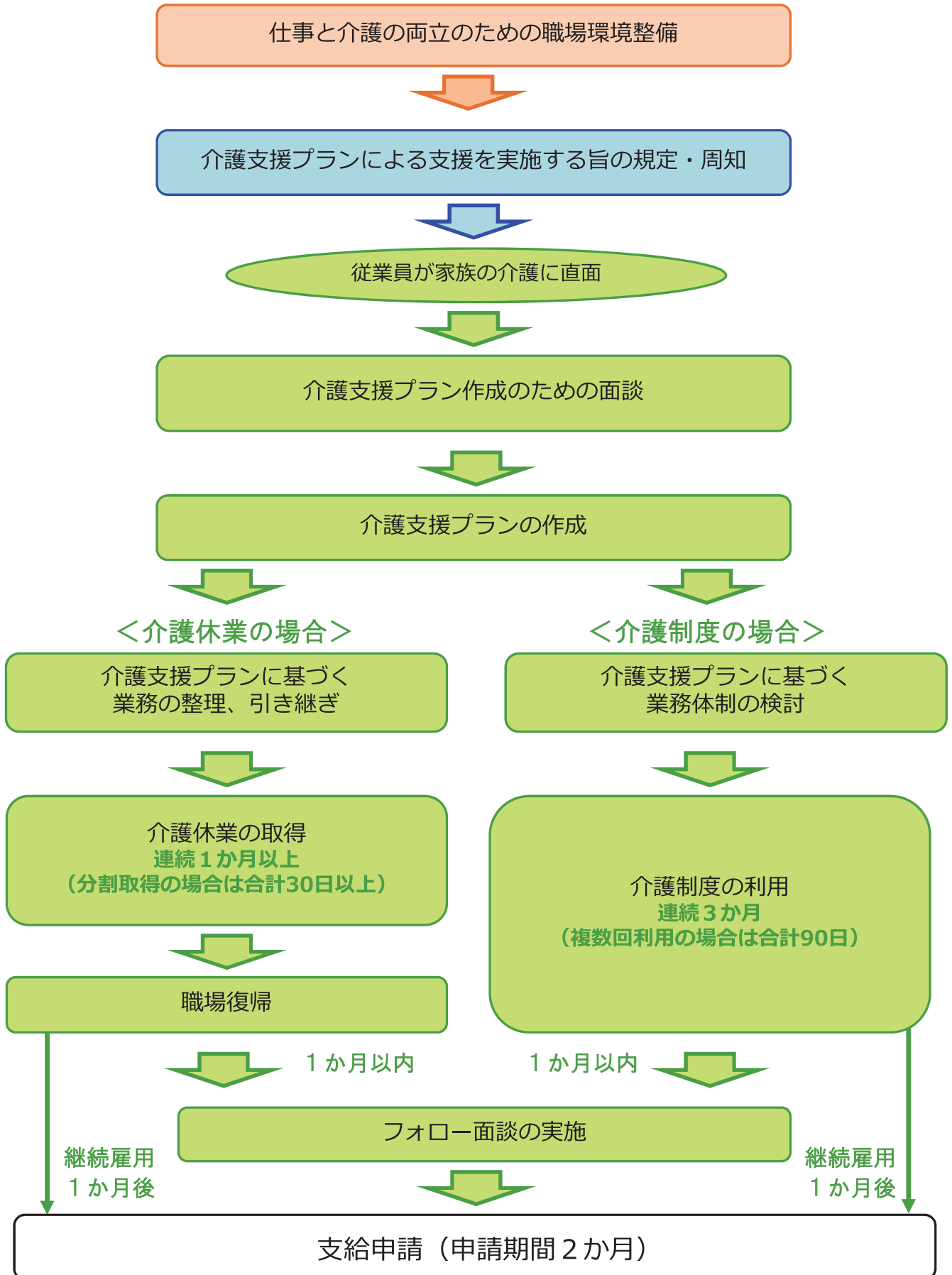


介護離職防止支援コース

支給申請までの流れ



1 次のAに掲げる全ての要件に該当しかつBまたはCに該当する対象労働者が生じた事業主が対象となります。

A 仕事と介護の両立のための職場環境整備

チェック項目(下線部については、以下の「解説」を参照してください。)	チェック欄
<p>① 「労働者の仕事と介護の両立に関する実態把握」のため、アンケート調査を行った。</p> <p>(注) 平成27年4月1日以降に厚生労働省が指定する所定の調査票（（介）参考様式1）を使用して実施したものが対象です。アンケート項目を減らした場合は対象とはなりません。</p> <p>調査対象は、原則として雇用する雇用保険被保険者全員としてください。ただし、常時雇用する雇用保険被保険者が100人以上の事業主は少なくとも100人以上を調査対象としてください。</p> <p>アンケートは、回収率が3割以上または回収数が100以上であることが必要です。アンケート実施後は、結果を集計し、「介護離職防止支援コースアンケート結果報告書」（【介】様式第2号）に取りまとめてください。</p>	
<p>② 厚生労働省が指定する資料（（介）参考様式2）により自社の仕事と介護の両立支援制度の周知状況を把握し、制度内容を確認した上で、自社の介護休業関係制度について見直しを行い、育児・介護休業法に沿った制度を導入した。</p> <p>(注) すでに育児・介護休業法に沿った制度を導入している場合は、新たな制度の導入は不要です。</p>	
<p>③ 「介護に直面する前の労働者への支援」のため、次のa、bのいずれも実施した。</p> <p>a <u>人事労務担当者等による社内研修の実施</u></p> <p>b <u>仕事と介護の両立支援制度等の周知</u></p> <p>(注) 平成28年4月1日以降に実施したものが対象です。</p> <p>a、bいずれも厚生労働省が指定する所定の資料（aは（介）参考様式3、bは（介）参考様式4）を使用してください。a、bの資料いずれについても自社の仕事と介護の両立支援制度を記載する必要があります。</p> <p>研修終了後は、「介護離職防止支援コース 研修実施結果書（【介】様式第3号）に記録してください。</p>	

<p>④ 「介護に直面した労働者の支援」のため、仕事と介護の両立に関する相談窓口を設置し、全労働者に周知した。</p> <p>(注) 相談窓口は、全ての事業所に設置する必要はありませんが、担当者の氏名、電話番号・メールアドレス等の相談先が特定でき、全ての労働者が相談できる体制になっていることが必要です。</p> <p>相談窓口担当者は③aの社内研修を受講する（担当者が社内研修の説明者である場合、社外の担当者が相談窓口となる場合を除く）とともに、<u>厚生労働省が指定する所定の資料（（介）参考様式5）</u>により、相談対応のポイントを事前に確認してください。</p> <p>周知については、③bの<u>厚生労働省が指定する所定の資料（（介）参考様式4）</u>を使用し、雇用する全ての労働者を対象に実施してください。</p>	
<p>⑤ 介護支援プランにより、介護休業の取得及び職場復帰並びに介護休業関係制度の利用を支援する措置を実施する旨をあらかじめ規定し、労働者へ周知していること。</p> <p>(注) この規定及び周知は、支給対象労働者の介護休業開始日又は制度利用開始日の前日までに実施してください。</p>	
<p>⑥ ①～⑤の実施後、Bの介護休業を取得するまたはCの介護制度を利用する労働者が生じ、当該労働者に所定の措置を講じていること。</p>	

【下線部についての解説】

(1) 厚生労働省の指定する所定の調査票・資料とは

「介護離職を予防するための両立支援対応モデル」に基づく資料です。厚生労働省HPの以下のページ（「事業主の方への給付金のご案内」）の「支給申請書」欄の「介護離職防止支援コース」の「（介）参考様式1～6」が該当します。ダウンロードしてご利用ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/shokuba_kosodate/ryouritsu01/
 または、厚生労働省HP トップページから「両立支援等助成金」で検索

(2) 介護休業関係制度とは

育児・介護休業法に沿った規定を整備することが必要です。育児・介護休業法第2条第2号に規定する介護休業、同法第16条の5に規定する介護休暇、同法第16条の9により準用する同法第16条の8に規定する所定外労働の制限、同法第18条第1項において準用する同法第17条に規定する時間外労働の制限、同法第20条第1項において準用する同法第19条に規定する深夜業の制限及び同法第23条第3項に規定する所定労働時間の短縮等の措置（介護のための短時間勤務、時差出勤などの制度）の6つ全ての制度を指します。

就業規則等への規定例は次のページをご参照ください。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/>

(3)人事労務担当者等による研修とは

次の全てを満たす研修をいいます。

①事業主（企業）単位で企画、実施していること。

(助成金の対象とならない研修例)

