇用の場合は常用雇用移行日)から6か 月経過後も継続して雇用しており、支給対象労働者を継続雇用することが確 実である。				はい・いいえ

9. 雇入れ日(トライアル雇用の場合は常用雇用移行日)の前日から起算して、過去3年間に障害者の雇用実績がない	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
10. 就労継続支援 A 型の事業を実施していない	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
11. 障害者雇用促進法第 44 条の規定に基づく特例子会社に該当しない	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
12. 対象労働者が、雇入れ企業の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)でない	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
13. 愛知県暴力団排除条例に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係がない	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
14. 風俗営業等関係事業主でない	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
15. 申請日時時点で倒産していない	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
16. 雇入れ時の労働条件が求人票等に記載した労働条件と同じである	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
⇒いいえの場合:変更した内容に○印を付ける [賃金・労働時間・契約期間・業務内容・その他] :変更した内容について対象労働者に対する不利益又は違法行為はなく、本人との合意もある	<input type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
17. 愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、愛知県が事業主名等を公表することを承諾する。	<input checked="" type="radio"/> はい・ <input type="radio"/> いいえ
<p>本人確認欄 上記 7 及び 16 の記載内容について確認しました。</p> <p>令和6年 9月 30日(支給対象労働者氏名) 愛知一郎 (自署)</p> <p>(注)必ずボールペン等で記入した書類を提出してください。(摩擦で消える筆記用具の使用は不可・コピーも不可。)</p>	
事務手続担当者	(所属部署) 総務部 (氏名) 田中 一郎 (電話番号) 052-xxxx-1111 (E メールアドレス) tanaka@pref.aichi.jp
代理人又は 社会保険労務士	(住所) _____ (電話番号) _____ (名称) _____ (氏名) _____ (E メールアドレス) _____ <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 会社の方が提出する場合は記入不要です。 代理人等が提出する場合のみ記入してください。 </div>

【添付書類】

- ①対象労働者が障害者であることが確認できる書類の写し
身体障害者 「身体障害者手帳」の写し
知的障害者 「療育手帳」または「児童相談所等による判定書」の写し
精神障害者 「精神障害者保健福祉手帳」の写し
- ②対象労働者の雇入れ時の労働条件が確認できる書類の写し
「労働条件通知書」又は「雇用契約書」の写し(雇入れ日の労働条件が確認できるもの)
- ③対象労働者の雇入れの日から支給対象期間である6か月分が含まれる「出勤簿(タイムカード)」の写し
- ④一般労働者・短時間労働者の雇用については、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(事業主通知用)」の写し
- ⑤常時雇用する一般労働者と短時間労働者、特定短時間労働者それぞれの数が把握できる従業員一覧表等の労働者氏名と労働時間の別が記入された書類
- ⑥愛知県受取人届出書及び愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金の振込先が確認できる書類の写し
(通帳表紙裏の通帳名義人・口座番号等が記載されているページの写しやオンライン口座の場合は、名義人・口座番号が確認できる書類の写し等)
- ⑦その他(上記の書類以外で支給決定の確認のため必要な書類がある場合。)
※例:賃金台帳や公共職業安定所のトライアル雇用をした場合は、トライアル雇用計画書の写しが必要

(注意事項)

- 1 5欄の主たる事業の産業分類(中分類)は、総務省統計局の日本標準産業分類による。
(2桁の数字で記入すること)
- 2 17欄記載の「公表」は、次の各号に掲げる事項を県政記者クラブにおいて記者発表し、愛知県のホームページに掲載することにより行う。
 - (1)不正受給を行った支給決定事業主の名称、代表者及び役員等(不正に関与した役員等に限る)の氏名
 - (2)不正受給に係る事業所の名称、所在地及び事業概要
 - (3)支給を取り消した日、返還を命じた額及び返還の状況
 - (4)支給決定事業主が行った不正の内容
 - (5)社会保険労務士又は代理人が不正受給に関与していた場合は、事務所の名称(法人等の場合は法人等名を含む。)、所在地、氏名及び不正の内容
- 3 本人確認欄の自署については、必ずボールペン等で記入してください。
(摩擦等で消せるボールペン等の使用は不可です。
障害により枠内に記入が出来ない場合は、拡大コピーした用紙等に記入して提出してください。)
- 4 愛知県中小企業応援障害者雇用奨励金の支給後に、施策効果を検証するアンケート調査等に御協力ください。
- 5 愛知県の障害者雇用施策の案内等を送付することがあります。

対象障害者の方の雇用状況等を後日調査する場合がありますので、その際は御協力をお願いします。

常時雇用する労働者数の算出方法
(支給申請日現在で記入すること)

(注)この記載例では表 A 及び表 B の両方に記載がありますが、通常はどちらか該当する表にのみ記載します。
(通常は表 A に該当する事業主が多いです)

表A

(対象企業)

- ・法定雇用義務がない企業
- ・法定雇用義務があり、除外率が設定されている事業所がない企業

(イ)一般労働者の数 (1週間の所定労働時間が 30 時間以上の労働者の数)	56 人
(ロ)短時間労働者の数 (1週間の所定労働時間が 20 時間以上 30 時間未満の労働者の数)	9 人
(ハ)常時雇用する労働者の数 ((イ) + (ロ) × 0.5)	60.5 人

この記入例では
 $56 + 9 \times 0.5 = 60.5$

(ハ)欄の数に除外率を乗じて得た数(端数切り捨て)を(ハ)欄の数から控除した数を記入してください。

例) 豊橋工場
常用労働者数 34 × 除外率 0.2 = 6 (端数切り捨て)
常用労働者数 34 - 6 = 28

各事業所の主たる事業の種類が除外率設定業種に該当する場合のみ、その率を記入してください。

→ 様式第 1 号に転記

表B

(対象企業)

- ・法定雇用義務があり、除外率が設定されている事業所がある企業

事業所の名称	合計	事業所別の内訳		
		本社	豊橋工場	岡崎営業所
事業の内容			鋼材の製造事業	
除外率			20%	
(イ)一般労働者の数 (1週間の所定労働時間が 30 時間以上の労働者の数)	62 人	26 人	30 人	6 人
(ロ)短時間労働者の数 (1週間の所定労働時間が 20 時間以上 30 時間未満の労働者の数)	9 人	1 人	8 人	0 人
(ハ)常時雇用する労働者の数 ((イ) + (ロ) × 0.5)	66.5 人	26.5 人	34 人	6 人
(ニ)法定雇用障害者の算定の基礎となる労働者の数	60.5 人	26.5 人	28 人	6 人

→ 様式第 1 号に転記

※ 表A、表Bのうちいずれか該当する方に記入すること。

※ 法定雇用義務のある企業・・・常時雇用する労働者数が 40.0人以上の企業

※ 除外率・・・法定雇用障害者数の算定に際し、基礎となる常用労働者数の計算に当たり、障害者の就業が一般的に困難であると認められる一定の業種について、労働者数から控除することを認められた割合(障害者の雇用の促進等に関する法律第 43 条)。

※ 法定雇用義務のある企業は、記入にあたっては、公共職業安定所へ提出する障害者雇用状況報告書を参考にすること。

