

様式第 1 号

介護未経験者確保等助成金支給申請書（第 1 期・第 2 期）

介護未経験者確保等助成金の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。
平成 年 月 日

労働局長 殿 事業主 住所 〒
又は 名称
代理人 氏 名 印

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に介護未経験者確保等助成金の支給に係る申請事業主の住所、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、上欄に申請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下さい。

事業主 住所 〒
又は
社会保険労務士 名称
(提出代行者・事務代理者)
氏名 印

①申請事業主の主たる事業所の雇用保険適用事業所番号		□□□□—□□□□□□—□				
②希望する支払金融機関	(フリガナ) 取引金融機関店舗名	銀行(信用金庫) (本)支店				
(フリガナ) 口座名義	口座の種類	口座番号				
③この申請に係る対象労働者数 人		④支給申請額合計 円				
⑤介護労働者雇用管理責任者氏名		周知方法				
(選任した日)	平成 年 月 日	(周知を開始した日)	平成 年 月 日			
⑥国・地方公共団体等からの補助金等受給の有無 () ・ 無						
⑦過去 3 年以内に偽りその他不正の行為により、雇用保険法第 4 章の規定により支給される給付金の支給を受け、又は受けようとしたことの有無			有 ・ 無			
⑧申請書作成担当者 職氏名		連絡先 電話番号				
社会保険 労務士 記載欄		作成年月日	平成 年 月 日			
提出代行・事務代理者の表示						
※ 処 理 欄	受理年月日	平成 年 月 日	支給決定 年月日			
	備考					
※ 決裁欄	局長	部長	課長	課長補佐	係長	担当

(注):記載に当たっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧下さい。なお、※欄は記入しないで下さい。

様式第1号（注意書き）

（提出上の注意）

- 1 この申請書は、申請事業主（企業単位）の主たる事業所（通常本社）の所在地を管轄する都道府県労働局職業安定部あてに提出して下さい。
※なお、その労働局の管轄下にある公共職業安定所（ハローワーク）に提出できる場合がありますので、管轄労働局にお問い合わせください。
- 2 この申請書は、次の提出期間の末日までに提出して下さい。この日を過ぎると支給申請ができません。
対象労働者を雇い入れた日から起算して6ヶ月を支給対象期の第1期、第1期の直後の6ヶ月間を支給対象期の第2期とし、各支給対象期の末日の翌日から起算して1ヶ月間。（なお、不明の点は労働局職業安定部の介護未経験者確保等助成金担当係（以下、労働局担当係）に確認して下さい。）
- 3 この申請書を提出するために、必要な添付書類が完全に整備添付されていることが必要です。（介護未経験者確保等助成金支給申請額内訳書（様式第1号-1）注意書き参照。）

（記入上の注意）

- 1 ②欄には、助成金の振込みを希望する金融機関の口座（口座振込の可能な金融機関の種別については、労働局担当係にお問い合わせ下さい。）について記入して下さい。なお、当該口座は、申請者名義の口座であり法人の場合は当該企業名等を併せて登録している口座であることが必要です。（書ききれない場合は、別紙又は余白をご利用下さい。）
- 2 ③欄には、今回の支給申請に係る対象労働者の人数を記入して下さい。
※1事業主あたり助成対象となる労働者数の上限については、企業規模（雇用する雇用保険被保険者の総数）によって異なりますので、様式第1号-1裏面を必ずご確認ください。ただし、最初に雇い入れた対象労働者に係る第1期支給対象期が満了するまでの間に雇い入れた労働者が対象となります。
- 3 ④欄には、様式第1号-1を参考にして、この申請により受けようとする助成金支給申請額の合計額を記入して下さい。詳細は労働局担当係にお問い合わせ下さい。
- 4 ⑤欄には、選任した介護労働者雇用管理責任者の氏名及びその選任の具体的な周知方法、選任した日、周知を開始した日をそれぞれ記載して下さい。詳細は労働局担当係にお問い合わせ下さい。
- 5 支給申請日において国・地方公共団体、特別の法律に基づいて設立された法人等からの補助金、助成金等を受給している（予定を含む。）場合は、この助成金の対象とならないことがあります。⑥欄には、受給の有無及び受給している（予定を含む。）補助金等のすべてについてその名称を記入して下さい。
- 6 ⑧欄には、この申請書の作成担当者を記入して下さい。労働局担当係から記載内容について問い合わせることがありますので、内容を了解している者として下さい。

