<【介】様式第３号①(R7.4.1改正)>　　※欄は記載しないでください。

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））支給申請書

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））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。

年　月　日

労働局長　殿

申請事業主　所在地　〒

名称

氏名

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

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主たる業種（日本標準産業分類の中分類を記入）	分類番号： 分類項目：			
	⑤資本の額若しくは出資の総額		万円	⑥記載担当者	所属/役職		氏名	
	⑥記載担当者（続き）	連絡先電話番号		連絡先メールアドレス（任意）				

2 本社等を除く事業所	No.	①事業所名	②所在地	③雇用保険適用事業所番号
	1			
	2			
	3			
	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	□ はい　□ 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		

【介】様式第１号①（介護休業）（注意事項）

（提出上の注意）

１　この支給申請書は、【介】様式第３号②～④のいずれかの様式とともに（環境整備加算を申請する場合は【介】様式第６号も添付して）、介護離職防止支援コース支給要領0402cに記載された支給申請期間内に必要書類を添えて、支給申請に係る労働者が生じた事業所にかかわらず、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。

２　この申請書を提出するためには、支給要領0301cの支給を受けようとする場合は、支給要領0402cイ(ｲ)から(ﾊ)の全ての書類の写しを、支給要領0302cの支給を受けようとする場合は、支給要領0402cロ(ｲ)から(ﾆ)の全ての書類の写しを、支給要領0303cの支給を受けようとする場合は、支給要領0402cハ(ｲ)から(ﾆ)の全ての書類の写しを、支給要件確認申立書（共通要領様式第１号）とともに添付していることが必要です。なお、すでに当該申請を行ったことのある事業主で、提出書類の内容に変更がない場合は、【介】様式第４号を記載の上、提出することで、再度の提出は必要ありません。

（記入上の注意）

１　「申請事業主」欄は、本社等について記載してください。

２　申請者が代理人の場合は、本助成金の支給に係る「申請事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記載し、「代理人又は事務代理者・提出代行者」欄に代理人の所在地、名称及び氏名を記載してください。
申請者が社会保険労務士法施行規則（昭和43年厚生省・労働省令第１号）第16条第２項に規定する提出代行者または同施行規則第16条の３に規定する事務代理者の場合は、「申請事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記載し、「代理人又は事務代理者・提出代行者」欄に事務代理者・提出代行者の所在地、名称及び氏名を記載してください。
申請者が代理人、提出代行者又は事務代理者以外の場合は、本助成金の支給に係る「事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記入してください。

３　1③欄は、支給申請を行う日の属する月の初日において、申請事業主の企業全体で常時雇用している労働者(2か月を超えて雇用される者であり、かつ、週当たりの所定労働時間が当該企業の通常の労働者と概ね同等である者)の数を記入してください。

４　1④欄は、日本標準産業分類に従った主な業種（中分類）を記入してください。

５　1⑤欄は、いわゆる払込み済資本額を記入してください。

６　中小企業事業主のみ対象となります。なお、中小企業の範囲は下表のとおりです。

小売業（飲食業を含む）	資本額又は出資額が	5,000万円以下、	または	常時雇用する労働者の数が	50人以下
サービス業	〃	5,000万円以下、	または	〃	100人以下
卸売業	〃	１億円以下、	または	〃	100人以下
その他	〃	３億円以下、	または	〃	300人以下

７　1⑥欄については、この申請書の作成担当者を記入してください。労働局から、記載内容等当該申請に係る問合せを電話等で行うことがありますので、詳細を承知している方を記入してください。
また、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。その際、メールで対応可能な場合は、連絡先メールアドレスを記載してください（任意）。

