

### 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(介護休業))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。

年 月 日

労働局長 殿

申請事業主 所在地

名称

氏名

代理人又は  
事務代理人・提出代  
行者の場合は以下  
から選択してくださ  
い。

〔代理人・事務代理人・  
提出代行者〕氏名

連絡先

|                |                            |       |                    |                             |              |       |
|----------------|----------------------------|-------|--------------------|-----------------------------|--------------|-------|
| 1<br>申請事業主     | ①雇用保険適用事業所番号               |       | ②労働保険番号            |                             |              |       |
|                | ③申請月の初日において<br>常時雇用する労働者の数 |       | 人                  | ④主たる業種<br>(日本標準産業分類の中分類を記入) |              |       |
|                | ⑤資本の額若しくは出資の総額             |       | 万円                 | 分類番号:<br>分類項目:              |              |       |
| ⑥記載担当者         |                            | 所属/役職 | 氏名                 | 連絡先<br>電話番号                 |              |       |
|                |                            |       | 連絡先メール<br>アドレス(任意) |                             |              |       |
| 2<br>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                          |       |                    |                             |              |       |
|                | 2                          |       |                    |                             |              |       |
|                | 3                          |       |                    |                             |              |       |
|                | 4                          |       |                    |                             |              |       |
|                | 5                          |       |                    |                             |              |       |
|                | 6                          |       |                    |                             |              |       |
|                | 7                          |       |                    |                             |              |       |
|                | 8                          |       |                    |                             |              |       |
|                | 9                          |       |                    |                             |              |       |
| 10             |                            |       |                    |                             |              |       |

※労働局処理欄には記入しないでください。

|         |      |       |          |              |
|---------|------|-------|----------|--------------|
| ※労働局処理欄 | 決裁欄等 |       |          |              |
|         | 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      |      |       |          |              |

【介】様式第1号①(介護休業)(注意事項)

(提出上の注意)

- この支給申請書は、【介】様式第1号②の様式又は【介】様式第1号③の様式とともに(業務代替支援加算を申請する場合は【介】様式第6号①又は【介】様式第6号②、個別周知・環境整備加算を申請する場合は【介】様式第7号も添付して)、介護離職防止支援コース支給要領0402aに記載された支給申請期間内に必要書類を添えて、支給申請に係る労働者が生じた事業所にかかわらず、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(以下「本社等」という。)の所在地を管轄する都道府県労働局雇用環境・均等部(室)(以下「労働局」という。)に提出してください。
- この申請書を提出するためには、支給要領0301aイの支給を受けようとする場合は、支給要領0402aイからチの全ての書類の写しを、支給要領0301aロの支給を受けようとする場合は、支給要領0402aイからヲの全ての書類の写しを、支給要件確認申立書(共通要領様式第1号)とともに添付していることが必要です。なお、すでに当該申請を行ったことのある事業主で、提出書類の内容に変更がない場合は、【介】様式第3号を記載の上、提出することで、再度の提出は必要ありません。

(記入上の注意)

- 「申請事業主」欄は、本社等について記載してください。
- 申請者が代理人の場合は、本助成金の支給に係る「申請事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記載し、「代理人又は事務代理人・提出代行者」欄に代理人の所在地、名称及び氏名を記載してください。  
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または同施行規則第16条の3に規定する事務代理人の場合は、「申請事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記載し、「代理人又は事務代理人・提出代行者」欄に事務代理人・提出代行者の所在地、名称及び氏名を記載してください。  
申請者が代理人、提出代行者又は事務代理人以外の場合は、本助成金の支給に係る「事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記入してください。
- 1③欄は、支給申請を行う日の属する月の初日において、申請事業主の企業全体で常時雇用している労働者(2か月を超えて雇用される者であり、かつ、週当たりの所定労働時間が当該企業の通常の労働者と概ね同等である者)の数を記入してください。
- 1④欄は、日本標準産業分類に従った主な業種(中分類)を記入してください。
- 1⑤欄は、いわゆる払込み済資本額を記入してください。
- 中小企業事業主のみ対象となります。なお、中小企業の範囲は下表のとおりです。

| 小売業(飲食業を含む) | 資本額又は出資額が | 5,000万円以下、または | 常時雇用する労働者の数が | 50人以下  |
|-------------|-----------|---------------|--------------|--------|
| サービス業       | 〃         | 5,000万円以下、または | 〃            | 100人以下 |
| 卸売業         | 〃         | 1億円以下、または     | 〃            | 100人以下 |
| その他         | 〃         | 3億円以下、または     | 〃            | 300人以下 |

- 1⑥欄については、この申請書の作成担当者を記入してください。労働局から、記載内容等当該申請に係る問合せを電話等で行うことがありますので、詳細を承知している方を記入してください。  
また、助成金の支給後、労働局からアンケートを実施することがあります。その際、メールで対応可能な場合は、連絡先メールアドレスを記載してください(任意)。
- 「※労働局処理欄」には記入しないでください。

(その他の注意事項)

