

## 両立支援等助成金(介護離職防止支援助成金(介護休業))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援助成金)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

申請事業主  
又は代理人  
住所

〒

名称

氏名

労働局長 殿

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、下欄に両立支援等助成金(介護離職防止支援助成金)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	〒	印
	名称		印
	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事業所総数			か所	(うち他都道府県に 存在する事業所数)		か所				
	⑦アンケート取りまとめ日 (アンケート調査結果報告書作成日)	平成	年	月	日	⑧制度設計・見直し日 (制度の施行日)			平成	年	月	日		
	⑨研修実施日 (複数回実施の場合は初回実施日)	平成	年	月	日	⑩「仕事と介護の両立準備カ'ト'」 による制度、相談窓口の周知日			平成	年	月	日		
	⑪介護休業関係制度の就業規則等への規定									有	・	無		
	⑫介護支援プランにより、労働者の円滑な介護休業の取得・職場復帰又は介護のための勤務制度利用を支援する措置を実施する旨の規定を行った年月日及び労働者への周知を行った年月日					規定	平成		年	月	日			
						周知	平成		年	月	日			
	⑬介護支援プランの作成日									平成	年	月	日	
	同プランに、当該労働者の業務の整理、引き継ぎに関する措置が定められている。								有	・	無			
	⑭両立支援等助成金(介護支援取組助成金)の受給又は申請(現在申請中のもの)の有無									有	・	無		
	①労働者氏名(フリガナ)													
	②雇用保険被保険者番号					③雇用保険の被保険者となつた年月日	昭和		・	平成	年	月	日	
	④雇用期間の有無	有				・	無							
2 支給申請に係る労働者	⑤介護休業期間  連続1か月以上  合計30日以上  ※申請内容に該当する方に○を付けてください	平成	年	月	日	～平成	年	月	日	(	か月)	) ( 日)		
		平成	年	月	日	～平成	年	月	日	(	日)			
		平成	年	月	日	～平成	年	月	日	(	日)			
		平成	年	月	日	～平成	年	月	日	(	日)			
⑥介護の対象となった家族	氏名					労働者との続柄								
⑦支給に係る労働者の介護の事実の把握後、当該労働者と上司又は人事労務担当者が <del>プラン</del> 策定のための面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名					ア 面談を行った年月日			平成				年	月	日
					イ 面談を行った者の氏名									
ウ 面談者確認欄	上記ア、イについて記載のとおりです。								連絡先電話番号					
	所属	署名				押印								
⑧介護支援プランに基づき、業務の引き継ぎを完了した年月日及び引き継ぎの確認を行った者の氏名					ア 引き継ぎを完了した年月日			平成				年	月	日
					イ 引き継ぎの確認を行った者の氏名									
ウ 引き継ぎの確認を行った者の確認欄	上記ア、イについて記載のとおりです。								連絡先電話番号					
	所属	署名				押印								

<【介】様式第1号①>

<b>⑨</b> 支給に係る労働者の介護休業終了後に、当該労働者と上司又は人事労務担当者がフォロー面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名	ア 面談を行った年月日		平成 年 月 日				
	イ 面談を行った者の氏名						
	ウ 面談者確認欄 上記ア、イについては、記載のとおりです。				連絡先電話番号		
	所属 署名		押印				
	<b>⑩</b> 原職等復帰		復帰日 平成 年 月 日	職場復帰の状況	労働者の希望 原職等復帰・それ以外		
			復帰事業所 介護休業前と ア 同じ イ 異なる		面談の結果 原職等復帰・それ以外		
			介護休業前		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							
<b>⑪</b> 本人確認欄		上記①から⑨については、記載のとおりです。		連絡先電話番号			
		所属 署名		押印			
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		銀 行 信用金庫				フリガナ 口座名義	
		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 年 月 日	平成 年 月 日	決 定 番 号		
	決定金額合計			円	備 考
	局 長	部(室)長		担 当	

<【介】様式第1号②>(H28.10.19)

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				

<【介】様式第1号③> (H28.10.19)

※欄は記載しないでください。

### 両立支援等助成金(介護離職防止支援助成金(介護制度))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援助成金)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

申請事業主  
又は代理人

印

労働局長 殿

住所

印

名称

氏名

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、下欄に両立支援等助成金(介護離職防止支援助成金)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

印

印

又は

印

社会保険労務士

印

(提出代行者・

印

事務代理者)

印

名称

印

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事業所総数	か所		(うち他都道府県に存在する事業所数)		か所						
	⑦アンケート取りまとめ日 (アンケート調査結果報告書作成日)	平成	年	月	日	⑧制度設計・見直し日 (制度の施行日)			平成	年	月	日			
	⑨研修実施日 (複数回実施の場合は初回実施日)	平成	年	月	日	⑩「仕事と介護の両立準備ガイド」による制度、相談窓口の周知日			平成	年	月	日			
	⑪介護休業関係制度の就業規則等への規定					有 · 無									
	⑫介護支援プランにより、労働者の円滑な介護休業の取得・職場復帰又は介護のための勤務制度利用を支援する措置を実施する旨の規定を行った年月日及び労働者への周知を行った年月日					規定	平成	年	月	日					
						周知	平成	年	月	日					
	⑬介護支援プランの作成日					平成	年	月	日						
	同プランに、当該労働者の制度利用に伴う業務体制の検討に関する措置が定められている。					有	·	無							
	⑭両立支援等助成金(介護支援取組助成金)の受給・申請(現在申請中のもの)の有無					有	·	無							
	2 支給申請に係る労働者	①労働者氏名(フリガナ)											※審査結果 支給 · 不支給		
		②雇用保険被保険者番号					③雇用保険の被保険者となつた年月日	昭和 · 平成				年		月	日
		④雇用期間の有無	有 · 無												
⑤制度利用期間  連続3か月  合計90日		所定外労働の制限制度				制度利用開始日の前日から3か月間の月平均所定外労働時間								時間	
		時差出勤制度				制度利用内容	始業・就業時刻を		時間		( 繰り上げ · 繰り下げ )				
		深夜業の制限制度				制度利用開始日の前日から3か月間ににおいて深夜勤務をした日								日	
平成 年 月 日				～平成 年 月 日				( ( ) )		か月(日)					
平成 年 月 日				～平成 年 月 日				( ( ) )		日					
平成 年 月 日				～平成 年 月 日				( ( ) )		日					
⑥介護の対象となった家族		氏名					労働者との続柄								

【介】様式第1号③>

※ 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	部(室)長		担 当	

<【介】様式第1号④>(H28.10.19)

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				