８　「※労働局処理欄」には記入しないでください。

（その他の注意事項）

１　事業主が次のいずれかの要件に該当する場合は、本助成金は支給されません。
イ 助成金の支給に係る事業所において、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、又は受けようとすること（以下、「不正受給」という。）により、支給申請日又は支給決定日の時点で、５年間の不支給措置がとられている事業主等
ロ 助成金の支給に係る事業所において、支給申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度（労働保険の保険料の徴収等に関する法律（昭和44年法律第84号。以下「徴収法」という。）第２条第４項に規定する「保険年度」をいう。以下同じ。）の労働保険料（同法第41条により徴収する権利が消滅しているものを除く。以下同じ。）を納付していない事業主等（支給申請日の翌日から起算して2か月以内に当該労働保険料を納付した事業主又は納付の猶予期間内に支給申請を行う事業主であって猶予期間の終了日の翌日から2か月以内に当該労働保険料を納付した事業主を除く。）
ハ 助成金の支給に係る事業所において、支給申請日の前日から起算して１年前の日から支給申請日の前日までの間に労働関係法令の違反（船員に適用される労働関係法令違反を含む。）を行った事業主等
ニ　助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律第２条第４項に規定する接待飲食等営業（同条第１項第１号に該当するものに限る。以下同じ。）、同条第５項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業（接待飲食等営業又は同条第６項に規定する店舗型性風俗特殊営業を営む者から委託を受けて当該営業の営業所において客に接する業務の一部を行うこと（当該業務の一部に従事する者が委託を受けた者及び当該営業を営む者の指揮命令を受ける場合を含む。）を内容とする営業に限る。）を行っている事業主等
ただし、同条第４項に規定する接待飲食等営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業（接待飲食等営業）を行っている事業主等であって雇用調整助成金の支給を受けようとする場合や、接待飲食等営業であって許可を得ているのみで接待営業が行われていない場合又は接待営業の規模が事業全体の一部である場合を除く。
ホ 暴力団関係事業主等（以下の(ｲ)又は(ﾛ)に該当する者をいう。）
(ｲ) 暴力団が実質的に経営を支配する事業主等
事業主等又は事業主等の役員等（事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は、役員又は支店若しくは営業所等の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。以下同じ。）が暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）であるとき。
(ﾛ) 暴力団が実質的に経営を支配する事業主等に準ずる事業主等
a 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている事業主等
b 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している事業主等
c 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている事業主等
d 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している事業主等
ヘ 事業主等又は事業主等の役員等が、破壊活動防止法（昭和27年法律第240号）第４条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れがある団体等に属しているとき。
ト 支給申請日又は支給決定日の時点で倒産（雇保則第35条第１号に規定する倒産をいう。）している事業主等（再生手続開始の申立て（民事再生法（平成11年法律第225号）第21条に規定する再生手続開始の申立てをいう。）又は更生手続開始の申立て（会社更生法（平成14年法律第154号）第17条に規定する更生手続開始の申立てをいう。）を行った事業主であって、事業活動を継続する見込みがある者を除く。）
チ 助成金の不正受給が発覚した場合に行われる事業主名等の公表及び助成金の返還等について、承諾していない事業主等
リ 「支給要件確認申立書」（共通要領様式第１号）の別紙「役員等一覧」又は別紙「役員等一覧」と同内容の記載がある書類を提出していない事業主等
ヌ 「雇用関係助成金支給要領」に従うことについて、承諾していない事業主等
ル　不正受給に関与したことにより、「雇用関係助成金共通要領」0902に定める助成金の不受理措置が取られている社会保険労務士又は代理人が当該不受理期間中に申請を行った事業主等
ヲ　支給申請書等に事実と異なる記載又は証明（軽微な誤り（労働局長が認めた場合に限る。）は除く。）を行った事業主等

２　労働局長が、助成金の支給に関して必要があると認めるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。なお、調査又は報告の際に求められた書類等を提示又は提出できない場合や調査又は報告を正当な理由なく拒否する場合は、助成金の支給を行いません。

３　助成金の支給申請に当たって労働局に提出した書類等については、当該支給申請に係る支給決定日の翌日から起算して５年間保管してください。

４　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、支給した助成金の返還に加え、当該返還額の２割に相当する額を含め、返還していただきます。
また、社会保険労務士又は代理人等が不正受給に関与していた場合（偽りその他不正行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合も含む。）は社会保険労務士又は代理人等に対しても助成金の返還及び返還額の２割に相当する額を返還していただきます。返還に関しては、受給した日の翌日から返還を終了する日までの期間に対し、年３分（支給申請が行われた日が令和２年３月31日以前の場合は年５分）の利息を付します。

５　偽りその他不正の行為により助成金の支給を受け、又は受けようとした事業主については、不支給とした日又は支給を取消した日から５年間、雇用保険法に基づく助成金等の申請ができなくなります。なお、支給を取消した日から５年を経過しても、不正受給に係る請求金が納付されていない場合は、納付日まで不支給措置期間を延長します。（社会保険労務士又は代理人が不正受給に関与していた場合は、納付日まで社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請又は代理人が行う申請を受理しない。）

６　代理人が申請する場合にあっては、委任状（原本に限る。）を添付してください。

７　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いただき、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。

