○○労働局長　殿

【別紙５】

追加支給申出書

申し出年月日（初回）：　　年　　月　　日

事業主名：

所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先℡：　　　担当者名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 必要な情報 | 持参された書類（□にチェックを入れて下さい） | 受付日 | 局確認 |
| 受給事実 | 「申請書類等」□支給決定通知書 | □通帳の写し（育児休業取得促進等助成金（短時間勤務促進措置）の特定ができること）□総勘定元帳（育児休業取得促進等助成金（短時間勤務促進措置）の特定ができること）（その他参考となる書類：　　　　　　　　　　　　　） |  | 確認日　/○　× |
| 支給額 |  |  | 確認日　/○　× |
| □支給申請書 |
| □「支給決定通知書」「支給申請書」の２つをお持ちの場合、算定可能です。［□受給の事実等が確認できました□受給の事実等が確認できないため対象になりません。］※同じ確認日は省略可 |
| 支給申請書がない場合は以下の書類により確認 |
| 短時間勤務制度の規程 | □労働協約又は就業規則 |  |  |
| 短時間勤務制度の利用及び利用開始日の確認 | □対象被保険者の請求に基づいて短時間勤務制度を利用させたことが明らかにされている承認通知書等の書類（その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 確認日　/○　× |
| 支給対象期の確認 | □タイムカード等の書類（その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 確認日　/○　× |
| 基本給の額の確認 | □賃金台帳（その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 確認日　/○　× |
| 出生日の確認 | □母子健康手帳□養育の事実及び対象被保険者の子の年齢等が確認できる書類（その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 確認日　/* ×
 |
| 助成率 | □登記事項証明書　□資本及び労働者数を記載した資料□事業内容を記載した書類（その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  | 確認日　/○　× |
| 追加支給判断の結果 | １　算定の結果追加支給の対象になります。２　算定の結果追加支給の対象ではありませんでした。３　追加支給の対象になるとは確認できませんでした。 |  |  |

＊不正受給（偽りその他不正の行為により本来受けることの出来ない追加支給を受け、又は受けようとしたこと）が判明した場合には支給決定を取り消し、返還していただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 労働局記入欄 |  |
| （所記入欄)受付日 |  |

育児休業取得促進等助成金（短時間勤務促進措置）の追加支給の申し出を以下のとおり致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　 労働局長 殿

　 　　 　 事業主 　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 又は 　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人 　氏名　　　　　　　　 　　　 印

代理人が申し出をする場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に雇用調整助成金の支給に係る事業主（受給者）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則第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（受給者）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。

　 　事業主又は 　 住所　〒

　　　　　　　　　　　　　社会保険労務士 　名称

　　　　　　　　（提出代行者・事務代行者）　氏名　　　　　　　　　 　　　 印