

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。

記載例

2021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) 所在地 名称 氏名

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: 1. 申請事業主 (Application Business Owner) and 2. 本社等を除く事業所 (Businesses other than the main company). Section 1 includes fields for insurance numbers, employee count, capital, and contact info. Section 2 is a table for multiple branches with columns for No., name, location, insurance number, and phone number.

※労働局処理欄には記入しないでください。

Table for administrative processing (労働局処理欄) with columns for '局長 部(室)長 担当' (Responsible Officer), '受理年月日' (Received Date), '受理番号' (Received No.), '起案年月日' (Case Start Date), '支給(不支給)決定年月日' (Decision Date), '決定番号' (Decision No.), '支給決定額' (Decision Amount), and '通知書発送年月日' (Notification Date).

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】

記載例

申請事業主: 株式会社 両立商事

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。

I. 事業主

Table with 2 main rows: ① 介護休業関係 (2021年4月1日) and ② 介護支援プラン関係 (2021年4月1日). Includes checkboxes for labor agreement and employment rules.

※1「介護休業関係制度」は、介護休業、介護休暇、所定外労働の制限、時間外労働の制限、深夜業の制限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。

Main form section containing: ③ 労働者の属性 (Employee info), ④ 介護休業取得者との面談 (Interview details), ⑤ 業務の整理、引き継ぎの実施 (Business handover), ⑥ 介護休業期間 (Leave periods), ⑦ 本人確認欄 (Employee confirmation).

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。 (Application of regulations)

<支給申請額>

Form for application amount: Enterprise scale (checked: Small/Medium), Productivity-related application (checked: No).

※生産性要件に係る支給申請であることを「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。

Calculation: 対象労働者 1人 × 支給単価 285,000円 = 支給申請額 285,000円

※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。



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(介護休業)詳細【職場復帰時】

申請事業主: 株式会社 両立商事

○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	○山 ○太郎		雇用保険被保険者番号	1111-111111-1												
介護休業期間	①	2021	年	6	月	21	日	～	2021	年	6	月	30	日	※書き切れない場合は、余白に記載してください。	取得日数 合計 10 日
	②		年		月		日	～		年		月		日		
	③		年		月		日	～		年		月		日		
	④		年		月		日	～		年		月		日		
	⑤		年		月		日	～		年		月		日		
介護休業取得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			(在宅勤務をしている場合) 本人の希望によるものである			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							

② 原職等復帰

復帰日	2021	年	7	月	1	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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	労働者の希望 (該当する番号を○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 1 原職等復帰	<input type="radio"/> 2 それ以外
								<input type="checkbox"/> いいえ	面談の結果 (該当する番号を○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 1 原職等復帰	<input type="radio"/> 2 それ以外
休業終了後のフォロー面談を行った日	2021	年	7	月	1	日	面談者確認欄	左記については、記載のとおりです。(連絡先電話番号) 03 - 0000 - 1111		(氏名) △田 △吉	
休業前後の状況	介護休業前					職場復帰後					
事業所	みなと支店					はるみ支店					
部署・係	総務課経理係					総務課経理係					
職務	事務職					事務職					
役職	主任					主任					
所定労働日数	週5日(土～水勤務、木金休み)					週5日(月～金勤務、土日祝休み)					
所定労働時間	8時間(9～18時 休憩1時間)					8時間(9～18時 休憩1時間)					
賃金(基本給、手当、賞与等)	月給 基本給28万円、交通費(実費)、扶養手当、賞与(6・12月 計4.5か月分)					月給 基本給28万円、交通費(実費)、扶養手当、賞与(6・12月 計4.5か月分)					
その他の労働条件等	賞与は人事考課による査定あり 夏季休暇(7～9月に5日間)					賞与は人事考課による査定あり 夏季休暇(7～9月に5日間)					
休業前と職場復帰後で労働条件等が異なっている場合はその理由		はるみ支店への異動は、介護のため、自宅により近い事業所を希望したため。所定労働日の変更は、土日は介護サービスを受けられないため、土日休みの勤務形態を希望したため。									
介護休業終了日の翌日から起算して3か月の間の就労割合が5割以上である。※詳細の算定方法については支給要領0301a口(ロ)を参照										<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
④本人確認欄	上記については、記載のとおりです。					連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222					
(氏名)		○山 ○太郎									

⑤ 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。

はい  いいえ

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

<支給申請額>

企業規模	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業である	生産性要件に係る支給申請であるか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 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。

対象労働者 1 人 × 支給単価 ■ 中小企業285,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 □ 中小企業360,000円 = 支給申請額 285,000 円

※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。  
※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。