- ・複数社が合同で行う研修
- ・外部研修への参加
- ・外部講師等が同じビデオ映像等の一部または全部を複数の事業主に対して提供・使用した研修

②雇用保険被保険者の8割以上の労働者が受講していること。

ただし、常時雇用する雇用保険被保険者数が100人以上の場合は、被保険者である受講者数80人以上であれば対象とします。

③研修時間が1時間以上であること。

④厚生労働省が指定する所定の資料（（介）参考様式3）を使用していること。

「当社の仕事と介護の両立支援制度」のページについては、介護休業関係制度について、就業規則と同様の内容を資料による一覧表の形式で作成のうえ説明してください。記載スペース等の都合で制度の詳細を省略する場合は、省略したことを明記してください（例：制度対象者の詳細は就業規則〇条参照 など）

⑤人事労務担当者等の説明者が資料の内容を説明していること。

外部講師に依頼することは差し支えありませんが、各企業の介護に関する制度整備状況、利用状況、社員の年齢構成、介護の見込みなどについて、アンケートの実施結果などを踏まえた内容で行ってください。

⑥研修時間内に質疑応答ができること。

本社で行った研修を録画して各支店で視聴するなど、研修の説明を受講者との対面で行っていない場合は、受講者に厚生労働省が指定する所定のフォローアップ調査票（（介）参考様式6）を配布し、回収してください。フォローアップ調査票の回収数を受講者数とします。（この場合も、支店等の人事労務担当者等による質疑応答ができる体制にしてください。）

(4)仕事と介護の両立支援制度等の周知とは

1③bの「仕事と介護の両立支援制度の周知」、1④「相談窓口の周知」の両者をあわせて、厚生労働省が指定する所定の資料（（介）参考様式4）を使用の上、長期休業者等を除き、原則として雇用する全ての労働者に対して実施してください。

(5)介護支援プランにより、介護休業の取得及び職場復帰並びに介護制度の利用を支援する措置を実施する旨の規定と労働者への周知

以下を参考にして、介護休業関係制度利用マニュアルや介護休業に関する規程に規定し、社内報などにより労働者に周知してください。

(就業規則への規定例)

第〇条 円滑な取得及び職場復帰支援

会社は、育児休業又は介護休業等の取得を希望する従業員に対して、円滑な取得及び職場復帰を支援するために、当該従業員毎に育休復帰支援プラン又は介護支援プランを作成し、同プランに基づく措置を実施する。なお、同プランに基づく措置は、業務の整理・引き継ぎに係る支援、育児休業中又は介護休業中の職場に関する情報及び資料の提供など、育児休業又は介護休業等を取得する従業員との面談により把握したニーズに合わせて定め、これを実施する。

B 介護休業

チェック項目(下線部については、以下の「解説」を参照してください。)	チェック欄
<p>① <u>介護休業を同一の対象家族について連続1か月以上または合計30日以上取得し、職場復帰した雇用保険被保険者であり、当該介護休業開始日の1か月以上前から申請事業主の雇用保険被保険者として雇用されていること。</u></p> <p>(注) 支給対象となる介護休業については、事業主が労働協約または就業規則に規定する介護休業制度の範囲内であることが必要です。</p>	
<p>② <u>対象家族の要介護の事実について把握後、介護休業の開始日の前日までに、対象介護休業取得者の上司または人事労務担当者と対象介護休業取得者が少なくとも1回以上面談(初回面談またはプラン策定面談)を実施した上で、結果について記録し、対象介護休業取得者のための介護支援プランを作成すること。</u></p> <p>(注) 【介】様式第4号「プラン策定面談シート兼介護支援プラン」を使用してください。対象家族の状況等により対象介護休業取得者との面談が困難な場合には、電話、メール等による相談・調整の結果を記録することで差し支えありません。</p>	
<p>③ <u>作成した介護支援プランに基づき、対象介護休業取得者の介護休業の開始日の前日までに業務の引き継ぎを実施させていること。</u></p> <p>(注) 対象家族の状況等により対象介護休業取得者との対面による引き継ぎが困難な場合には、電話、メール、書面による引き継ぎでも差し支えありません。</p>	
<p>④ <u>対象介護休業取得者を、介護休業終了後、上記②の面談結果を踏まえ、原則として原職等に復帰させていること。</u></p>	
<p>⑤ <u>対象介護休業取得者の介護休業終了後に、上司又は人事労務担当者と対象介護休業取得者がフォロー面談を実施し、その結果を記録すること。</u></p> <p>(注) フォロー面談は、連続1か月以上または合計30日以上介護休業取得後、職場復帰した日の翌日から1か月以内に実施してください。</p>	
<p>⑥ <u>対象介護休業取得者を、介護休業終了後、引き続き雇用保険の被保険者として1か月以上雇用しており、さらに支給申請日において雇用していること。</u></p>	

【下線部についての解説】

(1)介護休業とは

育児・介護休業法第2条第2号に規定する介護休業をいいます。

また、休業期間、取得回数、要介護状態、対象家族の範囲などにおいて法律を上回る取り扱いを労働協約または就業規則に規定している場合は、当該介護休業も対象となります。

(2)連続1か月以上または合計30日以上とは

育児・介護休業法においては、介護休業は同一の対象家族について93日を上限として3回まで分割して取得することができます。

介護休業を連続1か月以上取得した場合または分割取得により合計30日以上取得した場合に助成金の対象となります。

(3)介護支援プランとは

事業主が作成する、雇用する労働者の介護休業の取得及び職場復帰を円滑にするための措置を定めたプランをいいます。介護休業に係る介護支援プランには少なくとも次の措置を盛り込んでください。

- ・介護休業取得者の円滑な介護休業取得のための措置として、介護休業取得者の業務の整理、引継ぎに関する措置

※介護支援プランの作成の際には、「介護支援プラン策定マニュアル」を御活用ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/model.html

※無料で介護支援プラン策定のノウハウを持つ「介護プランナー」の支援も受けられます。希望される場合はお問い合わせください。

<http://ikuji-kaigo.com/kaigo.html>

(4)面談の実施とは

介護休業取得予定者が介護休業を開始する日の前日までに、介護支援プランの作成及び同プランに基づく業務の整理、引き継ぎなどを行う必要があります。

家族が要介護状態になり、当面の対応を検討するための「初回面談」、仕事と介護の両立のための働き方等を検討するための「プラン策定面談」を想定していますが、介護の状況により様々なケースが考えられるため、介護休業の開始日の前日までにプラン策定のための面談を最低1回実施して記録してください。介護の状況により、面談することが困難な場合には、電話、メール等による相談・調整の内容を記録することでも差し支えありません。

なお、面談や電話、メール等による相談・調整の実施・記録がなく介護休業を開始した場合には、助成金の対象にはなりません。

(5)原職等とは

「両立支援等助成金支給申請の手引き」育児休業等支援コース（代替要員確保時）の解説(5) (P39)を参照してください。

(6) 面談結果を踏まえ、介護休業取得者を原則として原職等に復帰とは

介護休業後は、原則として原職等に復帰させることが必要です。ただし、介護休業取得者の希望により、原職等に復帰しない場合には、面談の記録により本人の希望する職場復帰が確認できることが必要です。

(7) フォロー面談とは

介護休業からの職場復帰後1か月以内に、今後の仕事と介護の両立のために労働者が希望する働き方、事業主が配慮すべき事項等を確認するために面談を実施し、記録してください。

C 介護制度

チェック項目(下線部については、以下の「解説」を参照してください。)	チェック欄
<p>① 次の介護制度を同一の対象家族について連続3か月以上または合計90日以上取得した雇用保険被保険者であり、当該介護制度利用開始日の3か月以上前から申請事業主の雇用保険被保険者として雇用されていること。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 所定外労働の制限制度・ 深夜業の制限制度・ 時差出勤制度・ 短時間勤務制度 <p>(注) 支給対象となる介護制度については、事業主が労働協約または就業規則に規定する介護制度の範囲内であることが必要です。</p>	
<p>② 対象家族の要介護の事実について把握後、介護制度利用開始日の前日までに、対象介護制度利用者の上司または人事労務担当者と対象介護制度利用者が少なくとも1回以上面談(初回面談またはプラン策定面談)を実施した上で、結果について記録し、対象介護制度利用者のための介護支援プランを作成すること。</p> <p>(注) 【介】様式第4号「仕事と介護の両立支援 面談シート兼介護支援プラン」を使用してください。対象家族の状況等により対象介護制度利用者との面談が困難な場合には、電話、メール等による相談・調整の結果を記録することで差し支えありません。</p>	
<p>③ 作成した介護支援プランに基づき、対象介護制度利用者の介護制度利用開始日の前日までに当該介護制度利用期間中の業務体制の検討を実施していること。</p>	
<p>④ 対象介護制度利用者の連続3か月又は合計90日の介護制度利用期間後に、上司または人事労務担当者と対象介護制度利用者がフォロー面談を実施し、その結果を記録すること。</p> <p>(注) フォロー面談は、連続3か月又は合計90日の介護制度利用期間の最終日の翌日から1か月以内に実施してください。</p>	

