

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(代替要員確保時))支給申請書

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(代替要員確保時))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。

平成 年 月 日

労働局長 殿

申請事業主 所在地 〒
又は代理人

名称

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、下欄に中小企業両立支援助成金(育児休業等支援コース(代替要員確保時))の支給申請に係る事業主の住所、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ください。

申請事業主 所在地 〒
又は
社会保険労務士

(提出代行者・事務代理者) 名称

氏名

印

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号			②労働保険番号			
	③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数	人		④主たる事業			
	⑤資本の額若しくは 出資の総額	万円	⑥雇用保険適用 事業所総数	箇所 (うち他道府県に 存在する事業所数)		箇所	
	⑦育児休業取得者の原職等復帰措置	a 労働協約	b 就業規則	規定年月日	平成 年 月 日		
	⑧育児休業制度及び育児のための短時間勤務制度			有 ・ 無			
	⑨一般事業主行動計画の策定、届出、公表及び労働者に周知させるための措置 ※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			有 ・ 無			
	⑩両立支援レベルアップ助成金(代替要員確保コース)又は育児休業代替要員確保等助成金の受給の有無 ※有の場合【育】様式第7号②にも記載のこと			有 ・ 無			
	⑪支給申請に係る労働者について、両立支援等助成金(出生時両立支援助成金)の受給の有無			有 ・ 無			
	⑫次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定の有無 ※平成27年4月10日以降、初めて支給要件を満たす労働者が生じた事業主のみ記載のこと			有 ・ 無			
	⑬生産性要件を満たした場合の支給額の適用の希望の有無			希望する ・ 希望しない			
2 支給申請に係る労働者(注1)	①労働者氏名(フリガナ)						
	②雇用保険被保険者番号	③雇用保険の被保険者となった年月日		昭和・平成	年 月 日		
	④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、産後休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無 ※対象育児休業取得者が有期契約労働者である場合を受けようとする事業主のみ記載のこと				有 ・ 無		
	⑤産後休業期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日				
	⑥育児休業期間	平成 年 月 日	～平成 年 月 日				
	⑦原職等復帰	復帰日	平成 年 月 日	復帰事業所	育児休業前と ア 同じ イ 異なる		
		部署・係・役職・職務名	ア 復帰後 イ 育児休業前				
	本人確認欄	上記①から⑦については、記載のとおりです。 署名			連絡先電話番号 押印		
⑧代替要員の確保	代替要員の氏名			雇入れの方法	ア 新規雇用 イ 労働者派遣		
	雇入れ期間(注2)	平成 年 月 日から	予定・期間満了	左のうち上記⑥と重なる期間 月 日			
		平成 年 月 日まで	無期雇用				
雇い入れた部署・係・役職・職務名							

※審査結果

支給(人目)

不支給

<【育】様式第7号①>

2 支給申請に係る労働者（注1）	①労働者氏名(フリガナ)						
	②雇用保険被保険者番号		③雇用保険の被保険者となった年月日		昭和・平成 年 月 日		
	④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、産後休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無 ※対象育児休業取得者が有期契約労働者である場合を受けようとする事業主のみ記載のこと					有・無	
	⑤産後休業期間	平成 年 月 日		～平成 年 月 日			
	⑥育児休業期間	平成 年 月 日		～平成 年 月 日			
	⑦原職等復帰	復帰日	平成 年 月 日		復帰事業所	育児休業前と ア 同じ イ 異なる	
		部署・係・役職・職務名	ア 復帰後 イ 育児休業前				
	本人確認欄	上記①から⑦については、記載のとおりです。			連絡先電話番号		
⑧代替要員の確保	代替要員の氏名			雇入れの方法	ア 新規雇用 イ 労働者派遣		
	雇入れ期間(注2)	平成 年 月 日から		予定・期間満了	左のうち上記⑥と重なる期間 月 日		
		平成 年 月 日まで		無期雇用			
雇い入れた部署・係・役職・職務名							

