

中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース(育休取得時))支給申請書

中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース(育休取得時))の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

平成 年 月 日

労働局長 殿

申請事業主
又は代理人

住所

名称

氏名

Blank form area for applicant information with redaction boxes.

印

印

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース)の支給申請に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

申請事業主
又は
社会保険労務士
(提出代行者・
事務代理者)

住所

名称

氏名

Blank form area for agent information with redaction boxes.

印

印

Table 1: 1 申請事業主 (Applicant Business Owner). Contains fields for employment insurance numbers, business details, and support plan implementation status.

Table 2: 2 支給申請に係る労働者 (Worker for payment application). Contains fields for employee details, leave periods, and confirmation of support plan implementation.

※審査結果
支給
・
不支給

<【中小/プ】様式第1号①>

3 記載担当者	役職	氏名	連絡先電話番号
社会保険労務士記載欄	作成年月日		連絡先電話番号
	提出代行・事務代理者の表示		
4 振込先	フリガナ 口座名義 銀行 店 信用金庫 口座の種類 (普通・当座) 口座番号 ()		

※ 処 理 欄	受理年月日	平成 年 月 日	受理番号	
	支給決定 決定年月日	平成 年 月 日	決定番号	
	支給決定 決定金額合計		円	備考
	局長	室長	担当	

<【中小/プ】様式第1号②> (H27.4.10改正)

申請事業主	
事業所名	
住所	
電話番号	
雇用保険適用事業所番号	

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地(住所)	雇用保険適用事業所番号	電話番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース(職場復帰時))支給申請書

中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース(職場復帰時))の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

平成 年 月 日

労働局長 殿

申請事業主
又は代理人

住所

名称

氏名

Blank form area for applicant information with redaction boxes and stamps.

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース)の支給申請に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

申請事業主
又は
社会保険労務士
(提出代行者・
事務代理者)

住所

名称

氏名

Blank form area for agent information with redaction boxes and stamps.

Table 1: 1 申請事業主 (Applicant Business Owner). Contains fields for insurance numbers, employee counts, capital, and business details.

Table 2: 2 支給申請に係る労働者 (Employee for payment application). Contains fields for employee details, leave periods, and confirmation of application.

※審査結果 支給・不支給

<【中小/プ】様式第1号③>

3 記載担当者	役職	氏名	連絡先電話番号
社会保険労務士記載欄	作成年月日		連絡先電話番号
	提出代行・事務代理者の表示		
4 振込先	フリガナ 口座名義 銀行 店 信用金庫 口座の種類 (普通・当座) 口座番号 ()		

※ 処 理 欄	受理年月日	平成 年 月 日	受理番号	
	支給決定 決定年月日	平成 年 月 日	決定番号	
	決定金額合計	円		備考
	局長	室長	担当	

<【中小/プ】様式第1号④> (H27.4.10改正)

申請事業主	
事業所名	
住所	
電話番号	
雇用保険適用事業所番号	

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地(住所)	雇用保険適用事業所番号	電話番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

育休復帰支援プランコース 実施結果書

事業所名		支給に係る 労働者の氏名	
産後休業期間	(出産日:平成 年 月 日) 平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 (日間)		
育児休業期間	平成 年 月 日 ~平成 年 月 日 (か月 日)		

情報及び資料の提供、職場復帰の状況については、下記のとおりです。

平成 年 月 日

上司又は人事労務担当者の署名・押印 印

(連絡先電話番号) (注1)

支給申請に係る労働者の署名・押印 印

(連絡先電話番号) (注2)

及支給資料の提供(注3)への情報	ア 実施時期 平成 年 月 日	イ 内容	計 回
	ア 実施時期 平成 年 月 日	イ 内容	
	ア 実施時期 平成 年 月 日	イ 内容	

職場復帰申請に状況(注4)の		育児休業前	職場復帰後
	部署・係		
	職務		
	役職		
	所定労働日数		
	所定労働時間		
	賃金(基本給、手当、賞与等)		
その他の労働条件等			

(注) 1 支給申請に係る労働者の上司又は人事労務担当者は、実施結果書の記載内容について確認した上で、署名・押印してください。また、連絡先電話番号は、本人宛て連絡がとれる職場の電話番号を記入してください。

2 支給申請に係る労働者は、実施結果書の記載内容について確認した上で、署名・押印してください。また、連絡先電話番号は、本人宛て連絡がとれる職場の電話番号を記入してください。

3 ア、イについては、復帰前の直前3回を記入してください。なお、合計欄は情報提供を行った合計の回数を記載してください。

4 「部署・係」、「職務」については、所属する部署の最小単位まで記載してください。

5 必要に応じて、以下の書類の提出を求めています。

- ・育児休業前と復職後それぞれの部署・係、職務、役職、所定労働日数、所定労働時間、賃金(基本給、手当、賞与等)、その他の労働条件等が確認できる書類(例:組織図、労働条件通知書又は雇入れ通知書、就業規則、企業カレンダー、出勤簿、タイムカード、賃金台帳等)

- ・支給に係る労働者と上司又は人事労務担当者が行った面談の記録(参考:面談シート) など