<【介】様式第３号②(R7.4.1改正)>

（2025年4月1日以降に介護休業が開始している場合のみ、加算の申請が可能です。）

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））支給申請書

申請事業主：	

1. 事業主

① 介護休業関係制度（※）の規定年月日	年　月　日

※「介護休業関係制度」は、介護休業及び所定労働時間の短縮等の措置をいいます。

2. 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。

② 労働者の属性、休業期間

氏名		雇用保険被保険者番号		
介護休業期間	①　年　月　日 ～　年　月　日 ②　年　月　日 ～　年　月　日 ③　年　月　日 ～　年　月　日			取得日数 ※所定労働日数でカウント 日
対象となる要介護家族	氏名			
	労働者との続柄			

3.業務の代替状況

③	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				

3.代替要員

④ 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）

会社が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	□ 新規雇用　□ 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	□ 無期　□ 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	□ 新規雇用　□ 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	□ 無期　□ 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　：		
代替要員③氏名		雇入れの方法	□ 新規雇用　□ 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	□ 無期　□ 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　：		

4.「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。	□ はい

＜支給申請額＞

対象労働者		支給単価		環境整備加算 支給単価		支給申請額	
	人 ×	□ 200,000円 □ 300,000円 ※休業日数が連続15日以上の場合	＋	□ 100,000円	＝		円

※1事業主当たり、支給要件を満たした労働者5人までが対象。

<【介】様式第3号③(表)(R7.4.1改正)>

(2025年4月1日以降に介護休業が開始している場合のみ、加算の申請が可能です。)

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:介護休業))支給申請書

申請事業主:	

1. 事業主

①介護休業関係制度(※1)の規定年月日	年 月 日

※「介護休業関係制度」は、介護休業及び所定労働時間の短縮等の措置をいいます。

2. 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。

② 労働者の属性、休業期間				
氏名		雇用保険被保険者番号		
介護休業期間	① 年 月 日～ 年 月 日 ② 年 月 日～ 年 月 日 ③ 年 月 日～ 年 月 日			取得日数 ※所定労働日数でカウント 日
対象となる要介護家族	氏名			
	労働者との続柄			

3. 業務代替者

会社が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。 所属 氏名		連絡先電話番号 － －
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。 所属 氏名		連絡先電話番号 － －
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。 所属 氏名		連絡先電話番号 － －
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。 所属 氏名		連絡先電話番号 － －

(裏面に続く)

<【介】様式第3号③(裏)(R7.4.1)>

4　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	

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

5　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人当たりに支給した1日当たりの賃金増額(増額賃金欄)が500円以上である	□ 該当　□ 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。	□ はい

<支給申請額>

環境整備加算

対象労働者 [　　] 人 × 支給単価 [□ 50,000円 / □ 100,000円 ※休業日数が連続15日以上の場合] ＋ 支給単価 [□ 100,000円] ＝ 支給申請額 [　　] 円

※1事業主当たり、支給要件を満たした労働者5人までが対象。

＜【介】様式第３号④（表）（R7.4.1改正）＞

（2025年4月1日以降に介護休業が開始している場合のみ、加算の申請が可能です。）

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／手当支援等：短時間勤務））支給申請書

申請事業主：	

１　事業主

①介護休業関係制度（※1）の規定年月日	年　月　日

※「介護休業関係制度」は、介護休業及び所定労働時間の短縮等の措置をいいます。

２　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。

②労働者の属性、休業期間

氏名		雇用保険被保険者番号		
短時間勤務期間	①　年　月　日～　年　月　日 ②　年　月　日～　年　月　日 ③　年　月　日～　年　月　日			制度利用日数 ※所定労働日数でカウント 日
対象となる要介護家族	氏名			
	労働者との続柄			

３　業務代替者

対象労働者氏名		雇用保険被保険者番号		
会社が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。 所属　氏名	連絡先電話番号 －　－	
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。 所属　氏名	連絡先電話番号 －　－	
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。 所属　氏名	連絡先電話番号 －　－	
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			
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属　氏名	連絡先電話番号 －　－	

（裏面に続く）

<【介】様式第3号④(裏)(R7.4.1)>

3　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	

		業務分担	
		短時間勤務前	短時間勤務中(業務代替期間)
短時間勤務利用者			
業務代替者	1		
	2		
	3		
	4		

4　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人当たりに支給した1日当たりの賃金増額(増額賃金欄)が150円以上である	□ 該当　□ 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
業務代替者 2	増額賃金	1日当たり　円	1日当たり　円	1日当たり　円
業務代替者 3	増額賃金	1日当たり　円	1日当たり　円	1日当たり　円
業務代替者 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。

短時間勤務制度について、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。	□ はい

＜支給申請額＞

対象労働者		支給単価		環境整備加算 支給単価		支給申請額
	人 ×	□ 30,000円 ※制度利用日数が合計15日以上の場合	＋	□ 100,000円	＝	円

※1事業主当たり、支給要件を満たした労働者5人までが対象。