

両立支援等助成金(新型コロナウイルス感染症対応特例)支給申請書

両立支援等助成金(新型コロナウイルス感染症対応特例)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。

記載例

2021 年 10 月 1 日
東京 労働局長 殿

申請事業主 所在地 〒000-0000
東京都〇〇区〇〇町1-2-3

名称 株式会社 両立商事

氏名 両立 太郎

代理人又は事務代理者・提出代行者の場合は以下から選択してください。
〔 代理人・事務代理者・提出代行者 〕

所在地 〒000-0000
東京都〇〇区〇〇町4-5-6

名称 ◇川社労士事務所

氏名 社会保険労務士 ◇川 ◇郎

連絡先 03-0000-0000

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号		1234-567890-1		②労働保険番号		12-3-45-678910-123	
	③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数		45 人		④主たる業種 (日本標準産業分類の中分類を記入)		分類番号:58 分類項目名:飲食料品小売業	
	⑤資本の額若しくは出資の総額		4,000 万円		⑥企業規模		<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 <small>日本標準産業分類に基づき記入してください。</small>	
	⑦記載担当者	役職	総務部人事課長	氏名	△田 △吉	連絡先電話番号	03-0000-1234	
2 本社等を 除く事業所	No.	①事業所名	②所在地		③雇用保険適用事業所番号	④電話番号		
	1	ちよだ支店	東京都〇		1234-567890-1	03-0000-1111		
	2	みなと支店	東京都△△区△△町1-2-4		〃	03-0000-2222		
	3	はるみ支店	東京都××区××町1-2-5		〃	03-0000-3333		
	4							
	5							
	6							
	7							
	8							
	9							
10								

※申請事業主は下記をよく確認し次ページに☑してください。全ての項目が「はい」でなければ対象となりません。

- 過去に申請した雇用関係助成金について不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがない。
(不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがある場合は、当該不支給決定日又は支給決定取消日から5年(平成31年3月31日以前に支給申請した雇用関係助成金に関する不正受給の場合は3年。以下、不支給措置期間という。)を経過している)
※不支給措置期間中だが、支払い義務を負った金額の全てを支給申請日までに支払っている場合は、当該項目については「はい」に該当します。
- 事業主又は事業主の役員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。)第2条第2号に規定する暴力団又は第2条第6号に規定する暴力団員でない。
役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしていない。
役員等が、暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していない。
役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしていない。
役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していない。
- 事業主又は事業主の役員等が破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れがある団体等に属していない。
- 倒産していない。
- 雇用関係助成金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、事業主名等を公表することに承諾する。
- 平成31年4月1日以降に申請した雇用関係助成金について不正受給に関与した役員等がない。(不正に関与した役員等がおり不支給措置期間中だが、支払い義務を負った金額の全てを支給申請日までに支払っている場合は、当該項目については「はい」に該当します。)
- 本助成金支給要領に従うことに承諾する。



次ページに続く

1 から7までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を労働局等が行う場合には協力します。
 また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為等により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、請求があった場合直ちに請求金(※)を弁済します。
 ※請求金は、偽りその他不正の行為による場合は、①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から納付の日まで、年5%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額です。なお、偽りその他不正の行為以外の事由により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、当該受け取った額です。
 なお、本助成金支給要領0301eに該当する事業主が行った支給申請について、再度不正受給を行った場合は、共通要領0801口の規定にかかわらず、不正受給により返還を求められた額に加え、不正受給の日の翌日から納付の日まで、年3分の割合で算定した延滞金及び当該返還を求めた額の2倍に相当する額の合計額を支払う義務を負うものとします。

上記について はい

※代理人又は社会保険労務士(以下「代理人等」という。)等が提出代行している場合は、以下について確認し、代理人等が記載してください。

本助成金に関し審査に必要な事項についての確認を労働局等が行う場合には協力します。また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為により申請事業主等が、本来受けることのできない助成金を受けた又は受けようとした場合であって、代理人等が不正受給に故意に関与していた場合(偽りその他不正の行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合を含む。)は、①申請事業主等が負担すべき一切の債務について、申請事業主等と連帯し、請求があった場合直ちに請求金を弁済すべき義務を負うこと、②代理人等に係る事務所(又は法人等)の名称、所在地、氏名及び不正の内容が公表されること、③不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して5年間(取り消した日から起算して5年を経過した場合であっても、請求金が納付されていない場合は、時効が完成している場合を除き納付日まで)は、雇用関係助成金に係る代理人が行う申請又は社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請ができないことについて承諾します。