（書類等の保管）

助成金の支給を受けた事業主は、助成金の申請に当たって提出した書類等について、当該助成金の最後の支給日の属する年度から起算して5年間整理保管することとされています。

また、これらの書類等について都道府県労働局又は公共職業安定所（ハローワーク）より提示、提出を求められたときは、速やかに提示又は提出下さい。この求めに応じただけでない場合、雇用保険法又は介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律の規定に基づき罰せられることがあります。

（以下のような支給のための条件が定められています。その他の条件等の詳細については労働局担当係にご相談下さい。）

- (1) 介護関係業務の未経験者を雇用保険一般被保険者（ただし、週の所定労働時間が30時間未満の者を除く。）として雇い入れ、助成金の支給終了後も継続して雇用する事業主であること。
- (2) 最初の対象労働者を雇い入れた日の前日から起算して6か月前の日から、支給申請書の提出日までの間（「基準期間」といいます。）に、申請事業主において、事業主都合による雇用保険一般被保険者の離職がないこと。
- (3) 基準期間に特定受給資格者として受給資格の決定がなされた者の数を、当該助成金の支給申請を行った事業所における対象労働者の雇入れ日における被保険者数で除して得た割合が6%を超えているものでないこと。なお、この基準期間に、当該事業所に係る特定受給資格者の人数が3人以下である場合はこの限りではないこと。
- (4) 助成金の対象となる労働者が、過去1年間に申請事業主又は申請事業主と資本的・経済的関連性のある事業主の下で雇用されていないこと。
- (5) この助成金の支給を行う際に、雇い入れに係る事業所において成立する保険関係で、前々年度より前の年度に係る労働保険徴収法第19条第1項第1号の一般保険料の滞納がないこと。
- (6) 労働関係法令を遵守していること。

提出年月日 平成 年 月 日

介護未経験者確保等助成金 支給申請額内訳書

申請者事業主名称

(1) 対象労働者氏名 介護参入特定労働者(裏面参照)である場合は○を付けてください。	1	2	3																																																																																										
(2) 従事する介護保険事業所 上記事業所の 雇用保険適用事業所番号	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																															<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																															<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																														
(職種)																																																																																													
(3) 雇入れ日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日																																																																																										
(最後の)対象労働者の雇入れ日における雇用保険被保険者の総数	人																																																																																												
(4) 賃金締切日・賃金支払日	(締切日) 毎月 日 (支払日) 当月・翌月 日																																																																																												
(5) 支給対象期(1期・2期)	/ ~ /	/ ~ /	/ ~ /																																																																																										
(6) 離職等のあった日 (裏面参照)	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日																																																																																										
(7) 離職の場合、その理由 (裏面参照)																																																																																													
(8) (5)の期間に支払われた賃金額	円	円	円																																																																																										
(9) 支給申請額 (助成対象期間の途中で離職した場合等は日額計算が必要。裏面参照)	円	円	円																																																																																										
(10) 合計支給申請額 (今回申請する支給額の合計金額)	円																																																																																												

注 (1)の対象労働者の1の欄は、必ず最初に雇い入れた対象労働者を記入して下さい。
記載に当たっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧下さい。

様式第1号-1(注意書き)

(添付書類)

対象労働者の雇入れ状況、賃金の支払状況等を明らかにする次の書類を添付して下さい。

(1) 必須の添付書類

- ・ 都道府県知事が発行する介護保険法第46条第1項に規定する介護保険の指定事業者としての指定通知書又はその写し、登記事項証明書等、介護関係業務の事業を行っている事業主であることを示す書類
- ・ 「雇用保険適用事業所一覧表」
- ・ 対象労働者の業務内容、所属等を明らかにする組織図、辞令等又はその写し
- ・ 対象労働者に対して支払われた賃金が手当ごとに区分された賃金台帳又はその写し
- ・ 対象労働者の出勤状況が日ごとに明らかにされた出勤簿等の書類
- ・ 対象労働者の履歴書(写)、事業主が所持している場合は職務経歴書(写)
- ・ 雇用契約書(写)又は雇入れ通知書(写)
- ・ 「介護労働者雇用管理責任者」を書面により通知している場合は、その書面(写)