- 事業主が次のいずれかの要件に該当する場合は、本助成金は支給されません。  
イ 助成金の支給に係る事業所において、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、又は受けようとする(以下、「不正受給」という。)により、支給申請日又は支給決定日の時点で、5年間の不支給措置がとられている事業主等  
ロ 助成金の支給に係る事業所において、支給申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度(労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和44年法律第84号。以下「徴収法」という。)第2条第4項に規定する「保険年度」をいう。以下同じ。)の労働保険料(同法第41条により徴収する権利が消滅しているものを除く。以下同じ。)を納付していない事業主等(支給申請日の翌日から起算して2か月以内に当該労働保険料を納付した事業主又は納付の猶予期間内に支給申請を行う事業主であって猶予期間の終了日の翌日から2か月以内に当該労働保険料を納付した事業主を除く。)  
ハ 助成金の支給に係る事業所において、支給申請日の前日から起算して1年前の日から支給申請日の前日までの間に労働関係法令の違反(船員に適用される労働関係法令違反を含む。)を行った事業主等  
ニ 助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律第2条第4項に規定する接待飲食等営業(同条第1項第1号に該当するものに限る。以下同じ。)、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業(接待飲食等営業又は同条第6項に規定する店舗型性風俗特殊営業を営む者から委託を受けて当該営業の営業所において客に接する業務の一部を行うこと(当該業務の一部に従事する者が委託を受けた者及び当該営業を営む者の指揮命令を受ける場合を含む。)を内容とする営業に限る。)を行っている事業主等  
ただし、同条第4項に規定する接待飲食等営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業(接待飲食等営業)を行っている事業主等であって雇用調整助成金の支給を受けようとする場合や、接待飲食等営業であって許可を得ているのみで接待営業が行われていない場合又は接待営業の規模が事業全体の一部である場合を除く。  
ホ 暴力団関係事業主等(以下のイ)又はロ)に該当する者をいう。  
(イ) 暴力団が実質的に経営を支配する事業主等  
事業主等又は事業主等の役員等(事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は、役員又は支店若しくは営業所等の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。以下同じ。)が暴力団(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)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)又は暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)であるとき。  
(ロ) 暴力団が実質的に経営を支配する事業主等に準ずる事業主等  
a 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る事業主等  
b 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る事業主等  
c 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る事業主等  
d 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る事業主等  
へ 事業主等又は事業主等の役員等が、破壊活動防止法(昭和27年法律第240号)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るとき。  
ト 支給申請日又は支給決定日の時点で倒産(雇保則第35条第1号に規定する倒産をいう。)している事業主等(再生手続開始の申立て(民事再生法(平成11年法律第225号)第21条に規定する再生手続開始の申立てをいう。)又は更生手続開始の申立て(会社更生法(平成14年法律第154号)第17条に規定する更生手続開始の申立てをいう。))を行った事業主であって、事業活動を継続する見込みがある者を除く。)  
チ 助成金の不正受給が発覚した場合に行われる事業主名等の公表及び助成金の返還等について、承諾していない事業主等  
リ 「支給要件確認申立書」(共通要領様式第1号)の別紙「役員等一覧」又は別紙「役員等一覧」と同内容の記載がある書類を提出していない事業主等  
ヌ 「雇用関係助成金支給要領」に従うことについて、承諾していない事業主等  
ル 不正受給に関与したことにより、「雇用関係助成金共通要領」0902に定める助成金の不受理措置が取られている社会保険労務士又は代理人が当該不受理期間中に申請を行った事業主等  
ロ 支給申請書等に事実と異なる記載又は証明(軽微な誤り(労働局長が認めた場合に限る。))は除く。)を行った事業主等
- 労働局長が、助成金の支給に関して必要があると認めるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。なお、調査又は報告の際に求められた書類等を提示又は提出できない場合や調査又は報告を正当な理由なく拒否する場合は、助成金の支給を行いません。
- 助成金の支給申請に当たって労働局に提出した書類等については、当該支給申請に係る支給決定日の翌日から起算して5年間保管してください。
- 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、支給した助成金の返還に加え、当該返還額の2割に相当する額を含め、返還していただきます。また、社会保険労務士又は代理人等が不正受給に関与していた場合(偽りその他不正行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合も含む。)は社会保険労務士又は代理人等に対しても助成金の返還及び返還額の2割に相当する額を返還していただきます。返還に関しては、受給した日の翌日から返還を終了する日までの期間に対し、年3分(支給申請が行われた日が令和2年3月31日以前の場合は年5分)の利息を付します。
- 偽りその他不正の行為により助成金の支給を受け、又は受けようとした事業主については、不支給とした日又は支給を取消した日から5年間、雇用保険法に基づく助成金等の申請ができなくなります。なお、支給を取消した日から5年を経過しても、不正受給に係る請求金が納付されていない場合は、納付日まで不支給措置期間を延長します。(社会保険労務士又は代理人が不正受給に関与していた場合は、納付日まで社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請又は代理人が行う申請を受理しない。)
- 代理人が申請する場合にあつては、委任状(原本に限る。)を添付してください。
- 助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、支給要領やパンフレットをご覧ください。不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

