

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(育休取得時))支給申請書

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(育休取得時))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

2020 年 8 月 1 日

東京

労働局長 殿

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に申請してください。

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

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

名称

(代理人・事務代理者・
提出代行者) 氏名

連絡先

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号	1234-567890-1	②労働保険番号	12-3-45-6-78-9-10	
	③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数	45 人	④主たる業種 <small>(日本標準産業分類の中分類を記入)</small>	分類番号:58 分類項目名:飲食料品小売業	
	⑤資本の額若しくは出資の総額	4,000 万円	日本標準産業分類に基づき記入してください。		
	⑥記載担当者	役職	氏名	連絡先電話番号	
		総務部人事課長	△田 △吉	03-0000-1111	
2 本社等を 除く事業所	No.	①事業所名	②所在地 <small>この申請書の内容について問合せに対応できる社内の方を記載してください。</small>	③雇用保険適用事業所番号	④電話番号
	1	ちよだ支店	東京都〇〇区〇〇町1-2-3	1234-567890-1	03-0000-1111
	2	みなと支店	東京都△△区△△町1-2-4	〃	03-0000-2222
	3	はるみ支店	東京都××区××町1-2-5	〃	03-0000-3333
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
10					

雇用保険適用事業所番号が同じの場合は「〃」の記号を入れるか、入力を省略してもかまいません。

※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				

育児休業等支援コース(育休取得時)詳細

I. 事業主 最初に規定した年月日を記入してください。ただし、最初の規定後、見直し等により改正を行った場合には最新の施行日を記載してください。 申請事業主：株式会社 両立商事

①-1 育児休業制度の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)	2020年1月1日	1 労働協約	② 就業規則
①-2 育児のための短時間勤務制度の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)	2020年1月1日	1 労働協約	② 就業規則
② 育休復帰支援プラン 労働者の育児休業の取得及び職場復帰について育休復帰支援プランにより支援する措置を実施する旨を労働者へ周知した内容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)	2020年1月1日	1 実施要領 ④ 育児休業規程 7 その他()	2 通達 5 社内報 ⑥ インtranet 3 マニュアル
③ 一般事業主行動計画の策定・届出、計画の公表・労働者への周知(該当する番号を○で囲む。次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定を受けた事業主は記載不要)	① 有 2 無		

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。

④ 労働者の属性	氏名 ○山 ○子 雇用保険被保険者となった年月日 2012年4月1日		
氏名	○山 ○子	雇用保険被保険者となった年月日	2012年4月1日
雇用契約期間	2012年4月1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)	① 労働条件通知書または雇用契約書 2 その他()
休業の対象となった子	氏名 ○山 ○介 出生日 2020年4月12日	出生日等の確認書類(該当する番号を○で囲む)	① 母子健康手帳の該当部分 2 健康保険証(※) 3 その他()
⑤ 育児休業取得者との面談、育休復帰支援プランの作成	初回面談の実施日 2020年1月13日 面談実施後に作成された「面談シート」(2号)に記載している		
育休復帰支援プランの作成日	2020年1月18日	面談結果を踏まえて、育休復帰支援プラン(【育】様式第3号)を作成している	はい いいえ
i 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。			はい いいえ
ii 同プランに、当該労働者の育児休業中の職場に関する情報及び資料の提供に関する措置が定められている。			はい 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) 03 - 0000 - 1111 (所属) 総務部人事課 (氏名) △田 △吉		
⑥ 育休復帰支援プランに基づく引き継ぎの実施	引継ぎ完了日 2020年3月22日	引継ぎ確認者確認欄	左記については、記載のとおりです。(連絡先電話番号) 03 - 0000 - 2222 (所属) みなと支店総務課 (氏名) ▲川 ▲夫
⑦ 休業期間(※連続3か月以上の育児休業(産後休業の終了後引き続き育児休業をする場合には、産後休業を含め連続3か月以上であることが条件))	i 産前休業期間 2020年4月1日 ~ 2020年4月12日 休業申出に関する書類の添付		
ii 産後休業期間 2020年4月13日 ~ 2020年6月7日	はい ① 出勤簿またはタイムカード		
iii 育児休業期間 2020年6月8日 ~ 2020年11月30日	いいえ ② 貸金台帳 3 その他()		
⑧ 本人確認欄	(氏名) ○山 ○子	連絡先電話番号	03 - 0000 - 3333
⑨ 育児休業制度について、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。	はい いいえ		

<支給申請額>

企業規模	中小企業である	生産性要件に係る支給申請であるか	はい
			いいえ

※生産性要件に係る支給申請であるかを「はい」と選択した場合は、「生産性要件に係る支給申請の場合」の支給単価を支給申請額に記入してください。

支給申請に係る労働者について、両立支援等助成金(出生時両立支援コース(男性労働者の育児休業))の支給を受けたことがあるか。 はい いいえ

対象労働者	支給単価	支給申請額
1 人	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円 <input type="checkbox"/> 生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業360,000円	= 285,000 円

※1事業主当たり、有期契約労働者1人、無期雇用者1人の計2人が対象。

ご注意ください!

本助成金の申請期間は、育児休業期間に関わらず、育児休業開始日(産後休業の終了後引き続き育児休業をする場合には、産後休業)を開始した日から起算して3か月を経過する日の翌日から2か月間です。本記載例の申請期間は7月13日~9月12日となります。休業期間中に申請期間が開始・終了する場合がありますのでご注意ください。