

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))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7月1日
東京 労働局長 殿
申請事業主 所在地 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。
(代理人・事務代理者・提出代行者)
所在地
名称
氏名
連絡先

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。

日本標準産業分類に基づき記入してください。

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。

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。

Table with 4 main sections: 1. 申請事業主 (Application Business Owner), 2. 本社等を除く事業所 (Businesses other than the main company), 3. 労働局処理欄 (Labor Office Processing Section), 4. 備考 (Remarks). Section 1 includes fields for insurance numbers, employee count, capital, and contact info. Section 2 is a multi-row table for branch offices with columns for No., name, address, 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 Labor Office Processing Section (労働局処理欄) with columns for: 局長 部(室)長 (Chief/Section Head), 担当 (Responsible), 受理年月日 (Received Date), 受理番号 (Received No.), 起案年月日 (Initiated Date), 支給(不支給)決定年月日 (Disbursement/No-disbursement Decision Date), 決定番号 (Decision No.), 支給決定額 (Disbursement Decision Amount), 通知書発送年月日 (Notification Dispatch Date).

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(介護両立支援制度)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

Table with 4 columns: ① 介護休業関係制度(※1)の規定年月日\*種類, 2021年4月1日, 1 労働協約, ② 就業規則

Table with 4 columns: ② 介護支援プラン関係, 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), 2021年4月1日, ① 実施要領 2 通達 3 マニュアル 4 介護休業規程(条) 5 社内報 6 イン트라ネット 7

※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

Table with 4 columns: 氏名 (○山 ○太郎), 雇用保険被保険者番号 (1111-111111-1), 雇用保険被保険者となった年月日 (2017年4月1日), 雇用契約期間 (2017年4月1日 ~ 年月日), 対象となる要介護家族 (氏名: ○山 ○子, 実母), 介護両立支援制度利用の直前又は職場復帰時において在宅勤務している (はい/いいえ)

④ 介護両立支援制度利用者との面談、介護支援プランの作成

Table with 4 columns: 介護支援プランには、対象介護両立支援制度利用者の円滑な利用のための措置として、少なくとも制度利用期間中の業務体制の検討に関する取組が定められて面談後に作成されていること。 (はい/いいえ), 面談日 (2021年6月1日), プラン作成日 (2021年6月4日), 面談者確認欄 (所属: 総務部 人事課, 氏名: △田 △吉)

⑤ 介護両立支援制度の利用実績

Table with 4 columns: 利用した制度に○を付ける(いずれか1つ), 制度利用期間(※2), 制度の利用状況, 所定外労働の制限制度, 時差出勤制度 (2021年6月11日 ~ 2021年7月10日), 深夜業制限制度, 短時間勤務制度, 介護のためのテレワーク制度, 法を上回る介護休暇制度, 介護のためのフレックスタイム制度, 介護サービス費用補助制度

(備考欄) 制度の利用期間、利用状況についての補足説明等はこちらにご記載ください。

Table with 4 columns: 制度利用申出に関する書類の添付 (はい/いいえ), 制度利用期間及びその前後の就労実績の確認書類 (該当する番号を○で囲む), 制度利用期間分の所定労働日及び所定労働時間の確認書類 (該当する番号を○で囲む), 合計20日以上介護両立支援制度利用終了後引き続き雇用保険の被保険者として1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か (はい/いいえ)

Table with 4 columns: ⑥ 本人確認欄, 氏名 (○山 ○太郎), 連絡先電話番号 (03-0000-2222)

注 ※2 合計20日間以上制度利用させた期間。ただし、法を上回る介護休暇制度、介護サービス費用補助制度は制度開始日から6か月間となります。 ※3 1及び2(短縮時間分を控除している場合は、1~3の全て)が必要です。

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

(裏面に続く)



<p>⑦ 介護両立支援制度について、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。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

<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		支給単価		支給申請額
1	人	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円 ※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、1年度5人目までが対象。