

均衡待遇・正社員化推進奨励金支給申請書

均衡待遇・正社員化推進奨励金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

平成 年 月 日

労働局長 殿

① 申請 事業 主	(事業主)		(代理人・社会保険労務士<提出代行者・事務代理者>) ※該当するものを○で囲んでください。			
	住所 (〒 -)		住所 (〒 -)			
	名称		名称			
	氏名		氏名			
	電話番号 () -		電話番号 () -			
常時雇用する労働者数		人	資本の額若しくは 出資の総額	万円	企業規模	中小企業・大企業 ※該当に○
主たる事業		雇用保険適用事業所番号 ※本社の番号				
労働保険番号		都道府県	所管	管轄 (1)	基幹番号	枝番号
②制度導入		(1)就業規則届出日 ・ 労働協約締結日	平成 年 月 日	(2)就業規則 ・ 前回変更日 労働協約	平成 年 月 日	
③ 対象 労働 者	(1)制度の対象労働者の種別		パートタイム労働者・有期契約労働者 ※該当に○			
	(2)制度内容	1 雇入時健康診断 2 定期健康診断 3 人間ドック 4 生活習慣病予防検診 ※該当に○				
	(3)健康診断制度の実施人数	人	(4)(3)のうち最後に実施した日：平成 年 月 日			
	(5)対象労働者の詳細：別紙記載のとおり					
④支給額		中小企業：40万円 ・ 大企業：30万円 ※該当に○				
⑤払渡希望 金融機関	金融機関名			口座の種類	普通・当座・その他	
	支店名			口座番号		
	口座名義 (フリガナ)					
⑥申請書作成者						
氏名			所属部署			電話番号

以下労働局利用欄（記入しないで下さい。）

支給決定年月日	平成 年 月 日	支給決定番号	第 号
支給決定額	円	備考	
決裁欄	[局長]	[室長]	[補佐] [担当]

【注意事項】

この申請書は、短時間労働者又は有期契約労働者に対する健康診断制度を労働協約又は就業規則に定め、2年以内に4人以上に実施した日の翌日から起算して6か月経過した日から起算して3か月以内に、本社の所在地を管轄する都道府県労働局雇用均等室に提出してください。

また、提出する際には、次の書類を添付してください。

- ① 健康診断制度を明示した労働協約又は就業規則（就業規則を提出する場合、常時10人以上の労働者を使用する事業主にあつては、労働基準監督署に届け出た就業規則、常時10人未満の労働者を使用する事業主にあつては、労働基準監督署に届け出た就業規則又は就業規則の実施について事業主と従業員全員の連署による申立書が添付されている就業規則。以下②において同じ。）
- ② 健康診断制度導入前に定められていた労働協約又は就業規則
- ③ 健康診断制度に係る運用条件等について、労働協約又は就業規則とは別に定められている場合は、当該規定が確認できる書類
- ④ 健康診断を実施したことが確認できる書類（実施機関の領収書等）
- ⑤ 健康診断の実施者名簿（雇用保険被保険者番号入り：様式第5号別紙）
- ⑥ 対象労働者の労働条件通知書又は雇用契約書等
- ⑦ 賃金台帳等（対象労働者が健康診断を実施した日を含む月分）
- ⑧ 出勤簿又はタイムカード等出勤状況が確認できる書類（対象労働者が健康診断を実施した日を含む月分）
- ⑨ 中小企業事業主であるか否かを確認する書類（例えば、登記事項証明書、資本及び労働者数を記載した資料、事業内容を記載した書類等）
- ⑩ 事業所確認票（様式第6号）

【記入上の注意】

支給申請書は次により記入してください。

- (1) 申請者が代理人の場合、左欄に事業主の住所、名称及び氏名（押印不要）を記載し、右欄に代理人の記名押印等をしてください。

申請者が社会保険労務士法施行規則（昭和43年厚生省・労働省令第1号）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の場合、左欄に事業主の記名押印等を、右欄に申請者の記名押印等をしてください。
- (2) ①欄の「常時雇用する労働者数」には、2か月を超えて使用されている者（実態として2か月を超えて使用されている者のほか、それ以外の者であっても期間の定めのない者及び2か月を超える雇用期間の定めのある者を含む）であり、かつ週当たりの所定労働時間が当該企業の正規の従業員と概ね同等である者の数を計上してください。
- (3) ②欄の「(1)就業規則届出日・労働協約締結日」には、当該健康診断制度を設けた方に○を付けるとともに、当該協約等を締結又は届け出た年月日を記載してください。
- (4) ②欄の「(2)就業規則・労働協約前回変更日」には、当該健康診断制度を設ける以前の直近の労働協約等の変更日を記載してください。労働協約等を新規に作成した場合及び変更履歴がない場合は、空欄としてください。
- (5) ③欄の「(5)対象労働者の詳細」については、様式第5号別紙「健康診断制度対象労働者一覧」に記載してください。