

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、記載した事項については事実と相違ありません。

労働局長 殿

〒 _____
申請事業主 所在地 _____
名称 _____
氏名 _____

〒 _____
代理人・事務代
理者・提出代
行者の場合 所在地 _____
名称 _____
氏名 _____
連絡先 _____
(代理人
 事務代理人
 提出代行者)

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主たる業種 (日本標準産業分類の中分類)		分類番号	④申請月初日にお ける常時雇用する 労働者の数	⑤資本の額又は出 資の総額	
			分類項目			
⑥申請担当者	所属・役職及び氏名			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					
3 支給申請額等	介護休業		円	これまでの受給人数(申請中含む)		人
	介護両立支援制度		円	これまでの受給状況(申請中含む)		人
	業務代替支援		円	これまでの受給状況(申請中含む)		人
	介護休暇制度有給化支援		円			
	有期雇用労働者加算		円			
	環境整備加算		円			
	支給申請額合計		円			

※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(裏面)(R8.4.1)>

(提出上の注意)

- この支給申請書は、申請内容に応じ【介】様式第2号から第4号の様式とともに(環境整備加算等を申請する場合は【介】様式第5号も添付して)、介護職離職防止支援コース支給要領0400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。
- この申請書を提出するためには、支給要領0400に記載する書類の写し及び支給要件確認申立書(共通要領様式第1号)が添付されていることが必要です。なお、一部の書類については、すでに本コースの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6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)

- 「申請事業主」欄は、本社等について記載してください。
- 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人・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人の場合は、「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人・提出代行者」欄に事務代理人・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人以外の場合は、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。
- 1③欄の分類番号は、日本標準産業分類に従った主な業種(中分類)の2桁の数字を記入してください。(例:農業は01)
- 1④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。
- 1⑤欄は、いわゆる払込み済資本額を記入してください。
- 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)	資本金又は出資額が	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

- 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)。
- 「※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)

- 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。
 - 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(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
 - 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。)
 - 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
 - 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。
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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。
 - 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。)
 - 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
 - 「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
 - 「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
 - 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
 - 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。))を除く。)を行った事業主等
- 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。
 - 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。
 - 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。
 - 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。)
 - 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。
 - 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。

介護離職防止支援コース(介護休業)に係る申請内容詳細

申請事業主: _____

I. 介護休業制度等

① 介護休業制度及び所定労働時間の短縮等の措置の規定年月日	介護休業	_____	所定労働時間の短縮等	_____	
② 介護休業取得者の原職等への復帰規定年月日	_____				
③ 仕事と介護の両立支援プランにより労働者の介護休業の取得、職場復帰、介護両立支援制度の利用を支援する方針について労働協約もしくは就業規則に規定または明文化した文書等による周知	<input type="checkbox"/> 労働協約又は就業規則		条	<input type="checkbox"/> 実施要領	<input type="checkbox"/> 通達
	<input type="checkbox"/> 社内報	<input type="checkbox"/> マニュアル	<input type="checkbox"/> イン트라ネット		
	<input type="checkbox"/> その他 (_____)				

II. 対象労働者等 ※人数分の欄が足りない場合は、本様式を複製し使用してください。

④ 対象労働者の属性等												
労働者氏名	_____			雇用保険被保険者番号	_____			雇用保険適用年月日	_____		雇用形態	<input type="checkbox"/> 有期雇用労働者 <input type="checkbox"/> 無期雇用労働者
要介護者氏名	_____			続柄	_____							
要介護状態の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証 (要介護認定結果の記載のある部分) <input type="checkbox"/> 医師等が交付する証明書類 <input type="checkbox"/> その他 (_____)											
⑤ 仕事と介護の両立支援プランの作成、介護休業取得状況等												
初回面談日	_____	プラン作成年月日	_____	引継ぎ完了年月日	_____							
対象労働者と人事労務担当者等による面談結果を踏まえて仕事と介護の両立支援プランを作成している。											<input type="checkbox"/> はい	
同プランに、当該労働者の業務の整理、引き継ぎに関する措置が定められている。											<input type="checkbox"/> はい	
連続5日以上介護休業取得状況	_____											
所定の休日には、休業した日には●を記入	● _____											
連続5日以上介護休業取得状況(つづき)	_____											
所定の休日には、休業した日には●を記入	_____											
⑥ 復帰状況等												
復帰日	<input type="checkbox"/> 原職等(原職または原職相当職)に復帰 <input type="checkbox"/> 本人希望により原職等以外で復帰											
休業前後の状況	介護休業前						職場復帰後					
事業所・部署	_____						<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 上記以外 →変更内容 (_____)					
職務	_____			職業分類(中分類)	_____			<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 上記以外 →変更内容 (_____)				
所定労働時間・日数等	所定労働時間	_____	時間	_____	分	_____						<input type="checkbox"/> 変更なし
	所定労働日又は所定労働日数	_____						<input type="checkbox"/> 法や就業規則等に基づく変更 <input type="checkbox"/> 上記以外 →変更内容 (_____)				
職制上の地位	_____			左に係る手当	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 上記以外 →変更内容 (_____)					
備考	_____											
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。											<input type="checkbox"/> はい	

<支給申請額>

※本様式記載の対象労働者(介護休業取得状況)

- 連続5日以上・連続15日未満 (400,000円)
- 連続15日以上 (600,000円)

