

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))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

2024 年 7 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 代表取締役 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。
所在地 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3
名称 ◇川社会保険労務士事務所
氏名 社会保険労務士 ◇川 ◇郎

連絡先 03-0000-0000 日本標準産業分類に基づき記入してください。

Table with 2 main sections. Section 1: Application details (Employment insurance number, labor insurance number, number of employees, capital, etc.). Section 2: Branches (Table with columns for branch name, location, and insurance numbers). Includes callouts for branch numbering and contact info.

※労働局処理欄には記入しないでください。

Table for decision and processing. Columns include: Agency/Department Head, Role, Receipt Date, Receipt Number, Case Date, Decision Date, Decision Number, Payment Amount, and Notification Date. Includes a '備考' (Remarks) row.

中小企業事業主のみ対象

記載例

介護離職防止支援コース(介護両立支援制度)詳細

申請事業主: 株式会社 両立商事

I. 事業主

① 介護休業関係制度(※1)及び介護両立支援制度の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)	2013年5月1日	1 労働協約	② 就業規則
② 最初に規定した年月日を記入してください。			
※なお、申請書類に添付する育児・介護休業規程は、介護両立支援制度の利用開始時点のものとしてください。なお、そこから申請日までの間に改正をしている場合には、最新の規定も添付してください。	2024年5月15日	① 実施要領 4 介護休業規程() 7 その他()	2 通達 3 マニュアル 5 社内報 6 イン트라ネット

※1「介護休業関係制度」は、介護休業及び所定労働時間の短縮等の措置をいいます。

II. 対象労働者

※複数人となる場合は、本欄を人数分追加してください。

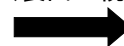
③ 労働者の属性			
氏名	○山 ○太郎	被保険者番号	1111-111111-1
雇用契約期間	2017年4月1日～	雇用保険被保険者となった年月日	2017年4月1日
対象となる要介護家族	氏名 ○山 ○子 労働者との続柄 実母	要介護状態の確認書類(該当する番号を○で囲む)	① 介護保険の被保険者証(※) 2 医師等が交付する証明書類 3 その他()
介護両立支援制度利用の直前又は職場復帰時において在宅勤務している		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
④ 介護両立支援制度利用者との面談、介護支援プランの作成			
介護支援プランには、対象介護両立支援制度利用者の円滑な利用のための措置として、少なくとも制度利用期間中の業務体制の検討に関する取組が定められているか。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
面談日	2024年6月12日	左記については、記載のとおりです。(連絡先電話番号)	03 - 0000 - 1111
プラン作成日	2024年6月20日	(所属)	総務部 人事課 (氏名) △田 △吉
⑤ 介護両立支援制度の利用実績			
利用した制度に○を付ける(いずれか1つ)	制度の利用状況		制度の利用状況
所定外労働の制限制度	年 月 日 ~ 年 月 日	所定外労働がありうる労働者である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
○ 時差出勤制度	2024年6月26日 ~ 2024年8月30日	制度利用開始日の前日以前3か月間の合計所定外労働時間	時間
深夜業制限制度	年 月 日 ~ 年 月 日	深夜業がありうる労働者である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
短時間勤務制度	年 月 日 ~ 年 月 日	制度利用開始日の前日以前3か月間の深夜勤務実績	日
介護のためのテレワーク制度	年 月 日 ~ 年 月 日	所定労働時間	時間を 時間を 分短縮
法を上回る介護休暇制度	最初に利用させた日	左記期間中の所定労働日にテレワーク制度を利用した日数(介護のために当該制度を利用したことが確認できない日を除く)	
介護のためのフレックスタイム制度	年 月 日 ~ 年 月 日	有給休暇であって、時間単位で取得できる制度となっている(※育児・介護休業法の改正に伴い、令和3年1月1日より介護休暇を時間単位で取得できるようにする必要があります)	
介護サービス費用補助制度	最初に利用させた日	対象家族1人につき1年度5労働日以上取得できる制度である	
制度利用期間、利用状況についての補足説明等はこちらにご記載ください。		左記期間中の所定労働日にフレックスタイム制度を利用した日数(介護のために当該制度を利用したことが確認できない日を除く)	
制度利用申請に関する書類の添付	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	制度利用期間及びその前後の就労実績の確認書類	① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 ③ その他()
合計20日以上介護両立支援制度利用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か。		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑥ 本人確認欄			
上記については、記載のとおりです。(氏名) ○山 ○太郎		連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222	

注 ※2 合計20日間以上制度利用させた期間。ただし、法を上回る介護休暇制度、介護サービス費用補助制度は制度利用開始日から6か月間となります。

※3 1及び2(短縮時間分を控除している場合は、1~3の全て)が必要です。

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

(裏面に続く)



<p>⑦ 介護両立支援制度について、労働協約又は就業規則に基づき運用しており、その対象となる労働者本人の申出に基づき運用しているか。 ※「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、支給した助成金を返還していただきます。</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------

<支給申請額>

企業規模	<input checked="" type="checkbox"/>	中小企業である
------	-------------------------------------	---------

個別周知・環境整備加算の申請	<p><input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は【介】様式第6号と必要書類も添付すること。 <input checked="" type="checkbox"/> 無</p>
----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

対象労働者		支給単価		うち個別周知・環境整備加算の対象労働者		支給単価		支給申請額
1	人 ×	中小企業300,000円	+	0	人 ×	中小企業150,000円	=	300,000 円

※1事業主当たり、1年度に支給要件を満たした労働者5人までが対象。