代理人又は社会保険労務士	住所	東京都〇〇区〇〇町4-5-6	電話番号()	03-0000-0000
(提出代行者・事務代理者の表示)	名称	◇川社労士事務所		
	氏名	◇川 ◇郎		

役員等氏名	役職	生年月日
1 両立 太郎	代表取締役社長	〇〇〇〇年〇月〇日
2 口川 口夫	取締役	〇〇〇〇年〇月〇日
3 ☆本 ☆子	取締役	☆☆☆☆年☆☆日
4 ◇藤 ◇介	取締役	◇◇◇◇年◇月◇日
5 ▲田 ▲三郎	監査役	▲▲▲▲年▲月▲日

※個人事業主の場合は事業主本人、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者を記載してください。役員等の就任中に氏名の変更等があった場合は、変更前の氏名(旧姓)も併記してください。
 ※記載された役員等は原則として対象労働者となりません。役員が5人以上いる場合は、追加、別紙等により提出ください。

支給決定された場合、振込に必要となるため以下について記載し、通帳の写し等を添付してください。

振込希望金融機関	(フリガナ)	コウロウギンコウ		カスミガセキ		(フリガナ)	カブシキガイシャ リョウリツショウジ							
	金融機関名・支店名	厚労銀行		霞ヶ関 支店		口座名義	株式会社 両立商事							
	銀行等(ゆうちょ銀行以外)	金融機関コード		支店コード		口座番号	(普通・当座) どちらかに〇つけてください。							
	1	2	3	4	5						6	7	8	9
	ゆうちょ銀行	記号番号		(総合)										

金融機関名、口座番号及び口座名義が確認できる通帳(主に見開き1ページ目)等の写しを添付してください。
 ゆうちょ銀行かそれ以外の銀行等を記入(セブン銀行、じぶん銀行、大和ネクスト銀行及びGMOあおぞらネット銀行は使用できません。)

※労働局処理欄には記入しないでください。

決裁欄等	
※労働局処理欄	局長 部(室)長 担当
	受理年月日 年 月 日
	受理番号第 号
	起案年月日 年 月 日
	支給(不支給)決定年月日 年 月 日
	決定番号第 号
	支給決定額 円
	通知書発送年月日 年 月 日
備考	

育児休業等支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例)詳細

記載例

申請事業主: 株式会社 両立商事

I. 事業主

①-1	新型コロナウイルス感染症に係る小学校休業等により子どもの世話をする労働者のための特別休暇制度の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)	2021	年	4	月	12	日	1	労働協約	2	就業規則		
①-2	新型コロナウイルス感染症に係る小学校休業等を理由として、テレワーク勤務制度、短時間勤務制度、フレックスタイムの制度、始業又は終業の時刻を繰り上げ又は繰り下げる制度(時差出勤の制度)及び労働者の養育する子に係る保育施設の設置運営その他これに準ずる便宜の供与のいずれかの措置が利用できる旨の周知(該当する番号を○で囲む)	2021	年	4	月	15	日	1	労働協約	2	就業規則	3	その他
本特例を申請したことがある事業主はア欄にチェックし申請日と労働者数を、受給したことがある事業主はイ欄にチェックし支給決定日等を記載してください。													
②	<input type="checkbox"/> ア 直近の申請日	年	月	日	対象労働者数	人							
	<input checked="" type="checkbox"/> イ 直近の支給決定日	2021	年	5	月	25	日	支給決定番号	雇均発〇〇〇〇 第△号	対象労働者数	1	人	

