

両立支援等助成金(子育て期短時間勤務支援助成金)支給申請書

両立支援等助成金(子育て期短時間勤務支援助成金)の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、すべての事業所において、短時間勤務制度を導入しています。

平成 年 月 日

労働局長 殿

申請事業主
又は代理人

所在地 〒

名称 印

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、下欄に子育て期短時間勤務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)

所在地 〒

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		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 (うち他の都道府県に 所在する事業所数) か所		
	⑦短 時 間 勤 務	実施根拠	a 労働協約 b 就業規則	1日の所定労働時間を短縮する短時間勤務制度の利用対象となる子の年齢			
		制度化した年月日	平成 年 月 日	()までの子を養育する労働者が対象			
	⑧育児休業制度		有 ・ 無		⑨所定労働時間の短縮措置	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		有 ・ 無					
2 支 給 対 象 労 働 者 (注)	(フリガナ) 氏名	(1) ①雇用保険被保険者番号	②雇用保険の被保険者となった年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日	※審査結果 支給 ・ 不支給	
		③短時間勤務の利用期間		開始日 平成 年 月 日 ~ 終了(予定)日 平成 年 月 日 (か月)			
		④利用の対象となった子		氏名	生年月日		平成 年 月 日生 (満 歳)
		本人確認欄		上記①から④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				
(2) 氏名	(フリガナ)	(2) ①雇用保険被保険者番号	②雇用保険の被保険者となった年月日		昭和 ・ 平成 年 月 日	※審査結果 支給 ・ 不支給	
		③短時間勤務の利用期間		開始日 平成 年 月 日 ~ 終了(予定)日 平成 年 月 日 (か月)			
		④利用の対象となった子		氏名	生年月日		平成 年 月 日生 (満 歳)
		本人確認欄		上記①から④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				

(注)3人以上の支給対象労働者がいる場合は、「両立支援等助成金(子育て期短時間勤務支援助成金)支給申請に係る支給対象労働者名簿」(【短】様式第1号<続紙>)に記載してください。

3 短時間勤務の利用状況及び他の助成金の受給状況

① 過去に、1⑦の短時間勤務を6か月以上利用した労働者	有 ・ 無
② 中小企業両立支援助成金(継続就業支援コース又は期間雇用者継続就業支援コース)の受給	有 ・ 無
③ 中小企業両立支援助成金(中小企業子育て支援助成金)の受給	有 (育児休業 人 短時間勤務 人) ・ 無
④ 均衡待遇・正社員化推進奨励金(短時間正社員制度)又は短時間労働者均衡待遇推進等助成金(短時間正社員制度導入促進等助成金)の受給	有 ・ 無
⑤ キャリアアップ助成金(短時間正社員コース又は多様な正社員コース)の受給	有 ・ 無

4 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		
5 振込先	フリガナ 銀行 口座名義 信用金庫 店 口座の種類 (普通 ・ 当座) 口座番号 ()		

※ 処理欄	支給決定	企業規模の判定及び 支給決定金額	受付年月日	平成 年 月 日	受付番号
		決定年月日	平成 年 月 日	決定番号	
		企業規模	最初の支給対象労働者	2人目~5人目の支給対象労働者	6人目~10人目の支給対象労働者
		中小企業事業主	40万円	15万円 × 人 (人目の支給対象労働者)	
		常時雇用する労働者101人以上の 中小企業事業主	40万円	15万円 × 人 (人目の支給対象労働者)	10万円 × 人 (人目の支給対象労働者)
		常時雇用する労働者100人以下の 中小企業事業主以外の事業主	40万円	15万円 × 人 (人目の支給対象労働者)	10万円 × 人 (人目の支給対象労働者)
		中小企業事業主以外の事業主	30万円	10万円 × 人 (人目の支給対象労働者)	10万円 × 人 (人目の支給対象労働者)
	総支給決定金額	円	備考		
	局長	室長		担当	

両立支援等助成金(子育て期短時間勤務支援助成金)支給申請に係る支給対象労働者名簿

枚数と番号 /

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	

2 支給 対象 労働 者	氏名 (フリガナ)	①雇用保険被保険者番号		②雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成	年	月	日	※審査結果 支給 ・ 不支給		
		③短時間勤務の利用期間	開始日 平成 年 月 日 ~ 終了(予定)日 平成 年 月 日 (か月) (うち支給対象期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (か月))								
		④利用の対象となった子	氏名		生年月日	平成	年	月		日生(満 歳)	
		本人確認欄		上記①から④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					
	氏名 (フリガナ)	①雇用保険被保険者番号		②雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成	年	月	日	※審査結果 支給 ・ 不支給		
		③短時間勤務の利用期間	開始日 平成 年 月 日 ~ 終了(予定)日 平成 年 月 日 (か月) (うち支給対象期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (か月))								
		④利用の対象となった子	氏名		生年月日	平成	年	月		日生(満 歳)	
		本人確認欄		上記①から④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					
	氏名 (フリガナ)	①雇用保険被保険者番号		②雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成	年	月	日	※審査結果 支給 ・ 不支給		
		③短時間勤務の利用期間	開始日 平成 年 月 日 ~ 終了(予定)日 平成 年 月 日 (か月) (うち支給対象期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (か月))								
		④利用の対象となった子	氏名		生年月日	平成	年	月		日生(満 歳)	
		本人確認欄		上記①から④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					
	氏名 (フリガナ)	①雇用保険被保険者番号		②雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成	年	月	日	※審査結果 支給 ・ 不支給		
		③短時間勤務の利用期間	開始日 平成 年 月 日 ~ 終了(予定)日 平成 年 月 日 (か月) (うち支給対象期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (か月))								
		④利用の対象となった子	氏名		生年月日	平成	年	月		日生(満 歳)	
		本人確認欄		上記①から④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					