

강원특별자치도 장애인 고용촉진장려금 지원 사업 공고

장애인 고용 재정지원으로 사업주의 재정적인 부담을 덜어주어 장애인의 안정적인 일자리 제공 및 고용유지를 통해 장애인 고용 촉진과 자립 기반을 강화하기 위한 「강원특별자치도 장애인 고용촉진장려금 지원 사업」을 다음과 같이 공고합니다.

2025. 12. 1.

속초시장

1. 사업취지

- 도내 상시근로자 50인 미만 기업을 대상으로 장애인 고용촉진장려금 지원을 통해 장애인 고용기회 확대 및 지속·안정적인 고용 창출 유도
 - 장애인 미 고용기업에는 신규 고용 동기를 부여하고, 기 고용기업에는 고용유지 및 신규 고용 창출 여건 마련

2. 사업개요

- 신청대상: 장애인을 고용한 상시근로자 수 50인 미만 도내 기업 사업주 (국가, 지자체로부터 인건비를 지원받지 않는 사업체 · 비영리법인 · 단체 포함)
※ 개인사업장은 사업자등록증, 법인은 법인 등기부 등본으로 확인

○ 지원내용: 장애인 고용촉진장려금 지원

- 1인당 월 경증장애인 45만 원, 중증장애인 80만 원

※ 고용노동부 장애인 고용장려금 지급 대상자 지원 제외이며, 장애인 고용 촉진 장려금은 근로자의 월 임금액을 초과하지 않게 지급

○ 지원요건

- 최저임금법에 따른 최저임금 이상을 지급한 사업주
- 장애인 근로자는 매월 16일 이상 근로한 자를 말하며, 1개월 동안의 소정 근로 시간이 60시간 이상 근로한 자(중증장애인은 60시간 미만도 인정)
- 「고용보험법」에 따른 고용보험 가입 대상으로 고용보험에 가입한 자

※ 장애인 근로자는 지원 해당 기간 강원특별자치도 내 주소지를 둔 자여야 함

○ 신청방법: 속초시 경로장애인과 장애인지원팀 방문, 우편, 팩스, 이메일 신청

- 제출처: 속초시 중앙로 183, 속초시청 경로장애인과(신관 3층)
(FAX: 033-639-2739, 이메일 주소: sh761201@korea.kr)

○ 신청기간: 장애인 근로자 고용 기간에 따라 분기별 신청

- 근로계약에 따라 미리 정한 장애인 근로자의 임금을 전액 지급 후 신청

구 분	신청 마감	비 고
1분기 (1~3월)	4. 30.	
2분기 (4~6월)	7. 31.	
3분기 (7~9월)	10. 31.	
4분기	10~11월	* 2024년도분 지원금(소급)은 2025년도 1분기(~4. 30.)에만 신청 가능
	12월	* 지급 결정 처리 기간은 신청 마감일로부터 15일 이내
	다음 연도 1분기 신청·지급 시	

○ 지급방법: 지원 신청 시 제출한 사업주 명의의 계좌로 지급

3. 지원제외

- 장애인고용촉진 및 직업 재활법에 따른 고용노동부 장애인 고용장려금 지급대상
- 고용노동부 '장애인 신규 고용장려금' 지급대상
- 고용보험법, 산업재해보상보험법, 사회적기업 육성법에 따른 지원금 및 장려금 지급 대상

<지급 제한 지원·장려금 예시>

「고용보험법」	<ul style="list-style-type: none">· 고용유지지원금(휴업·휴직·무급휴업 휴직)· 고용창출장려금(시간선택제 신규고용 지원)· 고용창출장려금(고용촉진장려금)· 고용안정장려금(시간선택제 전환 지원)· 고용안정장려금(정규직 전환 지원)· 고용안정장려금(일·가정 양립 환경개선 지원)· 고용안정장려금(출산 육아기 고용안정 지원)· 장년고용안정지원금(60세 이상 고령자고용지원금)· 장년고용안정지원금(장년근로시간단축지원금)· 직장어린이집 지원(원장, 보육교사 등 인건비)· 청년 추가고용 장려금 지원 사업
「산업재해보상보험법」	<ul style="list-style-type: none">· 직장복귀지원금
「사회적기업 육성법」	<ul style="list-style-type: none">· 인건비

- 「중소기업 인력지원 특별법 시행령」 제2조(적용범위)에 따른 지원 제외 업종

제외 업종 5개	<ol style="list-style-type: none">1. 일반유통 주점업2. 무도유통 주점업3. 기타 주점업4. 기타 사행시설 관리 및 운영업5. 무도장 운영업
----------	--

- 그밖에 국가, 지자체로부터 인건비 지원을 받는 사업체·비영리법인·단체
- 정부, 지자체, 공공기관과 그 소속기관

4. 부정수급 등 장려금 지원 제재

- 거짓, 그 밖의 부정한 방법으로 장려금을 신청하거나 지급받은 경우 1년간 지급을 정지하고, 이미 지급한 경우 이를 환수조치
 - * 「공공재정 부정청구 금지 및 부정이익 환수 등에 관한 법률」(약칭:공공재정 환수법) 제8조(부정이익등의 환수) 및 제9조(제재부가금의 부과·징수)