※審査結果
支給（人目）
・
不支給

3 記載担当者	役職	氏名	連絡先電話番号
社会保険労務士記載欄	作成年月日		連絡先電話番号
	提出代行・事務代理者の表示		
4 振込先	フリガナ 銀行 口座名義 信用金庫 店 口座の種類 (普通・当座) 口座番号 ()		

※ 処理 欄	受理年月日	平成 年 月 日	受理番号		
	支給決定	決定年月日	平成 年 月 日	決定番号	
		決定金額	円 備考		
	局長	部(室)長		担当	

(注1)3人以上の支給申請に係る労働者がいる場合は、両立支援等助成金(育児休業等支援コース(代替要員確保時)) 支給申請書に係る労働者名簿<【育】様式第7号<続紙>>に記載してください。

(注2)現在も引き続き雇用している場合は、「予定」に○の上、有期契約労働者については雇用期間満了予定日を記載してください。有期契約労働者が期間満了により退職している場合は「期間満了」に○をしてください。期間の定めのない労働者として雇用している場合は、「無期雇用」に○の上、終期は空欄のままとしてください。

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(代替要員確保時)) 支給申請に係る労働者名簿

枚数と番号 /

申請事業主

事業主名

2 支給申請に係る労働者(注1)	①労働者氏名(フリガナ)						※審査結果 支給(人目)・不支給	
	②雇用保険被保険者番号		③雇用保険の被保険者となった年月日		昭和・平成 年 月 日			
	④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)を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無 ※対象育児休業取得者が有期契約労働者である場合を受けようとする事業主のみ記載のこと					有・無		
	⑤産後休業期間	平成 年 月 日		～平成 年 月 日				
	⑥育児休業期間	平成 年 月 日		～平成 年 月 日				
	⑦原職等復帰	復帰日	平成 年 月 日		復帰事業所	育児休業前と ア 同じ イ 異なる		
		部署・係・役職・職務名	ア 復帰後 イ 育児休業前					
	本人確認欄	上記①から⑦については、記載のとおりです。				連絡先電話番号		
		署名	押印					
	⑧代替要員の確保	代替要員の氏名			雇入れの方法	ア 新規雇用 イ 労働者派遣		
		雇入れ期間(注2)	平成 年 月 日から		予定・期間満了	左のうち上記⑥と重なる期間 月 日		
			平成 年 月 日まで		無期雇用			
	雇い入れた部署・係・役職・職務名							
	①労働者氏名(フリガナ)							※審査結果 支給(人目)・不支給
	②雇用保険被保険者番号		③雇用保険の被保険者となった年月日		昭和・平成 年 月 日			
	④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)を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無 ※対象育児休業取得者が有期契約労働者である場合を受けようとする事業主のみ記載のこと					有・無		
⑤産後休業期間	平成 年 月 日		～平成 年 月 日					
⑥育児休業期間	平成 年 月 日		～平成 年 月 日					
⑦原職等復帰	復帰日	平成 年 月 日		復帰事業所	育児休業前と ア 同じ イ 異なる			
	部署・係・役職・職務名	ア 復帰後 イ 育児休業前						
本人確認欄	上記①から⑦については、記載のとおりです。				連絡先電話番号			
	署名	押印						
⑧代替要員の確保	代替要員の氏名			雇入れの方法	ア 新規雇用 イ 労働者派遣			
	雇入れ期間(注2)	平成 年 月 日から		予定・期間満了	左のうち上記⑥と重なる期間 月 日			
		平成 年 月 日まで		無期雇用				
雇い入れた部署・係・役職・職務名								

<【育】様式第7号②>

申請事業主

事業所名	
所在地	
電話番号	
雇用保険適用事業所番号(本社)	

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地	雇用保険適用事業所番号	電話番号	両立支援レベルアップ助成金(代替要員確保コース)等の支給	有の場合	
						最も前に支給がなされた年月日	従業員氏名
1					有・無		
2					有・無		
3					有・無		
4					有・無		
5					有・無		
6					有・無		
7					有・無		
8					有・無		
9					有・無		
10					有・無		