提出日：平成　　年　　月　　日

（様式第２号（表紙））(H29.4)

（平成29年4月1日以降に変更を行う場合はこの様式で申請してください。）

　　　　　　労働局長　殿

**キャリアアップ助成金**

**≪キャリアアップ計画書（変更届）≫**

事　　　業　　　所　　　名：

　使用者側代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　労働組合等の労働者代表者名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　既に管轄労働局長の受給資格の認定を受けたキャリアアップ計画書の受付番号：

　　※変更前のキャリアアップ計画書の（写）を添付してください。

※管轄労働局確認欄

受 付 日：平成　　年　　月　　日 確 認 日：平成　　年　　月　　日

受付番号：　　　　　　　　　　　　　 確 認 印：

**【　共　通　事　項　】**

（様式第２号（共通））

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①キャリアアップ管理者情報 | （氏　名）： | 役職 |  |
| （配置日）：　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ②キャリアアップ管理者の業務内容 |  |
| （事業所情報欄） |
| ③事業主名 | 印 |
| ④事業所住所 | (〒　　　－　　　　) |
|  |
| ⑤電話番号 | (　　　)　　　　－ | ⑥事業所の担当者 |  |
| ⑦企業全体で常時雇用する労働者数 | 人 | ⑧資本金の額もしくは　出資の総額 | 万円 |
| ⑨企業規模(該当番号を○で囲む) | １　中小企業 | ⑩主たる事業 |  |
| ２　大企業 |
| ⑪雇用保険適用事業所番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |  |
| ⑫労働保険番号 | 都道府県 | 所管 | 所管(1) | 基幹番号 | 枝番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | － |  |  |  |
| （代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者欄） |
| ⑬代理・代行 | １　代理人 | 社会保険労務士 |
| ２　提出代行者 | ３　事務代理者 |
| ⑭代理人等氏名 | 印 |
| ⑮住所 | (〒　　　－　　　　) |
|  |
| ⑯電話番号 | (　　　)　　　　－ |  |

**※﷒　③欄から⑥欄まで、⑪欄及び⑫欄、⑬欄から⑯欄まで（代理人・社会保険労務士による提出代行または事務代理者の場合）は必ず記入し、それ以外は変更する欄のみ記入してください。**

**【キャリアアップ計画】**

（様式第２号（計画））

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①キャリアアップ計画期間 | 平成　　年　　　月　　　日 | ～ | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| ②キャリアアップ計画期間中に講じる措置の項目※1 講じる措置の該当する番号に「○」をつけて下さい。※2 正社員化コース、諸手当制度共通化コースについては、（）内の該当するものを「○」で囲んで下さい。 | １　正社員化コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）　（正規雇用等・勤務地限定正社員・職務限定正社員・短時間正社員）２　人材育成コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）３　賃金規定等改定コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）４　健康診断制度コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）５　賃金規定等共通化コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）６　諸手当制度共通化コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）（1.賞与　2.役職手当　3.特殊作業手当・特殊勤務手当　4.精皆勤手当　5.食事手当　6.単身赴任手当　7.地域手当　8.家族手当　9.住宅手当10.時間外労働手当　11.深夜・休日労働手当）７　選択的適用拡大導入時処遇改善コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）８　短時間労働者労働時間延長コース　　　　（　　年　　月頃実施予定） |
| ③対象者 |  |
| ④目標（人材育成を講じる場合、訓練後に期待されるスキルや能力、その達成状況に応じた処遇の在り方） |  |
| ⑤目標を達成するために講じる措置 |  |
| ⑥キャリアアップ計画全体の流れ |  |

**※﷒　変更する欄のみ記入してください。**