- 고용주(임원 등)에 의해 장애인의 인권을 침해한 사실이 드러난 경우 장애인 고용촉진장려금 지급 일시정지 및 법원 확정 판결 시 2년간 지급정지

5. 장애인 고용촉진장려금 산정방법

- 도 고용촉진장려금 지급 인원 =

장애인 근로자수 - 제외 인원 - 고용노동부 장애인 고용장려금 지급인원
 - ① 고용노동부 장애인 고용장려금 지급 인원

※ 고용노동부 장애인 고용장려금과 도 장애인 고용촉진장려금은 중복신청이 불가능하며, 장애인 고용장려금 대상이 되는 경우 도 장애인 고용촉진장려금 신청 불가 (고용노동부 장애인 고용장려금 우선)
 - ② 기준 인원: 월별 의무고용인원(3.1%)에 해당하는 인원

※ 예) 상시근로자 49명일 경우: $49명 \times 31/1000 = 2명$ (소수점 올림)

※ 기준인원 산입순서(고용노동부 기준 준수)

 ❶ 입사일 순서 ❷ 입사일이 동일한 경우 경증 > 남성 > 임금이 낮은 순
 - ③ 제외 인원: 최저임금 미만, 고용보험 미가입자, 타 지원금 대상자

■ 산정 예시: S기업이 '25년 1분기 매월 상시근로자 33명, 장애인 5명을 고용한 경우

<장애인 근로자 명단>

성명	장애정도	입사일	임금	고용보험 가입 여부	최저임금 여부
A	중증	'20. 1. 1.	800,000원	○	최저임금 이상
B	경증	'20. 7. 1.	1,000,000원	○	
C	중증	'21. 7. 1.	1,500,000원	○	
D	경증	'22. 1. 1.	1,200,000원	x	
E	중증	'23. 1. 1.	750,000원	○	최저임금 미만

- ① **기준인원** : A, B (3.1%에 해당하는 인원)
 - $33명 \times 3.1\% = 1.02 \Rightarrow 2명$ (소수점 올림)
 - 기준 인원은 입사일 순서, 입사일이 동일한 경우 경증, 남성, 임금 순
- ② **제외 인원**: D, E
 - D는 고용보험 미가입자, E는 최저임금 미만자로 제외
- ③ **고용노동부 장애인 고용장려금 지급 인원**: C
 - 5명(장애인 근로자 수) - 2명(기준 인원) - 2명(제외 인원)
- ④ **강원특별자치도 장애인 고용촉진장려금 지급 인원** : A, B
 - 5명(장애인 근로자 수) - 2명(제외 인원) - 1명(장애인 고용장려금 지급 인원)
 ※ A(중증): 월 800,000원, B(경증): 월 450,000원
- ⇒ S기업의 '24년 1/4분기 강원특별자치도 장애인 고용촉진장려금 신청액은
 : $1,250,000원 \times 3개월 = 3,750,000원$

6. 제출서류

- 가. 장애인 고용촉진장려금 지급 신청서(서식 2) 1부
- 나. 장애인근로자 명부(서식 3) 1부
- 다. 사업자등록증(또는 법인등기부등본) 사본 및 사업주 명의 통장사본 각 1부
 * **최초 신청시**, 변동사항 발생시
- 라. 4대 사회보험 사업장 가입자 명부 1부
- 마. 고용노동부 장애인고용장려금 산출 내역표 1부(해당기업체) *증복지원 확인용
- 바. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(사업체용)(서식 4) 1부 * **최초 신청시**
- 사. 고용촉진장려금 대상 장애인 관련 서류 각 1부
- ① 장애인등록증 사본(또는 중증장애인 증명 서류) * **최초 신청시**, 변동사항 발생시
 ▶ 중증장애인 확인서 발급처: 한국장애인고용공단 강원지사, 거주지 주민센터
- ② 장애인근무상황부(출근부)
- ③ 근로계약서 사본 * **최초 신청시**, 변동사항 발생시
- ④ 장애인근로자 월별 임금대장 사본
- ⑤ 장애인근로자 임금* 지급 증빙서류(계좌이체증 등)
 ▶ 임금은 반드시 참여자 명의 계좌 입금이 원칙이며 통장압류 등 금융거래 불가시 입증 서류
- ⑥ 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(근로자용)(서식 5) * **최초 신청시**

7. 지원결정 사업장 통보

- 지원신청서 심사 후 신청자에게 지원 여부 문자 또는 유선 통보

8. 문 의 처

- 속초시청 경로장애인과 장애인지원팀 ☎ 033-639-2587
- 도 장애인복지과 033-249-4348, 4349, 강원특별자치도 콜센터 033-120

- 붙임 1. 장애인 고용촉진장려금 지급 신청서(서식 2) 1부.
2. 장애인근로자 명부(서식 3) 1부.
3. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(사업체용)(서식 4) 1부.
4. 개인정보 수집·이용 및 제3자 제공 동의서(근로자용)(서식 5) 1부. 끝.