- ⑤ 対象介護制度利用者を、連続3か月または合計90日の介護制度利用期間後、引き続き雇用保険の被保険者として1か月以上雇用しており、さらに支給申請日において雇用していること。

【下線部についての解説】

(1) 介護制度とは次の制度をいいます

① 所定外労働の制限制度

育児・介護休業法第16条の9により準用する同法第16条の8に規定する所定労働時間を超えて労働させない制度

② 時差出勤制度

育児・介護休業法第23条第3項及び同法施行規則第34条第3項第2号により準用する同規則同条第2項第2号に規定する1日の所定労働時間を変更することなく始業または終業の時刻を繰り上げまたは繰り下げる制度及び同法第24条第2項の規定によりこの措置に準じて講ずることとされる措置

③ 深夜業の制限制度

育児・介護休業法第20条により準用する同法第19条に規定する深夜（午後10時から午前5時）において労働させない制度

④ 短時間勤務制度

育児・介護休業法第23条第3項及び同法施行規則第74条第3項第1号に規定する所定労働時間を短縮する制度のうち、1日の所定労働時間を短縮する制度

※利用期間、取得回数、要介護状態、対象家族の範囲などにおいて法律を上回る取り扱いを労働協約または就業規則に規定している場合は、当該介護制度も対象となります。

(2) 制度利用開始日の3か月前から雇用されている労働者

助成金においては、介護制度の利用による一定の効果を求めるという趣旨から、介護制度利用開始日の前日以前3か月間に、申請に係る介護制度の利用実績がある労働者は対象とはなりません。また、同期間に事業場外労働のみなし労働時間制、裁量労働制が適用されていた労働者及び管理監督者については対象とはなりません。

このような趣旨から、次に該当する労働者を助成金の対象とします。

① 所定外労働の制限制度

制度利用開始日の前日以前3か月間の月平均所定外労働時間が20時間以上の労働者

② 時差出勤制度

1日の所定労働時間を変更することなく始業または終業時刻を1時間以上繰り上げまたは繰り下げる制度を利用する労働者

③ 深夜業の制限制度

交代制勤務等により所定内労働時間に深夜が含まれる労働者であり、制度利用開始日の前日以前3か月間のうち12日以上深夜を含む勤務実績がある労働者

④短時間勤務制度

1日の所定労働時間が7時間以上であり、所定労働時間を1時間以上短縮する制度を利用する労働者

※ ただし、次のいずれかに該当する場合は支給対象とはなりません。

- a 裁量労働制、事業場外労働のみなし労働時間制、変形労働時間制が適用される労働者が、当該労働時間制度を利用している場合（当該労働時間制度を規定している場合でも、短時間勤務制度利用者には適用しないことを明記している場合は助成金の対象となります。）。
- b 短時間勤務の利用に当たって、正規雇用労働者であった者が、給与形態を月給制から時給制に変更している等、それ以外の雇用形態に変更されている場合（本人の希望によるものも含む）。
- c 労働協約または就業規則において短時間勤務を利用した場合の始業・終業時刻を特定することができず、かつ、始業・終業時刻の決定方法について定めがない場合。

(3)連続3か月以上または合計90日以上とは

介護制度を連続3か月以上取得した場合または複数回の利用により合計90日以上取得した場合に助成金の対象となります。1回の勤務が2暦日にわたる場合は、当該勤務を1日とします。

上記(1)①～④の介護制度を2つ以上利用した場合、それぞれの期間を合算することができます。ただし、同一期間に2つ以上の制度を同時に利用した場合、当該期間については、いずれか1つの制度を利用したものとして取り扱います。

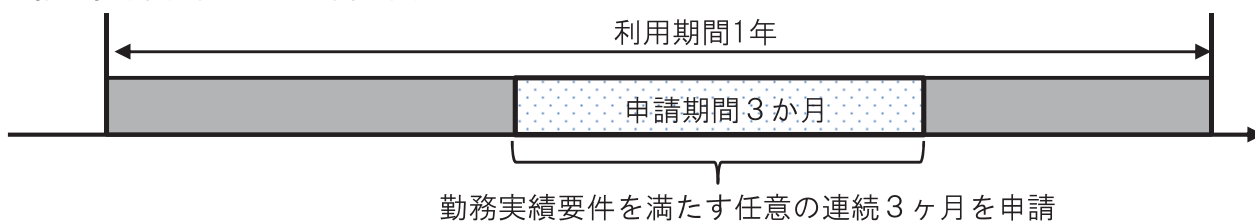
①制度どおりの勤務実績の確認

介護制度利用期間の連続3か月または合計90日における1か月ごとの所定労働日数のうち、5割以上就労し、就労した日数の8割以上、労働協約または就業規則に規定した介護制度どおりに勤務したこと（以下「勤務実績要件」という。）が確認できることが必要です。

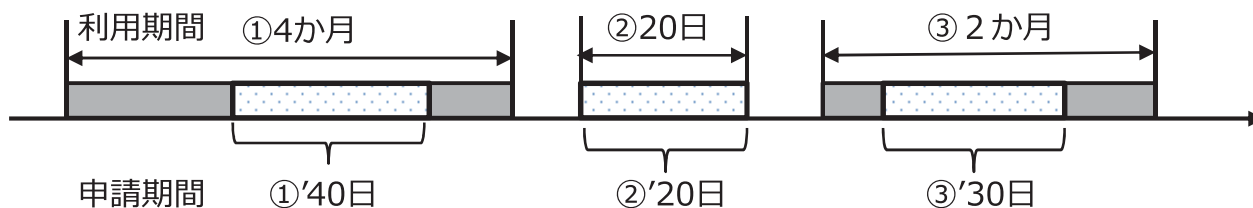
連続3か月の介護制度利用期間を申請する場合で、介護制度利用期間が3か月を超える場合は、任意の3か月を抽出して申請することができます。（例1）

合計90日の介護制度利用期間を申請する場合は、1回の制度利用期間ごとに勤務実績要件を確認します。介護制度利用期間の合計が90日を超え、かつ1回の介護制度利用期間が1か月を超える場合は、連続する1か月以上の任意の期間を抽出して申請することができます。1回の介護制度利用期間が1か月に満たない場合は、当該期間の勤務実績要件を確認します。（例2）

（例1）介護制度を1年間利用した場合



（例2）介護制度の複数回利用期間（①～③）を合算して申請する場合



→介護制度利用期間①～③のうち、勤務実績要件を満たす①'～③'を申請

②制度どおりに勤務したと判断しない場合

次の場合は、制度どおりに勤務したもとは取り扱いません。また、勤務日における出勤時刻、退勤時刻の記録がない場合には助成金の対象とはなりません。

①所定外労働の制限制度

- a 所定の終業時刻から15分以降の時刻に退勤した記録がある日
- b 制度利用期間の所定外労働時間が、制度利用開始日の前日以前3か月間の所定外労働時間以上の場合（※次頁参照）

②時差出勤制度

- a 始業時刻及び終業時刻を繰り上げる場合
所定の終業時刻から15分以降の時刻に退勤した記録がある日
- b 始業時刻及び終業時刻を繰り下げる場合
所定の始業時刻から15分以前の時刻に出勤した記録がある日

③深夜業の制限制度

- a 深夜（午後10時～午前5時）に就労した記録がある日
- b 制度利用期間の深夜に就労した日数が、制度利用開始日の前日以前3か月間の深夜に就労した日数以上の場合（※次頁参照）

④短時間勤務制度

- a 所定の終業時刻から15分以降の時刻に退勤した記録がある日
- b 1日の所定労働時間を短縮しているものの、週または月の所定労働時間が短縮されていない場合
- c 制度利用期間の時間当たりの基本給等（職務手当及び資格手当等の諸手当、賞与を含む。）の水準及び基準が、制度利用前より下回る場合

（※）制度利用前の勤務実績との比較

①所定外労働の制限制度、③深夜業の制限制度については、制度利用開始日前3か月間の勤務実績【A】（所定外労働時間、深夜に就労した日数）を制度利用期間中の勤務実績【B】が下回ることを要件です。

