

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(業務代替支援加算/新規雇用))支給申請書

中小企業事業主のみ対象

申請事業主:

※両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(業務代替支援/新規雇用))の支給を受ける場合は、介護離職防止支援コース(介護休業/職場復帰時)の申請書類と同時に、本申請書及び添付書類を提出してください。

I. 業務の代替状況

①	a. 介護休業取得者	b. 代替要員①	b. 代替要員②	b. 代替要員③
事業所・部署				
職務 (厚生労働省編職業分類の中分類)				
所定労働時間	: ~ : (1日 時間 分)	(1日 ~ 時間 分)	(1日 ~ 時間 分)	(1日 ~ 時間 分)
所定労働日等				
職制上の地位				
上記に係る手当の有無				
備考				

II. 代替要員

② 代替要員の確保(※複数の労働者で代替している場合は、労働者毎に記載)

会社に対象家族の要介護の事実を知った日 年 月 日

確保した代替要員の人数 人

代替要員①氏名	雇入れの方法	<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input type="checkbox"/> 労働者派遣	介護休業期間のうち、代替要員の要件を満たして勤務した期間
採用日 年 月 日 期間 <input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期:	年 月 日まで	年 月 日 ~	年 月 日
所定労働時間 :	時間 分	所定労働日又は所定労働日数 :	日
代替要員②氏名	雇入れの方法	<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input type="checkbox"/> 労働者派遣	介護休業期間のうち、代替要員の要件を満たして勤務した期間
採用日 年 月 日 期間 <input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期:	年 月 日まで	年 月 日 ~	年 月 日
所定労働時間 :	時間 分	所定労働日又は所定労働日数 :	日
代替要員③氏名	雇入れの方法	<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input type="checkbox"/> 労働者派遣	介護休業期間のうち、代替要員の要件を満たして勤務した期間
採用日 年 月 日 期間 <input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期:	年 月 日まで	年 月 日 ~	年 月 日
所定労働時間 :	時間 分	所定労働日又は所定労働日数 :	日

③ 就労実績等の確認

介護休業取得者と代替要員の部署、職務及び代替要員所定労働時間、所定労働日又は所定労働日数が確認できる書類の添付(該当する番号を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※部署、職務は、対象介護休業取得者と代替要員の双方について確認することが必要です 1 組織図 2 労働条件通知書(雇用契約書) 3 就業規則 4 企業カレンダー 5 その他()
代替要員の就業実績が確認できる書類の添付(該当する番号を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※雇入れ日から対象介護休業取得者の休業終了日までの分がわかる資料 1 出勤簿又はタイムカード 2 賃金台帳 3 その他()
代替要員が新たに雇入れられた時期又は新たに派遣された時期が確認できる書類の添付(該当する番号を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 労働条件通知書(雇用契約書) 2 辞令 3 労働者派遣契約書 4 派遣先管理台帳 5 その他()

III. 「玉突き労働者」が発生する場合(玉突き労働者がいない場合は記入不要)

	対象介護休業取得者 (休業前)	玉突き労働者		代替要員 <玉突き労働者の代替>		
		異動前(対象者休業前)	異動後(対象者休業中)	代替要員①	代替要員②	代替要員③
対象労働者氏名						
事業所・部署						
職務 (厚生労働省編職業分類の中分類)						
職務内容						
所定労働時間	: ~ : (1日 時間 分)	: ~ : (1日 時間 分)	: ~ : (1日 時間 分)	: ~ : (1日 時間 分)	: ~ : (1日 時間 分)	: ~ : (1日 時間 分)
所定労働日等						

【介】様式第6号①(注意事項)

(提出上の注意)

- 1 この支給申請書は、加算を申請する助成金である【介】様式第1号①③(介護休業／職場復帰時)の申請書類の提出と同時に、支給要領0402dイの必要書類を添えて、本社等、人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所(以下「本社等」という。)の所在地を管轄する都道府県労働局雇用環境・均等部(室)(以下「労働局」という。)に提出してください。

(その他の注意事項)

- 1 加算対象の助成金を申請せずに加算措置のみを申請することはできません。また、加算を申請した助成金が不支給になった場合に、加算措置のみの支給を受けることはできません。
- 2 助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、支給要領やパンフレットをご覧ください、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(業務代替支援加算/手当支給等))支給申請書