(2) 必要に応じて支給申請書に添付する書類

- ・ 事業所を離職した常用労働者の氏名、離職年月日、離職理由等が明らかにされた労働者名簿等の書類
- ・ 「介護労働者雇用管理責任者選任届」
- ・ 就業規則、賃金規定等 ・ 総勘定元帳その他の管轄労働局長が必要と認める書類

(記入上の注意)

1 (1)欄の対象労働者については、一度に申請することのできる対象労働者について3人まで記載することができます。その場合、対象労働者を雇い入れた順に記載してください。なお、雇用する雇用保険被保険者の総数が200人以上の事業主で、対象労働者が4人以上となる場合は、この様式第1号-1を複数枚使用して提出してください。

※助成の対象となる労働者数…雇入れ日(一度に複数の対象労働者について申請する場合、最後に雇い入れた対象労働者の雇入れ日)において、事業主(企業単位)が雇用する雇用保険被保険者の総数が200人未満の場合は3人まで、200人以上300人未満の場合は6人まで。以降100人単位ごと3人ずつ加算。なお、700人以上の場合20人まで(上限)。

※雇用保険被保険者の総数…介護事業と兼業して他の事業を行う事業主の場合、介護事業を行う事業所における被保険者数の総数。

2 対象労働者が介護参入特定労働者である場合は、該当する対象労働者の欄に○を記入してください。

※介護参入特定労働者…介護関係業務の未経験者かつ雇入れ日時点で25歳～39歳の方で、雇入れ日の前日から起算して過去1年間に雇用保険被保険者でなかった方。

3 (4)欄については、賃金締切日及び賃金支払日が定められている場合のみご記入ください。(賃金支払日については、当月又は翌月のいずれかに○印を付してください。)

4 (5)欄については、今回の申請に係る対象労働者の支給対象期を記入してください。(1期又は2期のいずれかに○印を付してください。)支給対象期の起算日と終了日については、下記※1、※2を参照してご記入ください。

※1 助成対象期間は、対象労働者を雇い入れた日(賃金締切日が定められている場合は雇入れ日の直後の賃金締切日の翌日。ただし、賃金締切日に雇い入れた場合は雇入れ日の翌日、賃金締切日の翌日に雇い入れた場合は雇入れ日。)から起算して1年の期間です。助成対象期間の最初の6か月を支給対象期の第1期、第1期の直後の6か月を支給対象期の第2期といいます。

※2 対象労働者を助成対象期間の途中で下記4の①～③の理由により雇用しなくなった場合又は週の所定労働時間が30時間未満に変更された場合は、当該離職又は変更のあった日の前日までが助成対象期間となります。

5 (6)欄及び(7)欄については、助成対象期間の途中で以下の①～③の理由等により雇用されなくなった場合又は週の所定労働時間が30時間未満に変更された対象労働者がいる場合のみ記載してください。(7)欄については、以下の①～③の番号を記入してください。

- ① 対象労働者の責めに帰すべき理由による解雇
- ② 対象労働者の死亡
- ③ 天災その他やむを得ない理由により、事業の継続が不可能となったことによる解雇

6 (9)欄については、この支給申請書で申請する各対象労働者に係る支給申請額を記入してください。

ただし、当該対象労働者が助成対象期間の途中で上記4の①～③の理由等により雇用されなくなった場合又は週の所定労働時間が30時間未満に変更された場合は、助成対象期間の初日から当該離職又は変更のあった日の前日(以下「離職日等」という。)までの期間について、日割り計算となります。当該離職日等の属する支給対象期について、次の方法により支給申請額を算出してください(1円未満は切り捨て。)

$$\text{支給対象期における対象労働者1人あたり支給額25万円} \times \frac{\text{離職日等の属する支給対象期の初日から離職日等までの日数}}{\text{支給対象期の日数}}$$

(※介護参入特定労働者の場合は1人あたり50万円)

積算根拠については別途添付して下さい(様式自由)。なお、詳細については労働局担当係にお問い合わせ下さい。

介護未経験者確保等助成金 対象労働者雇用申告書 (第1期・第2期)

介護未経験者確保等助成金の対象労働者の雇い入れについて下記のとおり申告します。

なお、下記の申告内容について偽りはありません。また、申告内容が事実と相違していることが判明し、管轄労働局長より助成金の返還通知があった場合は、受給した全額に所定の利息を加算して返還することを承諾します。

