

両立支援等助成金(柔軟な働き方選択制度等支援コース)支給申請書

両立支援等助成金(柔軟な働き方選択制度等支援コース)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

2024 年 11 月 1 日

東京 労働局長 殿

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 代表取締役 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 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町4-5-6  
名称 ◇川社会保険労務士事務所  
氏名 社会保険労務士 ◇川 ◇郎  
連絡先 03-00 日本標準産業分類に基づき記入してください。

1	①雇用保険適用事業所番号	1234-567890-1	②労働保険番号	12345-678910-123
	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 (日本標準産業分類の中分類を記入)	分類番号: 58 分類項目: 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	⑤記載担当者 所属 役職 総務部人事課長 氏名 △△ △吉	
	⑥記載担当者(続き)	連絡先電話番号 03-0000-1111	助成金の支給後、労働局からアンケートを実施することがあります。メールで対応可能な場合は、連絡先アドレスを記載してください(任意)。 ryouritu-sivou@mmm.g	
2	No.	①事業所名	②所在地	③雇用保険適用事業所番号
	1	ちよだ支店	東京都〇〇区〇〇町1-2-3	12345-678910-123
	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				
				(上記2に記載のない場合) 本社等以外の事業所はない <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

※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				

中小企業事業主のみ対象

柔軟な働き方選択制度等支援コース詳細

記載例

申請事業主: 株式会社 両立商事

I. 事業主

Table with 4 main rows detailing implementation dates and types of flexible work arrangements (e.g., ①-1 育児休業制度, ② 柔軟な働き方選択制度等, ③ 育児に係る柔軟な働き方支援プラン, ④ 一般事業主行動計画).

II. 対象制度利用者

※複数人となる場合は、本欄雇用契約開始日を入力してください。加えて、有期雇用の場合は契約満了日も記載してください。

Table with 5 main rows detailing employee information (③ 労働者の属性), interview and plan creation (④ 対象制度利用者との面談...), and utilization of flexible work arrangements (⑤ 柔軟な働き方選択制度等の利用実況).

(裏面に続く)



⑤ 柔軟な働き方選択制度等の利用実績(続き)

保育サービスの 手配及び費用補助	最初に利用させた日 年 月 日	最初に利用させた日から6か月の 期間中の最終利用日 年 月 日	保育サービスの内容(該当する番号を○で囲む) 該当する番号を○で囲む。 1 ベビーシッター 2 一時預かり 3 家事支援サービス 4 その他( )
	上記の保育サービスの利用にあたって、「企業 主導型ベビーシッター利用者支援事業」 (子ども家庭庁)を利用していない。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		※児童福祉法第39条第1項に規定する保育所、認定こども園法第2条第6項に 規定する認定こども園又は児童福祉法第24条第2項に規定する家庭的保育事 業等をはじめとした恒常的な保育は対象外です。
保育サービス利用額			保育サービス利用額
計 円			うち、事業主が負担した額: 円
※保育サービスを利用した際の領収書等、及び当該サービス利用者に対して費用 を補助したことを証明する書類を添付してください。			
子の養育を容易 にするための休 暇制度	最初に利用させた日 年 月 日	取得時間が20時間以上となった日 年 月 日	有給休暇であって、時間単位かつ中抜け可能な形で取得できる 制度となっている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 対象家族1人につき1年度10労働日以上取得できる制度で ある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
法を上回る 子の看護休暇制 度	最初に利用させた日 年 月 日	取得時間が20時間以上となった日 年 月 日	有給休暇であって、時間単位かつ中抜け可能な形で取得できる 制度となっている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 対象家族1人につき1年度10労働日以上取得できる制度で ある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(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。 始業時刻を8:30から9:30に、終業時刻を17:30から18:30に変更。			
制度利用申出 に関する書類の添付	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	制度利用期間及び 開始前1か月間の 就労実績の確認書 類	該当する番号を○で囲む ① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 ③ その他( )
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 ① 労働条件通知書 (雇用契約書) 2 就業規則 3 企業カレンダー 4 シフト表 5 その他( )	
上記制度の利用開始日から起算して6か月の期間中及び支給申請日において、対象制度利用者を雇用保険被保険者と して雇用しているか。			<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥本人確認欄	上記については、記載のとおりです。 (氏名) ○山 ■太郎		連絡先電話番号 000 - 0000 - 0000

注 ※1 フレックスタイム制度、時差出勤制度、短時間勤務制度については、本人申出による制度利用期間の初日と最終日を記載してください。ただし、制度利用開始日  
から6か月間の利用実績が助成金の対象となります。  
※2 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。

⑦ 柔軟な働き方選択制度等について、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、支給した助成金を返還していただきます。	<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	育児休業等に関する情報 公表加算の申請 <input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は【選】様式第 4号と必要書類も添付するこ <input checked="" type="checkbox"/> 無と。
--	--

  

対象制度利用者 1 人	×	支給単価 <input checked="" type="checkbox"/> 制度2種類導入 200,000円 <input type="checkbox"/> 制度3種類以上導入 250,000円	+	育児休業等に関する情報公表加算 <加算ありの場合> 20,000円	=	支給申請額 200,000 円
----------------	---	---	---	---	---	--------------------

※1事業主当たり、1年度に支給要件を満たした労働者5人までが対象。