（例：所定外労働の制限制度を連続3か月利用した場合）

○制度利用前の3か月間の所定外労働時間【A】：67時間

○制度利用期間中3か月間の所定外労働時間【B】：25時間

制度利用前の実績【A】 > 制度利用期間の実績【B】 支給要件を満たします。

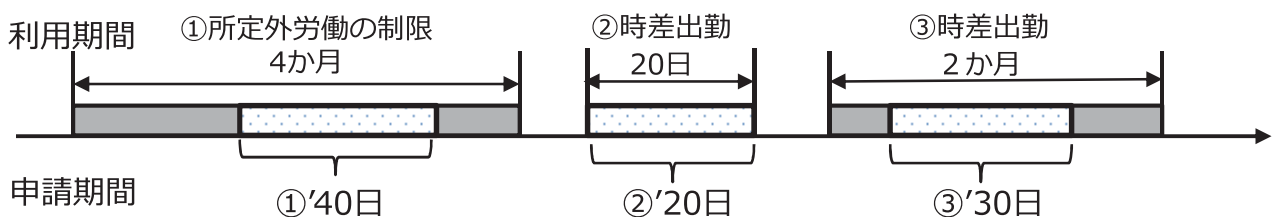
○複数制度を合算して申請する場合

複数制度の利用期間を合算して申請する場合、1つの制度利用期間が90日未満になることから、勤務実績を制度利用前3か月前の勤務実績と単純比較できないため、次の方法により制度利用開始前3か月間の勤務実績を制度利用期間分に換算して比較します。

$$\text{利用前実績【A】} = \text{制度利用開始日前3か月間の勤務実績} \times \frac{\text{制度利用期間}}{90\text{日}}$$

（小数点未満切り上げ）

（例）所定外労働の制限制度を利用した40日間を合算する場合



○①の制度利用前3か月の所定外労働時間：67時間

制度利用期間分に換算した時間【A】 **30時間**

$$67\text{時間} \times \frac{40\text{日}}{90\text{日}} = \mathbf{30\text{時間}}$$
（小数点未満切り上げ）

○制度利用期間（40日）の所定外労働時間【B】 **25時間**

利用前実績【A】 > 利用期間実績【B】 要件を満たすため合算できます。

(4)介護支援プランとは

事業主が作成する、雇用する労働者が介護制度を円滑に利用するための措置を定めたプランをいいます。介護制度に係る介護支援プランには少なくとも次の措置を盛り込んでください。

- ・介護制度利用者の介護制度利用期間中の業務体制の検討に関する措置

※介護支援プランの作成の際には、「介護支援プラン策定マニュアル」を御活用ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/model.html

※無料で介護支援プラン策定のノウハウを持つ「介護プランナー」の支援も受けられます。希望される場合はお問い合わせください。

<http://ikuji-kaigo.com/kaigo.html>

(5)面談の実施とは

B 介護休業(4)(P16)を参照してください。

「介護休業」を「介護制度」に読み替えてください。

(6)フォロー面談とは

介護制度を連続3か月利用後または合計90日利用後、介護制度利用に係る課題、今後の仕事と介護の両立のために労働者が希望する働き方、事業主が配慮すべき事項等を確認するために面談を実施し、記録してください。

2 受給できる額

生産性要件を満たした場合は< >の額を支給

B 介護休業

1 企業当たり2人(※)まで

1人につき38万円<48万円>

(中小企業は57万円<72万円>)

C 介護制度

1 企業当たり2人(※)まで

1人につき19万円<24万円>

(中小企業は28.5万円<36万円>)

(※) 有期契約労働者、期間の定めのない労働者1人ずつ

3 受給の手続き

✓ 申請期限

B 介護休業

介護休業から復帰した日から1か月经過する日の翌日から2か月以内

C 介護制度

申請に係る連続3か月または合計90日の介護制度利用期間の最終日から1か月经過する日の翌日から2か月以内

✓ 申請先

申請事業主の本社等（人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所）の所在地を管轄する都道府県労働局雇用環境・均等部（室）

※郵送の場合は簡易書留で送付してください。

✓ 必要書類

次の全ての書類

提出書類（B 介護休業）

B 介護休業

②～⑬の書類は、過去に両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）の支給申請において当該書類を提出し、その後変更のない場合は、「提出を省略する書類についての確認書」（【介】様式第1号⑤）に記載・提出のうえ、省略することができます。

- ① 両立支援等助成金（介護離職防止支援コース（介護休業）支給申請書）（【介】様式第1号①②）
- ② 実態把握に使用したアンケート調査票（（介）参考様式1）（回答済みのものの写し1人分）及び「両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）アンケート調査結果報告書」（【介】様式第2号）（取りまとめ日の記載が必要）
- ③ 制度設計・見直し前に人事労務担当者等が確認した「仕事と介護の両立支援制度を周知しようチェックリスト」（（介）参考様式2）
- ④ 社内研修に使用した資料（（介）参考様式3）、「両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）研修実施結果書」（【介】様式第3号）及び受講者名簿（任意様式）
- ⑤ 社内研修のフォローアップ調査票（（介）参考様式6）（回答済みのものの写し1人分）（研修の説明を受講者との対面で行っていない場合のみ）
- ⑥ 「仕事と介護の両立支援制度の周知」、「仕事と介護の両立に関する相談窓口の周知」に使用した資料（（介）参考様式4）及び周知を行った日付が分かる書類
- ⑦ 相談窓口担当者が確認した「相談窓口担当者用チェックリスト」（（介）参考様式5）

提出書類（B 介護休業）（続き）

- ⑧ 労働協約または就業規則、関連する労使協定の写し
育児・介護休業法に規定する介護休業関係制度を規定していること並びに当該制度の施行日が確認できる部分（上記以外で育児・介護休業法に規定する介護休業関係制度以外の独自の仕事と介護の両立のための制度を規定している場合は当該部分も含む。）
具体的には、本社等及び介護休業取得者の勤務する事業所の労働協約または就業規則の該当部分の写し。
- （※）就業規則の作成及び労働基準監督署への届出義務のない常時10人未満の労働者を雇用する事業主の場合で、就業規則の作成・届出をしていない場合は、制度の措置が明文により定められており、労働者に周知されていることを確認できる書類（例：労働者代表の署名があるもの）を提出してください。
- ⑨ 申請事業主において、介護支援プランにより、介護休業の取得及び職場復帰並びに介護休業関係制度の利用を支援する措置を実施することを規定していることが確認できる書類の写し（例：実施要領、通達、マニュアル、介護休業規程等）
- ⑩ ⑨の規定が労働者へ周知されたことが分かる書類の写し（例：社内報、イントラネットの掲示板等の画面を印刷した書類等）
- ⑪ 対象労働者に係る介護支援プランの写し「仕事と介護の両立支援 面談シート兼介護支援プラン」（【介】様式第4号）
- ⑫ 対象労働者の介護休業に係る対象家族が要介護状態であることが確認できる書類（例：対象家族に係る介護保険の被保険者証（要介護認定結果の記載のある部分）、医師等が交付する証明書類）
- ⑬ 対象労働者の介護支援プランの策定日における雇用期間の定めが確認できる書類（対象労働者の労働条件通知書または雇用契約書等）
- ⑭ 対象労働者の介護休業申出書（介護休業の期間が変更されている場合は介護休業期間変更申出書）
- ⑮ 対象労働者の介護休業期間前後の就労実績が確認できる書類（例：介護休業取得者の出勤簿またはタイムカード及び賃金台帳）（介護休業前1か月分、介護休業期間1か月分（または30日分）及び介護休業からの復職後1か月分。）
- ⑯ 対象労働者の介護休業からの復職後1か月分の所定労働日が確認できる書類（就業規則、雇用契約書または労働条件通知書及び会社カレンダー、シフト表等）
- ⑰ 支給要件確認申立書（共通要領様式第1号）
- （以下は生産性要件の適用を希望する申請のみ必要）
- ⑱ 生産性要件算定シート（共通要領様式第2号）
- ⑲ 与信取引等に関する情報提供に係る承諾書（共通要領様式第3号）
（事業性評価の適用を希望する申請の場合のみ）
- ⑳ 算定の根拠となる証拠書類
例：損益計算書、総勘定元帳など

提出書類（C 介護制度）

C 介護制度

- ① 両立支援等助成金（介護離職防止支援コース（介護制度）支給申請書）（【介】様式第1号③④）
- ② 「B 介護休業」の①～⑬の書類
※ただし、過去に両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）の申請において当該書類を提出し、その後変更のない場合は「提出を省略する書類についての確認書」（【介】様式第1号⑤）に記載・提出のうえ、省略することができます。
- ③ 対象労働者の介護制度利用申出書（介護制度利用期間が変更されている場合は介護制度利用期間変更申出書）
- ④ 対象労働者の就労実績及び制度利用期間において制度に定められたとおりに就労したことが確認できる出勤・退勤時刻が記録された書類（例：出退勤記録簿又はタイムカード）（制度利用前3か月分、制度利用期間3か月分（または90日分）及び制度利用開始日から3か月を経過する日（または制度利用合計90日の最終日）の翌日から1か月分。）
- ⑤ 対象労働者の制度利用期間3か月分（または90日分）の所定労働日及び所定労働時間が確認できる書類（雇用契約書または労働条件通知書及び会社カレンダー、シフト表（深夜業の制限制度を申請する場合）等）
- ⑥ 支給対象労働者が短時間勤務制度を利用した場合は、制度利用期間中の時間当たりの基本給等の水準及び基準が制度利用前を下回っていないことが確認できる書類（短時間勤務制度利用前後の賃金台帳（制度利用前3か月分及び制度利用期間3か月分（または90日分）のもの）、賃金取扱を定めた規定）
短縮した時間分の賃金を減額している場合は、減額計算について説明した資料（任意様式）
- ⑦ 支給要件確認申立書（共通要領様式第1号）