労働局長 殿

事業主記入欄

申請事業主 (事業主が法人である場合は、主たる事業所の所在地、法人の名称、代表者の氏名を記入。)	提出年月日	平成 年 月 日			
	(フリガナ)	(法人の場合、法人の名称)			
	氏名	印			
	所在地 (〒) (Tel)				
対象労働者を雇い入れた事業所	名称				
	所在地(〒) (Tel)				
助成金の受給実績 (予定を含む)	介護未経験者確保等助成金	無 ・ 有 (最後の支給決定日:平成 年 月 日)			
	その他の助成金	無 ・ 有 (名称)			
介護関係業務の未経験者の雇い入れ状況					
①氏名など	(フリガナ) 氏名	(男・女) 昭・平 年 月 日生 ()歳			
②雇い入れ年月日	平成 年 月 日	③雇用保険被保険者番号			
④ 未経験者の状況	(1)現在の担当 職種・職務	(2)保有する介護関係の資格			
	(3)前職までの 職務経歴等	最終学歴(卒業(修了)年月日)	(昭・平 年 月 日卒)		
		職務経歴(法人名・事業所名)	従事した期間	担当職種(兼任した職務も記載)	
			S・H . . . ~S・H . . .		
			S・H . . . ~S・H . . .		
			S・H . . . ~S・H . . .		
			S・H . . . ~S・H . . .		
			S・H . . . ~S・H . . .		
			S・H . . . ~S・H . . .		
			S・H . . . ~S・H . . .		
⑤過去1年以内に勤めていたか	勤めていた・勤めていない	⑥現在の雇用主と前雇用主は関係があるか	ある ・ ない		
⑦対象労働者の確認欄	①②③④⑤⑥欄を確認し、事実と相違ありません。また、この申告書の内容と私の雇用保険に関する情報が一致しないときは、労働局が申請事業主に対してその情報を提示し、確認を求めることに同意します。 氏名 印				
⑧備考					

(注) 記載に当たっては、裏面の注意書きを必ずご覧ください。なお、右上の※欄は記入しないで下さい。

様式第2号（注意書き）

※この申告書は、「介護未経験者確保等助成金支給申請書」（様式第1号）とともに、申請事業主の主たる事業所（通常本社）の所在地を管轄する都道府県労働局職業安定部介護未経験者確保等助成金担当係に提出して下さい。なお、提出期間については、様式第1号（注意書き）の（提出上の注意）の2を参照して下さい。

- 1 この雇用申告書は、助成対象となる介護関係業務の未経験者1人ごとに作成・提出して下さい。
- 2 申請に係る支給対象期（第1期もしくは第2期）に○を付けて下さい。
- 3 「助成金の受給実績」欄には、当てはまる方に○を付け、所要の項目に記入してください。
 - ・介護未経験者助成金・・・本助成金を受給したことがある場合のみ、直近の支給決定日を記入して下さい。
 - ・その他の助成金・・・本助成金以外を受給したこと（又は予定）がある場合のみ、助成金の名称を記入して下さい。
- 4 ②雇い入れ年月日とは、雇用保険被保険者として雇い入れた年月日を指します。
- 5 ④「未経験者の状況」では、今回の申請の対象となる介護関係業務の未経験者（以下「未経験者」といいます。）の状況について記入して下さい。
 - ・（1）現在の担当職務・・・雇い入れた事業所において現在担当している職務の名称
 - ・（2）保有する介護関係の資格・・・未経験者が保有している介護関係の資格の名称
 - ・（3）前職までの職務経歴等
 - 最終学歴・・・最終学歴およびその卒業（修了）年月日を記入して下さい。大学等の教育機関に限らず、介護関係の養成施設を修了した場合でも、最終的に卒業（修了）したものを記入して下さい。
 - 職務経歴・・・最初の就職先から前職までの職務経歴を記入して下さい。その際、対象労働者が歴任した職種を、兼任していた職種も含めて記入してください。
- 6 ⑤については、未経験者について過去1年間に当該事業主の事業所において雇用されていた者は「勤めていた」を、それ以外の場合は「勤めていない」をそれぞれ○で囲んで下さい。
- 7 ⑥については、当該事業主と、未経験者の雇入れ日の前日から起算して過去1年間に未経験者を雇用していた事業主との間に資本金、経済的、組織的関連性等からみて、関係がある場合は「ある」を、それ以外の場合は「ない」をそれぞれ○で囲んで下さい。
- 8 ⑦については、①から⑥を未経験者本人に確認させてください。また、この雇用申告書と、対象労働者にかかる雇用保険の情報が一致しない場合は、管轄労働局から申請事業主に対して確認を求める場合があります。雇用保険のデータは個人情報であるため、申請事業主に開示することについて本人の承諾を得てください。その上で、本人直筆で氏名を記入させ、私印を押印させて下さい。