中小企業事業主のみ対象

申請事業主:

※両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(業務代替支援/手当支給等))の支給を受ける場合は、介護離職防止支援コース(介護休業/職場復帰時)の申請書類と同時に、本申請書及び添付書類を提出してください。

1 業務代替者

会社に対象家族の要介護の事実を知った日		年	月	日			
業務代替者1	① フリガナ氏名				② 所属部署・担当業務		
	③ 雇用保険被保険者番号				④ 採用年月日	年 月 日	
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名						
	面談を行った年月日		年	月	日		
	面談者確認欄		上記⑤については、記載のとおりです。			連絡先電話番号	
	⑥ 本人確認欄		上記①から⑤及び次頁2~3については、記載のとおりです。			連絡先電話番号	
		所属		氏名			
業務代替者2	① フリガナ氏名				② 所属部署・担当業務		
	③ 雇用保険被保険者番号				④ 採用年月日	年 月 日	
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名						
	面談を行った年月日		年	月	日		
	面談者確認欄		上記⑤については、記載のとおりです。			連絡先電話番号	
	⑥ 本人確認欄		上記①から⑤及び次頁2~3については、記載のとおりです。			連絡先電話番号	
		所属		氏名			
業務代替者3	① フリガナ氏名				② 所属部署・担当業務		
	③ 雇用保険被保険者番号				④ 採用年月日	年 月 日	
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名						
	面談を行った年月日		年	月	日		
	面談者確認欄		上記⑤については、記載のとおりです。			連絡先電話番号	
	⑥ 本人確認欄		上記①から⑤及び次頁2~3については、記載のとおりです。			連絡先電話番号	
		所属		氏名			
業務代替者4	① フリガナ氏名				② 所属部署・担当業務		
	③ 雇用保険被保険者番号				④ 採用年月日	年 月 日	
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名						
	面談を行った年月日		年	月	日		
	面談者確認欄		上記⑤については、記載のとおりです。			連絡先電話番号	
	⑥ 本人確認欄		上記①から⑤及び次頁2~3については、記載のとおりです。			連絡先電話番号	
		所属		氏名			

(裏面に続く)



2 業務見直しの内容、業務分担

業務見直しを実施した年月日	年	月	日	
業務見直し結果		具体的内容		
a	業務の一部の休止・廃止			
b	手順・工程の見直し等による効率化、業務量の減少			
c	マニュアル等の作成による業務、作業手順の標準化			
介護休業取得者及び業務代替者が所属する部署全体又は事業所全体の業務分担が確認できる資料				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

		業務分担	
		介護休業前	介護休業中(業務代替期間)
業務代替者	介護休業取得者		
	1		
	2		
	3		
	4		

3 制度等の運用実績

業務を代替する労働者に対する賃金増額制度を規定した年月日	年	月	日
業務代替者1人当たり支給した1日当たりの賃金増額(増額賃金欄)が500円以上である	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	

業務代替期間	自	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
	至	年	月	日	年	月	日	年	月	日	
業務代替者	1	増額賃金	1日当たり		円	1日当たり		円	1日当たり		円
	2	増額賃金	1日当たり		円	1日当たり		円	1日当たり		円
	3	増額賃金	1日当たり		円	1日当たり		円	1日当たり		円
	4	増額賃金	1日当たり		円	1日当たり		円	1日当たり		円

(注)各欄ともに記載しきれない場合は任意様式を添付してください。

【介】様式第6号②(注意事項)

(提出上の注意)

- 1 この支給申請書は、加算を申請する助成金である【介】様式第1号①③(介護休業／職場復帰時)の申請書類の提出と同時に、支給要領0402dの必要書類を添えて、本社等、人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所(以下「本社等」という。)の所在地を管轄する都道府県労働局雇用環境・均等部(室)(以下「労働局」という。)に提出してください。

(その他の注意事項)

- 1 加算対象の助成金を申請せずに加算措置のみを申請することはできません。また、加算を申請した助成金が不支給になった場合に、加算措置のみの支給を受けることはできません。
- 2 助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、支給要領やパンフレットをご覧ください、不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。