（以下は生産性要件の適用を希望する申請のみ必要）
- ⑧ 生産性要件算定シート（共通要領様式第2号）
- ⑨ 与信取引等に関する情報提供に係る承諾書（共通要領様式第3号）
（事業性評価の適用を希望する申請の場合のみ）
- ⑩ 算定の根拠となる証拠書類
例：損益計算書、総勘定元帳など

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護休業))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)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 29 年 10 月 16 日

東京 労働局長 殿

申請事業主 所在地 〒 100-0000
又は代理人 千代田区霞が関1-0-0
名称 株式会社両立商事
氏名 霞 太郎



申請事業主 所在地 〒 200-0000
又は 豊島区0-0-0
社会保険労務士 (提出代行者・事務代理者) 名称 ニコニコ社会保険労務士事務所
氏名 社会保険労務士 申請 進



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(介護離職防止支援コース)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。

①雇用保険適用事業所番号	1234-567890-1	②労働保険番号	12-1-12-123456-12	
③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数	35 人	④主たる事業	卸売・小売業	
⑤資本の額若しくは 出資の総額	3000 万円	⑥雇用保険適用 事業所総数	4 箇所 (うち他都道府県に 存在する事業所数) 2 箇所	
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 29 年 4 月 28 日	⑧制度設計・見直し日 (制度の施行日)	平成 29 年 5 月 19 日	
⑨研修実施日 (複数回実施の場合は最終回実施 日)	平成 29 年 5 月 30 日	⑩「仕事と介護の両立準備が伴」 による制度、相談窓口の周知日	平成 29 年 5 月 30 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 29 年 5 月 19 日	周知	平成 29 年 5 月 30 日
⑬介護支援プランの作成日	平成 29 年 6 月 14 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			
⑮生産性要件を満たした場合の 支給額の適用の希望の有無	希望する ・ 希望しない			

①労働者氏名(フリガナ)	両立 進太郎 (リョウリツ シンタロウ)			
②雇用保険被保険者番号	1111-111111-1	③雇用保険の被保険 なった年月日	月 1 日	
④雇用期間の有無	有 無			
⑤介護休業期間	平成 29 年 7 月 3 日 ~ 平成 29 年 7 月 21 日 (19 か月) (19 日)	連続1か月以上		
	平成 29 年 8 月 21 日 ~ 平成 29 年 9 月 8 日 (19 日)	合計30日以上		
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日)			
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日)			
※申請内容に該当する方 に○を付けてください				
⑥介護の対象となった家族	氏名 両立 太郎	労働者との続柄	実父	
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 事労務担当者がプラン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 29 年 6 月 9 日	イ 面談 した者の氏名	山○ 川男
ウ 面談者確認欄	上記ア、イについては、記載のとおりです。		面談者本人に連絡がと れる電話番号を記載し てください。(P56参照)	
	所属 総務課	署名 山○ 川男	押印	03-0000-1111
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 29 年 6 月 22 日		
	イ 引き継ぎの確認を行っ た者の氏名	面談者本人の署名または記 名・押印をしてください。		
ウ 引き継ぎの確認を行っ た者の確認欄	上記ア、イについては、記載のとおりです。			
	所属 営業2課	署名 森○ 山男	押印	03-0000-1111

※審査結果 支給 ・ 不支給

⑨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「ア」面談を行った年月日及び「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。 所属 総務課 署名 山○ 川男 押印 ⑩原職等復帰 復帰日 平成 29 年 9 月 11 日 復帰事業所 介護休業前と ア 同じ イ 異なる 職場復帰の状況 労働者の希望 原職等復帰 ・ それ以外 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 営業2課販売促進係 営業2課販売促進係 職務 営業職 営業職 役職 主任 主任 所定労働日数 週5日(月曜日～金曜日 土日祝日休み) 週5日(月曜日～金曜日 土日祝日休み) 所定労働時間 1日8時間(9時～18時 休憩1時間) 1日8時間(9時～18時 休憩1時間) 賃金(基本給、手当、賞与等) 月給 基本給28万円、営業手当5万円、交通費(実費)、扶養手当、賞与(6月・12月 計4.5か月分) 月給 基本給28万円、営業手当5万円、交通費(実費)、扶養手当、賞与(6月・12月 計4.5か月分) その他の労働条件等 営業成績により精励手当を支給する場合あり 賞与は人事考課による査定あり 夏季休暇 7月～9月で5日間 営業成績により精励手当を支給する場合あり 賞与は人事考課による査定あり 夏季休暇 7月～9月で5日間 介護休業前と職場復帰後で労働条件等が異なっている場合はその理由 介護休業前後の部署・職務・労働条件について、休業前後の異同が分かるように記載してください。 ⑪本人確認欄 上記①から⑩については、記載のとおりです。 所属 営業2課 署名 両立 追太郎 押印 本人の署名または記名・押印をしてください。	ア 面談を行った年月日	平成 29 年 9 月 12 日
	イ 面談を行った者の氏名	山○ 川男
	連絡先電話番号	03-0000-1111
	労働者の希望	原職等復帰 ・ それ以外
	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	営業2課販売促進係
	職務	営業職
	役職	主任
	所定労働日数	週5日(月曜日～金曜日 土日祝日休み)
所定労働時間	1日8時間(9時～18時 休憩1時間)	
賃金(基本給、手当、賞与等)	月給 基本給28万円、営業手当5万円、交通費(実費)、扶養手当、賞与(6月・12月 計4.5か月分)	
その他の労働条件等	営業成績により精励手当を支給する場合あり 賞与は人事考課による査定あり 夏季休暇 7月～9月で5日間	
介護休業前と職場復帰後で労働条件等が異なっている場合はその理由	介護休業前後の部署・職務・労働条件について、休業前後の異同が分かるように記載してください。	
⑪本人確認欄	上記①から⑩については、記載のとおりです。	本人の署名または記名・押印をしてください。
所属	営業2課	署名 両立 追太郎 押印
連絡先電話番号	03-1111-2222	

3 記載担当者	役職 総務係長	氏名 ○西 ○子	連絡先電話番号 03-1111-3333
社会保険労務士	この申請書の内容についての問い合わせに対応できる方を記載してください。	平成29年10月13日	提出代行 カブシキカイシャリョウテイショウジ 株式会社両立商事
4 振込先	両立 銀行 霞ヶ関 店	フリガナ カブシキカイシャリョウテイショウジ	口座名義 株式会社両立商事
	信用金庫	口座番号	1234567
	口座の種類 (普通・当座)		

※ 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	

様式第1号①の2の記載例【介護休業】

①介護休業を連続2か月取得した場合

2 支給申請に係る労働者	①労働者氏名(フリガナ)		両立 進太郎 (リョウリツ シンタロウ)			
	②雇用保険被保険者番号		1111-111111-1	③雇用保険の被保険者となった年月日	昭和 平成 10年 4月 1日	
	④雇用期間の有無		有 ・ 無			
	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 29年 7月 3日	～平成 29年 9月 2日	(2 か月)	(日)	
		平成 年 月 日	～平成 年 月 日	(日)	(日)	
平成 年 月 日		～平成 年 月 日	(日)	(日)		
平成 年 月 日		～平成 年 月 日	(日)	(日)		

※審査結果
支給
・
不支給

②介護休業を分割取得で45日間取得した場合

2 支給申請に係る労働者	①労働者氏名(フリガナ)		両立 進太郎 (リョウリツ シンタロウ)			
	②雇用保険被保険者番号		1111-111111-1	③雇用保険の被保険者となった年月日	昭和 平成 10年 4月 1日	
	④雇用期間の有無		有 ・ 無			
	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 29年 7月 2日	～平成 29年 7月 21日	(19 か月)	(日)	
		平成 29年 8月 21日	～平成 29年 9月 15日	(26 日)	(日)	
平成 年 月 日		～平成 年 月 日	(日)	(日)		
平成 年 月 日		～平成 年 月 日	(日)	(日)		

※審査結果
支給
・
不支給

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護制度))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)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 30 年 1 月 9 日

申請事業主 所在地 〒 100-0000
又は代理人 千代田区霞が関 1-0-0
名称 株式会社両立商事
氏名 霞 太郎

東京 労働局長 殿



申請事業主の人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所(本社等)の所在地を管轄する労働局を記載してください。