≪各項目で記入欄が足りなくなった場合は、⑧備考欄を使用してわかりやすいように記載してください。≫

（書類等の保管）

助成金の支給を受けた事業主は、助成金の申請に当たって提出した書類等について、当該助成金等の最後の支給日の属する年度から起算して5年間整理保管することとされています。

また、これらの書類等について都道府県労働局より提示、提出を求められたときは、速やかに提示又は提出して下さい。この求めに応じていただけない場合、雇用保険法又は介護労働者の雇用管理の改善等に関する法律の規定に基づき罰せられることがあります。

（不正受給について）

不正受給は犯罪です。偽りその他の不正行為により支給を受け、または受けようとした場合は、支給決定の取消または支給金額の全額の返還（年5%の利息を加算）を求めます。また、その後一定期間、雇用保険法に基づくその他の助成金を受給できなくなります。特に悪質なケースは、詐欺罪として刑罰に処せられる場合があります。

（以下のような支給のための条件が定められています。他にも条件がありますので、詳細等については労働局担当係にご相談下さい。）

- （1）介護関係業務の未経験者を雇用保険一般被保険者（ただし、週の所定労働時間が30時間未満の者を除く。）として雇い入れ、助成金の支給終了後も継続して雇用する事業主であること。
- （2）最初の対象労働者を雇い入れた日の6ヵ月前の日から、支給申請書の提出日までの間（「基準期間」といいます。）に、申請事業主において、事業主都合による一般被保険者の離職がないこと。
- （3）基準期間に特定受給資格者として受給資格の決定がなされた者の数を、当該助成金の支給申請を行った事業所における対象労働者の雇入れ日における被保険者数で除して得た割合が6%を超えているものでないこと。なお、この基準期間に、当該事業所に係る特定受給資格者の人数が3人以下である場合はこの限りではないこと。
- （4）助成金の対象となる労働者が、過去1年間に申請事業主又は申請事業主と資本的・経済的関連性のある事業主の下で雇用されていないこと。
- （5）この助成金の支給を行う際に、雇い入れに係る事業所において成立する保険関係で、前々年度より前の年度に係る労働保険徴収法第19条第1項第1号の一般保険料の滞納がないこと。
- （6）労働関係法令を遵守していること。