受給したことがある場合は、支給決定通知書に記載されている支給決定番号を記載してください。

II. 対象労働者 【1人】 ※複数人となる場合は、本欄を人数分追加してください。

③ 労働者の属性												
氏名	○山 ○子			雇用保険被保険者番号	1234-123456-2			雇用保険被保険者となった日	2012 年 4 月 1 日			
雇用契約期間	2012 年 4 月 1 日 ~			年	月	日	雇用契約期間の確認書類(該当する番号を○で囲む)					
							1 労働条件通知書または雇用契約書 2 その他					
④ 休業の対象となった子ども(子が複数となる場合は別紙にして提出してください。)												
子どもの氏名	○山 ○介			休暇取得時の子どもの年齢	9 歳							
利用している施設名	霞ヶ関小学校、霞ヶ関児童クラブ			施設の種類(裏面の番号)	①、⑥			子どもからみた対象労働者の続柄(例:母)	母			
⑤ 対象となる特別な有給休暇の取得期間等												
●新型コロナウイルス感染症に係る小学校休業等のため、特別な有給休暇を取得した期間は(令和3年4月1日~同年9月30日、令和4年1月1日~同年3月31日に取得した有給休暇が対象)												
5 日 と 時間です												
●令和3年8月1日~同年9月30日に取得した有給休暇について、過去に小学校休業等対応助成金の申請を行っていない、又は支給を受けていないですか。また、今後も申請を行いませんか。												
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
●特別な有給休暇を取得した理由について、該当する項目に☑をしてください。(複数の理由に該当する場合は、複数に☑をしてください。)												
☑ 新型コロナウイルス感染症に対応して行われる小学校等の臨時休業等(※1)のため(別途、小学校等からのお知らせを提出してください。)												
→臨時休業等期間	2021 年 9 月 6 日 ~			2021 年 9 月 10 日	(複数回にわたる場合は適宜追記)							
↑春、夏、冬休みなどの小学校等の元々の休校日や閉園日は含めないでください。												
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に感染した又は感染したおそれ(※2)があるため												
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症に感染した	陽性確定日	年	月	日	検査機関名						
<input type="checkbox"/>	発熱等の風邪症状が見られる	風邪症状が見られた期間	年	月	日	から	年	月	日			
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルス感染症に感染した者の濃厚接触者である	保健所から連絡があった日	年	月	日	保健所名						
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に感染した場合に重症化するおそれのある疾患を有する(※3)ため												
疾患名												
※1 「臨時休業等」とは ①小学校等が臨時休業や当該施設又は事業の利用の停止を行うこと ②地方公共団体、施設の設置者又は事業者から当該施設又は事業の利用を控えるよう依頼すること ③特定の子どものために、学校長が新型コロナウイルスに関連して出席しなくてもよいと認めることをいいます。なお、③については小学校等からのお知らせの提出は不要です。 また、春、夏、冬休み等の小学校等の元々の休校日や閉園日に取得した有給休暇については、本助成金の対象とはなりません。												
※2 「新型コロナウイルス感染症に感染した又は感染したおそれ」とは、新型コロナウイルス感染症の病原体に感染した場合のほか、発熱等の風邪症状が見られる又は新型コロナウイルスに感染した者の濃厚接触者であることをいいます。												
※3 「感染した場合に重症化するおそれのある疾患を有する」とは、医療的ケアが日常的に必要である又は新型コロナウイルスに感染した場合に重症化するリスクの高い基礎疾患等を有することをいいます。												
⑥ 当該対象労働者について、今回が初めての申請ですか。												
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												
同一の対象労働者について申請は1回限りです。												
⑦ 本人確認欄												
労働者氏名	○山 ○子			連絡先電話番号	03 - 0000 - 4444							
⑧ 上記事実について相違ありませんか。(「いいえ」の場合、本助成金の支給を受けることができません。)												
偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合は、受給した助成金の全部または一部を返還することに同意しますか。												
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ												

<支給申請額>

今回申請する合計対象労働者 人 × 支給単価 = 支給申請額 円 ※1企業あたり10人(別労働者)まで 上限50万円

※本特例は1企業あたりの対象労働者の上限人数が10人のため、既に申請・支給決定されていて今回の申請含めて合計10人を超える場合は、超過部分については支給されません。