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(介護離職防止支援コース)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 所在地 〒 200-0000
又は 豊島区0-0-0
社会保険労務士(提出代行者・事務代理者) 名称 ニコニコ社会保険労務士事務所
氏名 社会保険労務士 申請 進



1 申請 事業 主	①雇用保険適用事業所番号	1234-567890-1	日本標準産業分類に従った主な産業を記載してください。	12-1-12-123456-12	
	③申請月の初日において常時雇用する労働者の数	35 人	④主たる事業	卸売・小売業	
	⑤資本の額若しくは出資の総額	2000 万円	⑥雇用保険適用事業所総数	4 箇所 (うち他都道府県に存在する事業所数) 2 箇所	
	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 29 年 4 月 28 日	⑧制度設計・見直し日(制度の施行日)	平成 29 年 5 月 19 日	
	⑨研修実施日(複数回実施の場合は最終回実施日)	平成 29 年 5 月 30 日	⑩「仕事と介護の両立準備が伴」による制度、相談窓口の周知日	平成 29 年 5 月 30 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 29 年 5 月 19 日	
			周知	平成 29 年 5 月 30 日	
	⑬介護支援プランの作成日		平成 29 年 6 月 14 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			
⑮生産性要件を満たした場合の支給額の適用の希望の有無		希望する 希望しない			
2 支給 申請 に係 る 労働 者	①労働者氏名(フリガナ)	両立 進太郎 (リョウリツ シンタロウ)			
	②雇用保険被保険者番号	1111-111111-1	③雇用保険の被保険者となった年月日		
	この⑤欄の記載については、P59~P63も参照してください。		有 ・ 無		
	⑤制度利用期間	○ 所定外労働の制限制度	制度利用開始日の前日以前3か月間の月平均所定外労働時間	32 時間	
	連続3か月 合計90日	○ 時差出勤制度	制度利用期間が連続3か月又は合計90日を超える場合は、申請に係る連続3か月又は制度利用期間ごとに任意に抽出した日数を合計90日間記載してください。		
		○ 深夜業の制限制度	(繰り上げ・繰り下げ)		
		○ 短時間勤務制度	利用内容	所定労働時間を 1 時間 0 分 短縮	
	※申請内容に該当する方に○を付けてください				
	連続3か月の場合は1行目に、合計90日で申請する場合は、制度利用期間ごとに別の行に記載してください。		平成 29 年 7 月 3 日	~平成 29 年 9 月 1 日	(61 か月) (日)
			平成 29 年 10 月 2 日	~平成 29 年 11 月 30 日	(29 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	両立 花子		労働者との続柄	実母

※審査結果 支給 ・ 不支給

<【介】様式第1号③>

職場において、連絡がとれる電話番号を記載してください。

⑦支給に係る労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った者	面談者本人の署名または記名・押印をしてください。	労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談	ア 面談を行った年月日 平成 29 年 6 月 28 日
	ウ 面談者確認欄	上記ア、イについては、記載のとおりです。 所属 総務課 署名 山○川男 山○ 押印	イ 面談を行った者の氏名 山○川男 連絡先電話番号 03-0000-1111
⑧支給に係る労働者の介護制度利用3か月(又は合計90日)経過後に、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 29 年 12 月 8 日	
	ウ 面談者確認欄	上記ア、イについては、記載のとおりです。 所属 総務課 署名 山○川男 山○ 押印	イ 面談を行った者の氏名 山○川男 連絡先電話番号 03-0000-1111
⑨本人確認欄	上記①から⑧については、記載のとおりです。 所属 営業2課 署名 両立 追太郎 押印		連絡先電話番号 03-1111-2222
3 記載担当者	役職 総務係長	氏名 ○西 ○子	連絡先電話番号 03-1111-3333
社会保険労務士	作成年月日 平成30年1月5日		連絡先電話番号 03-4444-5555
提出代行			
4 振込先	両立	銀行 信用金庫 口座の種類 (普通) ・当座)	フリガナ カブシキカイシャリョウリツショウジ 口座名義 株式会社両立商事 口座番号 (1234567)

この申請書の内容についての問い合わせに対応できる方を記載してください。

※ 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	決 定 番 号	
	決 定 金 額 合 計		円	備 考
	局 長	部(室)長	担 当	

様式第1号③の2⑤欄「制度利用期間」の記載例【所定外労働の制限制度】

①所定外労働の制限制度を連続3か月以上利用した場合

制度利用期間：6か月

申請対象期間：3か月

平成29年11月1日～平成30年4月30日（6か月）

平成29年12月5日～平成30年3月4日

※制度利用開始日（H29.11.1）の前日から3か月間、所定外労働の制限制度を利用していないことが要件です。

※制度利用期間が連続3か月以上の場合は、任意の連続3か月を申請してください。

※申請に係る3か月については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	⑤制度利用期間	○ 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	32	時間											
	連続3か月 合計90日	時差出勤制度	制度	制度利用開始日（H29.11.1）の前日から3か月間の平均を記載してください。 20時間以上ある場合対象となります。												
		深夜業の制限制度	制度													
		短時間勤務制度	制度利用内容				所定労働時間を	時間	分	短縮						
	※申請内容に該当する方に○を付けてください	平成	29	年	12	月	5	日	～平成	30	年	3	月	4	日	(3 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)

②所定外労働の制限制度を複数回利用し、合計90日以上利用した場合

制度利用期間：合計106日

申請対象期間：90日

a 平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）

平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）

b 平成30年1月1日～平成30年2月17日（48日）

平成30年1月1日～平成30年2月10日（41日）

c 平成30年3月1日～平成30年3月28日（28日）

平成30年3月1日～平成30年3月19日（19日）

（bの期間）制度利用期間が合計90日以上で、かつ1回の制度利用期間が1か月を超える場合は、1か月以上の任意の期間を申請できます。

（cの期間）制度利用期間が90日に達した場合、当該制度を継続して利用している場合でも申請できます。ただし、1回の制度利用期間が1か月未満の場合は、当該制度利用開始日から申請することとし、任意の期間を抽出して申請はできません。（cの期間において、3/10～3/28の期間を申請することはできません。）

※申請に係る90日については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	⑤制度利用期間	○ 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	32	時間											
	連続3か月 合計90日	時差出勤制度	制度	制度利用開始日（H29.11.1）の前日から3か月間の平均を記載してください。 20時間以上ある場合対象となります。												
		深夜業の制限制度	制度													
		短時間勤務制度	制度利用内容				所定労働時間を	時間	分	短縮						
	※申請内容に該当する方に○を付けてください	平成	29	年	11	月	1	日	～平成	29	年	11	月	30	日	(30 か月) (日)
		平成	30	年	1	月	1	日	～平成	30	年	2	月	10	日	(41 日)
		平成	30	年	3	月	1	日	～平成	30	年	3	月	19	日	(19 日)

【介】様式第1号③の2⑤欄「制度利用期間」の記載例【時差出勤制度】

①時差出勤制度を連続3か月以上利用した場合

制度利用期間：6か月

平成29年11月1日～平成30年4月30日（6か月）

申請対象期間：3か月

平成29年12月5日～平成30年3月4日

※制度利用開始日（H29.11.1）の前日から3か月間、時差出勤制限制度を利用していないことが要件です。

※制度利用期間が連続3か月以上の場合は、任意の連続3か月を申請してください。

※申請に係る3か月については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	⑤制度利用期間 連続3か月 合計90日 ※申請内容に該当する方に○を付けてください	所定外労働の制限制度	制度利用開始日 月平均所定外労働時間	制度利用内容を記載してください。始業又は終業時刻を1時間以上繰り上げ又は繰り下げることが要件です。	時間
		○ 時差出勤制度	制度利用内容	始業・就業時刻を 1.5 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か月間において深夜勤務をした日		日
		短時間勤務制度	制度利用内容	所定労働時間を	時間 分 短縮
		平成 29 年 12 月 5 日	～平成 30 年 3 月 4 日		(3 か月) (3 日)
		平成 年 月 日	～平成 年 月 日		(日)
		平成 年 月 日	～平成 年 月 日		(日)

②時差出勤制度を複数回利用し、合計90日以上利用した場合

制度利用期間：合計106日

申請期間：90日

a 平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）

平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）

b 平成30年1月1日～平成30年2月17日（48日）

平成30年1月1日～平成30年2月10日（41日）

c 平成30年3月1日～平成30年3月28日（28日）

平成30年3月1日～平成30年3月19日（19日）

（bの期間）制度利用期間が合計90日以上で、かつ1回の制度利用期間が1か月を超える場合は、1か月以上の任意の期間を申請できます。

（cの期間）制度利用期間が90日に達した場合、当該制度を継続して利用している場合でも申請できます。ただし、1回の制度利用期間が1か月未満の場合は、当該制度利用開始日から申請することとし、任意の期間を抽出して申請はできません。（cの期間において、3/10～3/28の期間を申請することはできません。）

