

両立支援等助成金(出生時両立支援コース)支給申請書

両立支援等助成金(出生時両立支援コース)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 所在地 〒
又は代理人

名称

氏名

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、下欄に両立支援等助成金(出生時両立支援コース)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 所在地 〒

又は 社会保険労務士

(提出代行者・事務代理者)

名称

氏名

印

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号		②労働保険番号	
	③申請月の初日において常時雇用する労働者の数	人	④主たる事業	
	⑤資本の額若しくは出資の総額	万円	⑥雇用保険適用事業所総数	箇所 (うち他都道府県に存在する事業所数) 箇所
	⑦支給申請に係る労働者の育児休業開始前3年以内の期間において、14日(中小企業事業主は5日)以上の育児休業を取得した男性労働者の有無 ※1人目の申請を行う場合のみ記載のこと			有 ・ 無
	⑧男性労働者が育児休業を取得しやすい職場風土作りの取組を行った年月日 ※1人目の申請を行う場合のみ記載のこと			平成 年 月 日
	⑨育児休業制度及び育児のための短時間勤務制度			有 ・ 無
	⑩一般事業主行動計画の策定、届出、公表及び労働者に周知させるための措置 ※次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定を受けた事業主は記載不要			有 ・ 無
	⑪生産性要件を満たした場合の支給額の適用の希望の有無	希望する ・ 希望しない	⑫出生時両立支援コース申請回数	1回目 ・ 2回目以降
	①労働者氏名(フリガナ)		②雇用契約期間	有 ・ 無
	③雇用保険被保険者番号		④雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成 年 月 日
⑤休業の対象となった子	氏名	生年月日	平成 年 月 日	
⑥育児休業期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日		
本人確認欄	上記①から⑥については、記載のとおりです。 署名	押印	連絡先電話番号	
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	提出代行 ・ 事務代理		
4 振込先	フリガナ 銀行 信用金庫 店 口座の種類 (普通・当座) 口座番号 ()			

※審査結果
支給(人目)・不支給

※ 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	円	備考
	局長	部(室)長	担当	

<【出】様式第1号②>

申請事業主

事業所名	
所在地	〒
電話番号	
雇用保険適用事業所番号(本社)	

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	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				