

提出年月日 平成 年 月 日

介護未経験者確保等助成金 支給申請額内訳書

申請者事業主名称

(1) 対象労働者氏名	1	2	3																																																																								
介護参入特定労働者(裏面参照)である場合は○を付けてください。																																																																											
(2) 従事する介護保険事業所																																																																											
上記事業所の 雇用保険適用事業所番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																								
(職種)																																																																											
(3) 雇入れ日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日																																																																								
(最後の)対象労働者の雇入れ日における雇用保険被保険者の総数	人																																																																										
(4) 賃金締切日・賃金支払日	(締切日) 毎月 日	(支払日) 当月・翌月 日																																																																									
(5) 支給対象期(1期・2期)	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /																																																																								
(6) 離職等のあった日 (裏面参照)	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日																																																																								
(7) 離職の場合、その理由 (裏面参照)																																																																											
(8) (5)の期間に支払われた賃金額	円	円	円																																																																								
(9) 支給申請額 (助成対象期間の途中で離職した場合等は日額計算が必要。裏面参照)	円	円	円																																																																								
(10) 合計支給申請額 (今回申請する支給額の合計金額)	円																																																																										

注 (1)の対象労働者の1の欄は、必ず最初に雇い入れた対象労働者を記入して下さい。  
記載に当たっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧下さい。

様式第1号-1(注意書き)

(添付書類)

対象労働者の雇入れ状況、賃金の支払状況等を明らかにする次の書類を添付して下さい。

(1) 必須の添付書類

- ・ 介護保険法に基づく指定又は許可を受けていることを証明する書類、登記事項証明書等、介護関係業務の事業を行っている事業主であることを示す書類
- ・ 「雇用保険適用事業所一覧表」
- ・ 対象労働者の業務内容、所属等を明らかにする組織図、辞令等又はその写し
- ・ 対象労働者に対して支払われた賃金を手当ごとに区分された賃金台帳又はその写し
- ・ 対象労働者の出勤状況が日ごとに明らかにされた出勤簿等の書類
- ・ 対象労働者の履歴書(写)、事業主が所持している場合は職務経歴書(写)
- ・ 雇用契約書(写)又は雇入れ通知書(写)
- ・ 「介護労働者雇用管理責任者」を書面により通知している場合は、その書面(写)

(2) 必要に応じて支給申請書に添付する書類

- ・ 事業所を離職した常用労働者の氏名、離職年月日、離職理由等が明らかにされた労働者名簿等の書類
- ・ 「介護労働者雇用管理責任者選任届」
- ・ 就業規則、賃金規定等 ・ 総勘定元帳その他の管轄労働局長が必要と認める書類

(記入上の注意)

- 1 (1)欄の対象労働者については、一度に申請することのできる対象労働者について3人まで記載することができます。その場合、対象労働者を雇い入れた順に記載してください。なお、雇用する雇用保険被保険者の総数が200人以上の事業主で、対象労働者が4人以上となる場合は、この様式第1号-1を複数枚使用して提出してください。

※助成の対象となる労働者数…雇入れ日(一度に複数の対象労働者について申請する場合、最後に雇い入れた対象労働者の雇入れ日)において、事業主(企業単位)が雇用する雇用保険被保険者の総数が300人未満の場合は6人まで、300人以上500人未満の場合は12人まで、500人以上の場合20人まで(上限)。

※雇用保険被保険者の総数…介護事業と兼業して他の事業を行う事業主の場合、介護事業を行う事業所における被保険者数の総数。

- 2 対象労働者が介護参入特定労働者である場合は、該当する対象労働者の欄に○を記入してください。

※介護参入特定労働者…介護関係業務の未経験者かつ雇入れ日時時点で満25歳～満39歳の方で、雇入れ日の前日から起算して過去1年間に雇用保険一般被保険者でなかった方。

- 3 (4)欄については、賃金締切日及び賃金支払日が定められている場合のみご記入ください。(賃金支払日については、当月又は翌月のいずれかに○印を付してください。)

- 4 (5)欄については、今回の申請に係る対象労働者の支給対象期を記入してください。(1期又は2期のいずれかに○印を付してください。)支給対象期の起算日と終了日については、下記※1、※2を参照してご記入ください。

※1 助成対象期間は、対象労働者を雇い入れた日(賃金締切日が定められている場合は雇入れ日の直後の賃金締切日の翌日。ただし、賃金締切日に雇い入れた場合は雇入れ日の翌日、賃金締切日の翌日に雇い入れた場合は雇入れ日。)から起算して1年の期間です。助成対象期間の最初の6か月を支給対象期の第1期、第1期の直後の6か月を支給対象期の第2期といいます。

※2 対象労働者を助成対象期間の途中で下記4の①～③の理由により雇用しなくなった場合又は週の所定労働時間が30時間未満に変更された場合は、当該離職又は変更のあった日の前日までが助成対象期間となります。

- 5 (6)欄及び(7)欄については、助成対象期間の途中で以下の①～③の理由等により雇用されなくなった場合又は週の所定労働時間が30時間未満に変更された対象労働者がいる場合のみ記載してください。(7)欄については、以下の①～③の番号を記入してください。

① 対象労働者の責めに帰すべき理由による解雇

② 対象労働者の死亡

③ 天災その他やむを得ない理由により、事業の継続が不可能となったことによる解雇

- 6 (9)欄については、この支給申請書で申請する各対象労働者に係る支給申請額を記入してください。

ただし、当該対象労働者が助成対象期間の途中で上記4の①～③の理由等により雇用されなくなった場合又は週の所定労働時間が30時間未満に変更された場合は、助成対象期間の初日から当該離職又は変更のあった日の前日(以下「離職日等」という。)までの期間について、日割り計算となります。当該離職日等の属する支給対象期について、次の方法により支給申請額を算出してください(1円未満は切り捨て。)

$$\text{支給対象期における対象労働者1人あたり支給額25万円} \times \frac{\text{離職日等の属する支給対象期の初日から離職日等までの日数}}{\text{支給対象期の日数}}$$

(※介護参入特定労働者の場合は1人あたり50万円)

積算根拠については別途添付して下さい(様式自由)。なお、詳細については労働局担当係にお問い合わせ下さい。