※申請に係る90日については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	⑤制度利用期間 連続3か月 合計90日 ※申請内容に該当する方に○を付けてください	所定外労働の制限制度	制度利用開始日 月平均所定外労働時間	制度利用内容を記載してください。始業又は終業時刻を1時間以上繰り上げ又は繰り下げることが要件です。	時間
		○ 時差出勤制度	制度利用内容	始業・終業時刻を 1.5 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か月間において深夜勤務をした日		日
		短時間勤務制度	制度利用内容	所定労働時間を	時間 分 短縮
		平成 29 年 11 月 1 日	～平成 29 年 11 月 30 日		(30 か月) (30 日)
		平成 30 年 1 月 1 日	～平成 30 年 2 月 10 日		(41 日)
		平成 30 年 3 月 1 日	～平成 30 年 3 月 19 日		(19 日)

【介】様式第1号③の2⑤欄「制度利用期間」の記載例【深夜業の制限制度】

①深夜業の制限制度を連続3か月以上利用した場合

制度利用期間：6か月

平成29年11月1日～平成30年4月30日（6か月）

申請対象期間：3か月

平成29年12月5日～平成30年3月4日

※制度利用開始日（H29.11.1）の前日から3か月間、深夜業の制限制度を利用していないことが要件です。

※制度利用期間が連続3か月以上の場合は、任意の連続3か月を申請してください。

※申請に係る3か月については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	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か月間の深夜業に従事した実績を記載してください。 12日以上ある場合対象となります。	時間
		時差出勤制度	制度	・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か月間において深夜勤務をした日	25	日
	短時間勤務制度	制度利用内容	所定労働時間を	時間 分 短縮
	※申請内容に該当する方に○を付けてください	平成 29 年 12 月 5 日	～平成 30 年 3 月 4 日	(3 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)

②深夜業の制限制度を複数回利用し、合計90日以上利用した場合

制度利用期間：合計106日

申請期間：90日

a 平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）

平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）

b 平成30年1月1日～平成30年2月17日（48日）

平成30年1月1日～平成30年2月10日（41日）

c 平成30年3月1日～平成30年3月28日（28日）

平成30年3月1日～平成30年3月19日（19日）

（bの期間）制度利用期間が合計90日以上で、かつ1回の制度利用期間が1か月を超える場合は、1か月以上の任意の期間を申請できます。

（cの期間）制度利用期間が90日に達した場合、当該制度を継続して利用している場合でも申請できます。ただし、1回の制度利用期間が1か月未満の場合は、当該制度利用開始日から申請することとし、任意の期間を抽出して申請はできません。（cの期間において、3/10～3/28の期間を申請することはできません。）

※申請に係る90日については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	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か月間の深夜業に従事した実績を記載してください。 12日以上ある場合対象となります。	時間
		時差出勤制度	制度利用内容 始業・就	
	○深夜業の制限制度	制度利用開始日の前日から3か月間において深夜勤務をした日	25	日
	短時間勤務制度	制度利用内容	所定労働時間を	時間 分 短縮
	※申請内容に該当する方に○を付けてください	平成 29 年 11 月 1 日	～平成 29 年 11 月 30 日	(30 か月) (日)
		平成 30 年 1 月 1 日	～平成 30 年 2 月 10 日	(41 日)
		平成 30 年 3 月 1 日	～平成 30 年 3 月 19 日	(19 日)

【介】様式第1号③の2⑤欄「制度利用期間」の記載例【短時間勤務制度】

①短時間勤務制度を連続3か月以上利用した場合

制度利用期間：6か月

平成29年11月1日～平成30年4月30日（6か月）

申請対象期間：3か月

平成29年12月5日～平成30年3月4日

※制度利用開始日（H29.11.1）の前日から3か月間、短時間勤務制度を利用していないことが要件です。

※制度利用期間が連続3か月以上の場合は、任意の連続3か月を申請してください。

※申請に係る3か月については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	⑤制度利用期間	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
	連続3か月 合計90日	時差出勤制度	制度利用内容	制度利用前の所定労働時間が7時間以上であり、短時間勤務制度の利用により1時間以上短縮していることが必要です。
		深夜業の制限制度	制度利用開始において深夜勤務をした日	日
	○	短時間勤務制度	制度利用内容	所定労働時間を 1 時間 30 分 短縮
	※申請内容に該当する方に○を付けてください	平成 29 年 12 月 5 日	～平成 30 年 3 月 4 日	(3 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)	

②短時間勤務制度を複数回利用し、合計90日以上利用した場合

制度利用期間：合計106日

申請期間：90日

a 平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）

平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）

b 平成30年1月1日～平成30年2月17日（48日）

平成30年1月1日～平成30年2月10日（41日）

c 平成30年3月1日～平成30年3月28日（28日）

平成30年3月1日～平成30年3月19日（19日）

（bの期間）制度利用期間が合計90日以上で、かつ1回の制度利用期間が1か月を超える場合は、1か月以上の任意の期間を申請できます。

（cの期間）制度利用期間が90日に達した場合、当該制度を継続して利用している場合でも申請できます。ただし、1回の制度利用期間が1か月未満の場合は、当該制度利用開始日から申請することとし、任意の期間を抽出して申請はできません。（cの期間において、3/10～3/28の期間を申請することはできません。）

※申請に係る90日については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	⑤制度利用期間	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
	連続3か月 合計90日	時差出勤制度	制度利用内容	制度利用前の所定労働時間が7時間以上であり、短時間勤務制度の利用により1時間以上短縮していることが必要です。
		深夜業の制限制度	制度利用開始において深夜勤務をした日	日
	○	短時間勤務制度	制度利用内容	所定労働時間を 1 時間 30 分 短縮
	※申請内容に該当する方に○を付けてください	平成 29 年 11 月 1 日	～平成 29 年 11 月 30 日	(30 か月) (日)
		平成 30 年 1 月 1 日	～平成 30 年 2 月 10 日	(41 日)
	平成 30 年 3 月 1 日	～平成 30 年 3 月 19 日	(19 日)	

【介】様式第1号③の2⑤欄「制度利用期間」の記載例【2種類以上の制度利用期間を合算する場合】

●所定外労働の制限制度と時差出勤制度を合算して90日以上利用した場合

制度利用期間：合計106日

申請対象期間：90日

- a 平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日：時差出勤） 平成29年11月1日～平成29年11月30日（30日）
- b 平成30年1月1日～平成30年2月17日（48日：所定外制限） 平成30年1月1日～平成30年2月10日（41日）
- c 平成30年3月1日～平成30年3月28日（28日：所定外制限） 平成30年3月1日～平成30年3月19日（19日）

（bの期間）制度利用期間が合計90日以上で、かつ1回の制度利用期間が1か月を超える場合は、1か月以上の任意の期間を申請できます。

（cの期間）制度利用期間が90日に達した場合、当該制度を継続して利用している場合でも申請できます。ただし、1回の制度利用期間が1か月未満の場合は、当該制度利用開始日から申請することとし、任意の期間を抽出して申請はできません。（cの期間において、3/10～3/28の期間を申請することはできません。）

※申請に係る90日については、制度ごとの勤務をするなどの要件を満たすことが必要です（P20～P21参照）。

2 支給申請に係る労働者	⑤制度利用期間	申請に係る最初の制度（時差出勤制度）利用開始日（H29.11.1）の前日から3か月間の平均を記載してください。		制度利用内容を記載してください。始業又は終業時刻を1時間以上繰り上げ又は繰り下げることが要件です。	
	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	32 時間
		○	時差出勤制度	制度利用内容	始業・就業時刻を 1.5 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か月間において深夜勤務をした日	日
			短時間勤務制度	制度利用内容	所定労働時間を 時間 分 短縮
	※申請内容に該当する方に○を付けてください		平成 29 年 11 月 1 日	～平成 29 年 11 月 30 日	(30 か月) (30 日)
			平成 30 年 1 月 1 日	～平成 30 年 2 月 10 日	(41 日)
		平成 30 年 3 月 1 日	～平成 30 年 3 月 19 日	(19 日)	