中小企業事業主のみ対象

### 介護離職防止支援コース(介護休業)詳細【休業取得時】

申請事業主:

#### I. 事業主

|  |       |                                   |                                       |
|--|-------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ① 介護休業関係制度(※1)の規定年月日・種類<br>(該当する番号を○で囲む)   | 年 月 日 | 1 労働協約                            | 2 就業規則                                |
| ② 介護支援プラン関係<br>労働者の介護休業の取得及び職場復帰又は介護休業関係制度の利用について、介護支援プランにより支援する措置を実施する方針を労働者へ周知したこと及びその年月日が確認できる書類(該当する番号を○で囲む) | 年 月 日 | 1 実施要領<br>4 介護休業規程(条)<br>7 その他( ) | 2 通達<br>5 社内報<br>3 マニュアル<br>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   | 雇用保険被保険者番号  | 雇用保険被保険者となった年月日   | 年 月 日  |
| 雇用契約期間   | 年 月 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)<br>1 労働条件通知書または雇用契約書 2 その他( )  |  |
| 対象となる要介護家族   | 氏名<br>労働者との続柄   | 要介護状態の確認書類(該当する番号を○で囲む)<br>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( )<br>※要介護認定結果の記載のある部分                |  |
| 介護休業取得の直前において在宅勤務している  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                    |   |  |
| ④ 介護休業取得者との面談、介護支援プランの作成   |   |   |  |
| 初回面談の実施日   | 年 月 日   | 介護支援プランの作成日   | 年 月 日  |
| 対象介護休業取得者の上司又は人事労務担当者と対象介護休業取得者が面談を実施した上で結果について記録しているか。([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」) | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ                                 | 面談結果を踏まえて介護支援プランを作成しているか。([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」)<br>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。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 面談者確認欄   | 上記については、記載のとおりです。(連絡先電話番号) - - (氏名)   |   |  |
| ⑤ 業務の整理、引き継ぎの実施  |   |   |  |
| 引継を行った日  | 年 月 日   | 引継確認者確認欄  | 左記については、記載のとおりです。(連絡先電話番号) - - (氏名)  |
| ⑥ 介護休業期間(※合計5日以上であることが条件)  |   |   |  |
| 介護休業期間   | ① 年 月 日 ~ 年 月 日<br>② 年 月 日 ~ 年 月 日<br>③ 年 月 日 ~ 年 月 日<br>④ 年 月 日 ~ 年 月 日<br>⑤ 年 月 日 ~ 年 月 日 | ※書き切れない場合は、余白に記載してください。<br>※法定通りの制度である場合、分割して休業を取得できるのは3回までです。4回以上の分割については、就業規則等に規定している場合のみ対象となります。   | 取得日数<br>合計 日   |
| 休業申出に関する書類の添付  | <input type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ                                 | 取得実績の確認書類<br>該当する番号を○で囲む<br>1 出勤簿またはタイムカード<br>2 賃金台帳<br>3 その他( )                                      | 所定労働日の確認書類<br>該当する番号を○で囲む<br>1 労働条件通知書(雇用契約書)<br>2 就業規則<br>3 企業カレンダー<br>4 シフト表<br>5 その他( )                           |
| ⑦本人確認欄   | 上記については、記載のとおりです。(氏名)   |   | 連絡先電話番号 - -  |

|   |  |
|---|--|
| ⑧ 介護休業制度について、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、支給した助成金の全部または一部を返還していただきます。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|---|--|

#### <支給申請額>

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

|                |  |
|----------------|--|
| 個別周知・環境整備加算の申請 | <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は【介】様式第7号と必要書類も添付すること。<br><input type="checkbox"/> 無 |
|----------------|--|

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

中小企業事業主のみ対象

介護離職防止支援コース(介護休業)詳細【職場復帰時】

申請事業主:

○支給申請に係る労働者 ※複数人となる場合は、本欄を人数分追加してください。

① 労働者の属性、休業期間
氏名, 雇用保険被保険者番号, 介護休業期間 (取得日数), 在宅勤務している

② 原職等復帰
復帰日, 介護休業終了後、引き続き雇用保険の被保険者として3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。
休業終了後のフォロー面談を行った日, 面談者確認欄
休業前後の状況 (介護休業前, 職場復帰後)

③ 本人確認欄
上記については、記載のとおりです。
(氏名), 連絡先電話番号

④ 介護休業制度について、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、支給した助成金の全部または一部を返還していただきます。

<支給申請額>

企業規模
 中小企業である

業務代替支援加算の申請
 有(新規雇用)  有(手当支給等)
 無 ※対象労働者1名につきいずれか1つのみ申請可能。
※「有」の場合は【介】様式第6号①又は②と必要書類も添付すること。

対象労働者 人 × 支給単価 中小企業300,000円

うち業務代替支援加算(新規雇用)の対象労働者 人 × 支給単価 中小企業200,000円

うち業務代替支援加算(手当支給等)の対象労働者 人 × 支給単価 中小企業50,000円 = 支給申請額

※休業取得時と同一の対象介護休業取得者である場合のみ。