様式例

介護労働者雇用管理責任者選任届

平成 年 月 日

_____ 労働局長 殿

事業主 住 所 〒
名 称
職・氏名

印

このたび、当事業所では、下記の者を介護労働者雇用管理責任者として選任いたしましたので報告いたします。

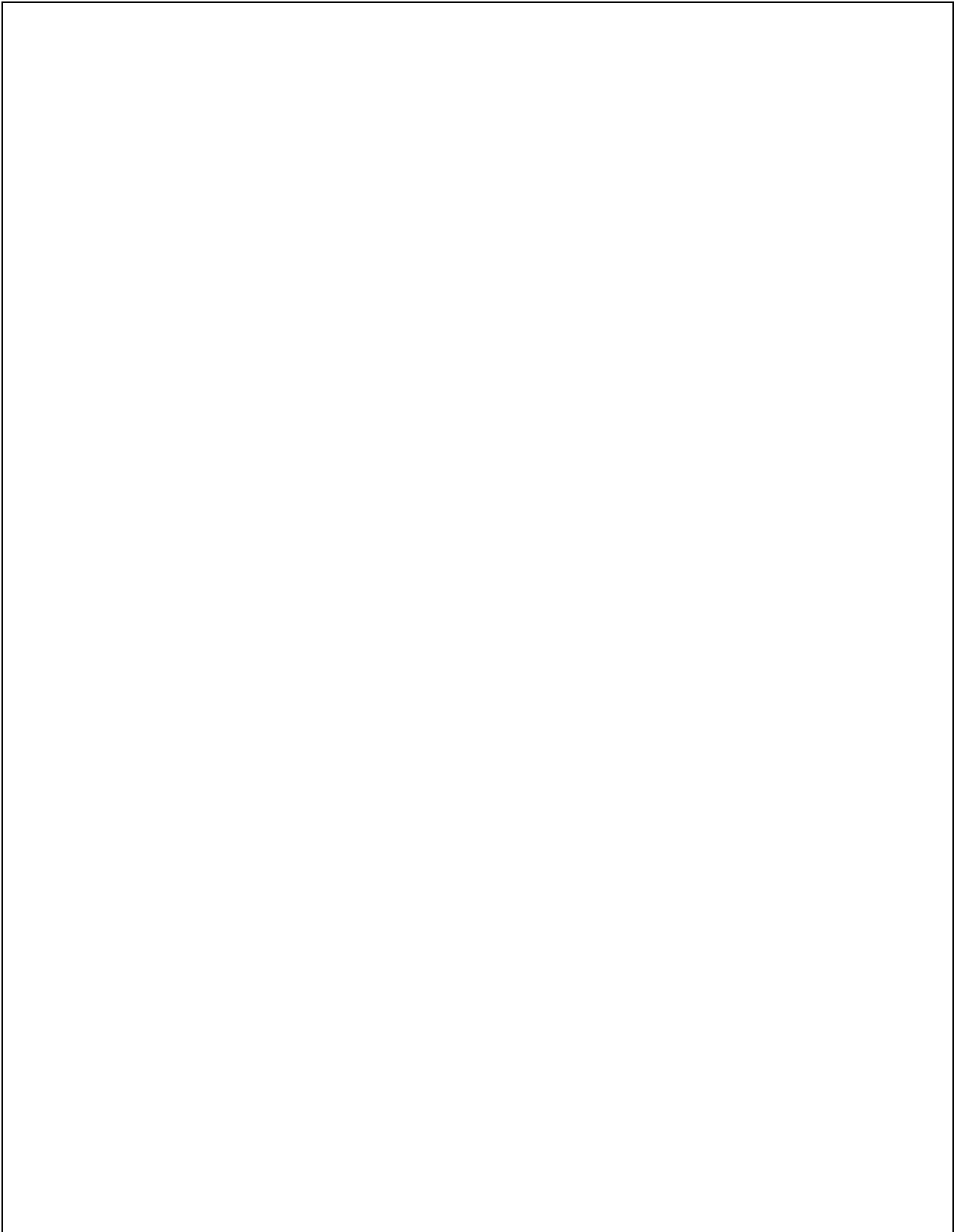
選任した者の氏名	(所属部課・役職名)
選任年月日	平成 年 月 日
選任方法	・辞令等の書面 ・口頭 ・その他(具体的に)

※選任方法については、該当するものに○を付すこと。その他に該当する場合は具体的な方法を括弧内に記入すること。

なお、介護労働者雇用管理責任者の周知については、下記により行っていることを併せて報告いたします。

周知を開始した年月日	平成 年 月 日
周知方法	・事業所内掲示 ・書類等の手交 ・その他(具体的に)
周知内容	・介護労働者雇用管理責任者氏名 ・介護労働者雇用管理責任者の役割 ①介護労働者の雇用管理の改善等に関する事項について、事業主の指示に基づき必要な措置を検討し、実施すること。 ②介護労働者の労働条件等の雇用管理に関し、介護労働者の相談に応ずること。

※周知方法については、該当するものに○を付すこと。その他に該当する場合は具体的な方法を括弧内に記入すること。



雇用保険適用事業所一覧表

事業所名	雇用保険適用事業所 番号	雇用保険 被保険者数	管轄の 公共職業安定所
合 計	箇所	人	

※ 別紙がある場合は右記に○（ 別紙あり ）

様式例

委任状

平成 年 月 日

事業主 住所 〒

名称

氏名

印

私は、下記2の者を代理人と定め、下記1に規定する権限を委任する。

記

1 権限

年 月 日に雇い入れた（対象労働者の名前）に係る介護未経験者確保等助成金の支給に係る事務に関する一切の権限（ただし、助成金の代理受領を除く。）

2 代理人

住所 〒

氏名

代理人が使用する印鑑

印

注：助成金の支給申請の際には、申請窓口に委任状の写しを提出して下さい。