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース) アンケート調査結果報告書

作成年月日：平成 29 年 4 月 28 日

申請事業主	
事業主名	株式会社両立商事

アンケート調査結果																			
アンケート調査実施日 ※1	平成 29 年 4 月 10 日							アンケート調査実施日における 雇用保険被保険者数							35 人				
調査票配布数 ※2	35							調査票回収数	30							回収率	0.86		
回答番号 問番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
Q1	5	25																	
Q2	2	3																	
Q3	1	1	0	0	0	0	0	0											
Q4	5	15	5																
Q5	4	8	5	5															
Q6	5	10	7	4	4														
Q7	5	10	4	10	20	25	14	2	3	20	2	7	15	15	27	18	2		
Q8	15	10	5																
Q9	8	14	8																
Q10	2	5	17	3	3	0													
Q11	12	15	3																
Q12	20	15	17	6	4	3	5												
Q13	2	10	13	5															
Q14	8	20	2	0															
Q15	4	6	11	5	4														
Q16	7	16	5	2															
Q17	7	8	12	2	1														
Q18	20	0	3	10	22	5	0	4											
Q19 a	15	10	4	1															
Q19 b	18	9	2	1															
Q20	17	13																	
年齢 問番号	29歳 以下	30歳代	40歳代	50歳 以上															
Q21	7	11	10	2															
回答番号 問番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17		
Q22	16	8	4	2															

各調査項目の回答状況

各問・番号ごとの回答数を記載してください。

※1 アンケートを複数回実施していることにより、記載しきれない場合は任意様式を添付することで差し支えありません。
 ※2 WEBアンケート方式などの場合は、アンケート調査について呼びかけた人数を記入してください。

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース) 研修実施結果書

申請事業主					
事業主名	株式会社両立商事				
研修実施日における雇用保険被保険者数	36 人				
実施担当部署	部署名 総務部総務課				
	担当者 職・氏名 総務課長 ○谷 ○				
実施年月日・時間	実施年月日	時間	合計時間	説明	質疑応答
	平成 29 年 5 月 22 日 (月)	15 : 00 ~ 16 : 30	1 : 30	1 : 20	10 分
	平成 29 年 5 月 26 日 (金)	10 : 30 ~ 12 : 00	1 : 30	1 : 20	10 分
	平成 29 年 5 月 30 日 (火)	13 : 00 ~ 14 : 30	1 : 30	1 : 20	10 分
	平成 年 月 日 ()	: ~ :	:	:	分
説明者職氏名	総務部総務課長 ○谷 ○太郎 総務部総務課総務係長 ○川 ○子				
研修内容	※議事録、議事概要等の実施記録がある場合は、当該資料を添付することで差し支えありません。 (例) 内容は別添資料、質疑応答記録による 別添研修資料、レジメの通り				
受講者	計 40 名 (うち雇用保険被保険者 33 名) ※受講者名簿を添付してください。 ※対面による説明を行っていない研修はフォローアップ調査の回答数を受講者数とし				

上記のと通りの研修を受けたことを確認します。

平成 29 年 5 月 30 日

受講者代表者署名 ○田 ○調
 (連絡先電話番号 03-0000-0000 (内線000)) (注)

(注) 受講者代表者の連絡先電話番号には、本人あて連絡がとれる電話番号を記入してください。研修を複数回実施した場合は、最終実施日以降に署名してください。
 各欄ともに記載しきれない場合は任意様式を添付してください。

対象従業員	部署： 営業2課	氏名： 両立 進太郎
-------	----------	------------

仕事と介護の両立課題の共有

確認事項		初回面談時	プラン策定面談時
介護が必要な人について	可能な範囲で、続柄、同居・別居の状況、介護を分担できる親族の有無等を確認してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・父親、住まいは車で15分のところ ・脳卒中で倒れ、現在入院中 ・今後、介護が必要となるので、妻と地方に住む実の妹で分担する予定 	※変更・追加がなければ記入不要です ・退院して在宅介護中。
両立するうえでの課題・希望	勤務時間、曜日、休暇の必要性、出張の可否等を確認してください。 ※転勤があり得る場合は、介護の状況を確認したり、本人の意向を確認してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・今月一杯は、入院の付き添いが必要なため、定時で退社したい。 ・退院後、ケアプランを策定し介護の体制が整うまで休みをとりたい。 	・朝のデイサービスへの送迎を担当するため、始業時刻を9:30としたい（夕方の送迎は、妹と妻で担当）
利用したい制度・働き方の希望	また、取得・利用の希望時間・時期等を確認してください。	自社で利用できる措置・制度	希望期間・時期
		介護休業	XX年 XX月 XX日 ~ XX年 XX月 XX日
		所定外労働の免除	XX年 XX月 XX日 ~ XX年 XX月 XX日
		その他 始業の繰り下げ（時差出勤）	XX年 XX月 XX日 ~ XX年 XX月 XX日
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> 介護休業の取得予定、利用する介護制度についての種別、利用期間についての予定の記載が必要です。 </div>			
業務面で周囲に配慮してほしいこと（業務の引き継ぎなど）	業務面で配慮してほしいことがあるか確認してください。業務の引き継ぎが必要であれば、本人と「誰に」「いつ」「どうやって」引き継ぎを行うか相談してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・現在仕掛かり中のXXは、これまでの経緯を知っているXXさんに引き継ぎをお願いしたい。 ・それ以外の業務は、当面保留しておいてかまわない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・朝礼の内容を出勤後に共有して欲しい。 ・始業時刻までのフォローについては、スタッフのXXさんに引き継ぎをお願いしたい。
業務以外で周囲に配慮してほしいこと	職場への周知など、何か気になることがあるか確認してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・職場の同僚には、介護を事由に休業すること、XX頃には復帰する旨を伝えてほしい。 	<ul style="list-style-type: none"> ・始業時刻の繰り下げについて、職場の同僚と関係部署に周知をお願いしたい。
面談日		XX年 XX月 XX日	XX年 XX月 XX日
		人事・総務担当者サイン <input type="radio"/> 上司サイン <input type="radio"/> 本人サイン <input type="radio"/>	人事・総務担当者サイン <input type="radio"/> 上司サイン <input type="radio"/> 本人サイン <input type="radio"/>

介護休業又は介護制度の利用開始日の前日までに、面談を1回以上行い、面談結果を踏まえて「介護支援プラン」を策定する必要があります。

シート 兼 介護支援プラン

対象従業員の両立支援に向けたプラン			
プラン策定日	取組期間	取組内容	取組状況確認日
【当面のプラン】			
XX年 XX月XX日	XX年 XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> ・管理職から職場のメンバーに対して、対象従業員が今月は定時退社すること、その後に介護休業を取得する旨を周知する。 ・対象従業員が安心して休業を取得できるよう、「お互いさま意識」を醸成し、職場メンバーの協力体制を整える。 	XX年 XX月XX日
	XX年 XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> ・対象従業員の業務棚卸しを行い、不要不急の業務を廃止・縮小し、定時で退社できる環境を整備する。① ・休業中のカバー体制を検討し、引き継ぎ者への引き継ぎを行う。② 	XX年 XX月XX日
<p>助成金の対象となるためには、このような記載が必要です。</p> <p>① 所定外労働の制限制度の利用 → 制度利用期間中の業務体制の検討に関する事項(検討内容、検討結果等)</p> <p>② 介護休業の取得 → 休業取得者の業務の整理、引き継ぎに関する事項</p>			
【介護支援プラン】			
XX年 XX月XX日	XX年 XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> ・対象従業員が事情により毎日始業時刻を繰り下げることが職場に周知する。 	XX年 XX月XX日
	③ XX月XX日 ～XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> ・対象従業員が不在となる時間帯の対応をフォローする担当者を決める。 ・不在時間帯のフォロー担当者による対応方針を決め、業務引継書を作成する。 ・対象従業員のスケジュールや業務の状況をフォロー担当者と共有する方法を検討する。 	XX年 XX月XX日
	XX月XX日 ～XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> ・フォロー担当者に、不在時間帯の対応方法を説明し、必要な引き継ぎを行う。 ・対象従業員のスケジュールや業務の状況をフォロー担当者と共有し、フォローができる体制を整える。 	XX年 XX月XX日
<p>助成金の対象となるためには、このような記載が必要です。</p> <p>③ 始業時刻の繰り下げ(時差出勤)制度の利用 → 制度利用期間中の業務体制の検討に関する事項(検討内容、検討結果等)</p>			

利用した制度・働き方の実績	<p>【当面のプラン】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・XX月は所定外労働を免除した。 ・XX月XX日からXX月XX日まで、介護休業を取得した。 ・XX月XX日からXX月XX日まで、始業時刻を9:30に引き下げの時差出勤制度を利用した。
---------------	--

介護休業の取得実績、利用する介護制度についての種別、利用期間についての実績の記載が必要です。

フォロー面談	<ul style="list-style-type: none"> ・父の症状が安定しているため、当面はデイサービスの利用を継続していきたい。引き続き、始業時刻を9:30からとする時差出勤制度を利用したい。 また、宿泊が必要な出張は避けたい。 <p>介護休業終了後1か月以内、又は、介護制度を3か月(又は90日)の利用後1か月以内にフォロー面談を実施し、記録してください。</p>
面談日	<p>XX年 XX月 XX日</p> <p>人事・総務担当者サイン <input type="radio"/> 上司サイン <input type="radio"/> 本人サイン <input type="radio"/></p>