1 人 × _____ 円 = _____ 円

介護離職防止支援コース(介護両立支援制度)に係る申請内容詳細

申請事業主: _____

I. 介護休業制度等

① 介護休業制度及び所定労働時間の短縮等の措置の規定年月日	介護休業		所定労働時間の短縮等	
② 仕事と介護び両立支援プランにより労働者の介護休業の取得、職場復帰、介護両立支援制度の利用を支援する方針について労働協約もしくは就業規則に規定または明文化した文書等による周知		<input type="checkbox"/> 労働協約又は就業規則	条	<input type="checkbox"/> 実施要領 <input type="checkbox"/> 通達
		<input type="checkbox"/> 社内報	<input type="checkbox"/> マニュアル	<input type="checkbox"/> イン트라ネット
		<input type="checkbox"/> その他 (_____)		

II. 対象労働者等 ※人数分の欄が足りない場合は、本様式を複製し使用してください。

③ 対象労働者の属性等					
労働者氏名	雇用保険被保険者番号	雇用保険適用年月日	雇用形態	<input type="checkbox"/> 有期雇用労働者 <input type="checkbox"/> 無期雇用労働者	
要介護者氏名	続柄				
要介護状態の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証 (要介護認定結果の記載のある部分) <input type="checkbox"/> 医師等が交付する証明書類 <input type="checkbox"/> その他(_____)				
④ 仕事と介護の両立支援プランの作成、介護両立支援制度利用状況等					
初回面談日	プラン作成年月日	引継ぎ完了年月日			
対象労働者と人事労務担当者等による面談結果を踏まえて仕事と介護の両立支援プランを作成している。			<input type="checkbox"/> はい		
同プランに、当該労働者の制度利用期間中の業務体制の検討に関する措置が定められている。			<input type="checkbox"/> はい		
⑤ 介護両立支援制度の導入及び利用実績等					
↓導入した制度に○、うち利用した制度のいずれか1つに●	制度利用期間(※)		制度利用状況		
時差出勤制度	~	始業・終業時刻の	<input type="checkbox"/> 繰り上げ	時間	
短時間勤務制度	~	所定労働時間	時間を	時間	分短縮
介護のための在宅勤務制度	~				
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	介護サービス利用額	介護サービスの内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
	計	円	(うち、事業主が負担した額:		円)
(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。					
上記制度の利用開始日から支給申請日まで、対象労働者を雇用保険被保険者として雇用している。			<input type="checkbox"/> はい		
上記制度について、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。			<input type="checkbox"/> はい		
(時差出勤制度、短時間勤務制度、介護のための在宅勤務制度の利用の場合) 制度利用開始前1か月において、対象労働者は当該制度を利用していない。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(_____)		

※介護サービス費用補助制度の制度利用期間は6か月です。その他の制度は利用実績が20日または60日となった日までを制度利用期間としてください。

<支給申請額>

※本様式記載の支給申請内容(制度導入及び利用状況)

- 制度を1つ導入 (200,000円)
- 制度を2つ導入 (250,000円)
- 制度を1つ導入かつ60日以上制度利用 (300,000円)
- 制度を2つ導入かつ60日以上制度利用 (400,000円)

1 人 × _____ 円 = _____ 円

介護離職防止支援コース(業務代替支援・新規雇用)に係る申請内容詳細

申請事業主:

I. 介護休業制度等

① 介護休業制度及び所定労働時間の短縮等の措置の規定年月日	介護休業		所定労働時間の短縮等
-------------------------------	------	--	------------

II. 対象労働者等 ※人数分の欄が足りない場合は、本様式を複製し使用してください(以下同じ)。

② 対象労働者等の状況、介護休業の取得状況等													
労働者氏名		雇用保険 被保険者番号		雇用保険適用 年月日		雇用形態	<input type="checkbox"/> 有期雇用労働者 <input type="checkbox"/> 無期雇用労働者						
要介護者氏名	続柄												
要介護状態の 確認	<input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証 (要介護認定結果の記載のある部分) <input type="checkbox"/> 医師等が交付する証明書類 <input type="checkbox"/> その他()												
連続5日以上介護休業 取得状況													
所定の休日には、 休業した日には●を記入	●												
連続5日以上介護休業 取得状況(つづき)													
所定の休日には、 休業した日には●を記入													
対象労働者より申し出 のあった介護休業期間 (支給要領0301c1c1関 係)	①		~	③		~							
	②		~										

III. 代替要員及び業務代替の状況等

③ 代替要員									
会社が対象家族の要介護の事実を知った日		確保した代替要員の人数	人	玉突き労働者の発生	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
代替要員A 氏名		採用日		代替要員の要件を満たして勤務した期間		~			
代替要員B 氏名		採用日		代替要員の要件を満たして勤務した期間		~			
④ 業務代替の状況	対象	事業所・部署	職務	職業分類 (中分類)	1日の所定労働時間	所定労働日等	職制上の地位	左記に係る 手当の有無	備考
	介護休業取得者				~ (時間 分)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	(玉突き労働者・異動後)				~ (時間 分)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	(玉突き労働者・異動前)				~ (時間 分)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	代替要員A				~ (時間 分)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有期雇用・労働者派遣
	代替要員B				~ (時間 分)			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 有期雇用・労働者派遣

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。	<input type="checkbox"/> はい
--	-----------------------------

<支給申請額>

※本様式記載の支給申請内容(制度導入及び利用状況)

<input type="checkbox"/> 新規雇用 (200,000円) <input type="checkbox"/> 新規雇用(連続15日以上介護休業) (300,000円)	<input type="checkbox"/> 手当支給等(介護休業) (50,000円) <input type="checkbox"/> 手当支給等(介護休業(連続15日以上休業)) (100,000円) <input type="checkbox"/> 手当支給等(短時間勤務) (30,000円)	1 人 × <input type="text"/> 円 = <input type="text"/> 円
---	--	---

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))に係る申請内容詳細

申請事業主: _____

I. 介護休業制度等

① 介護休業制度及び所定労働時間の短縮等の措置の規定年月日	介護休業		所定労働時間の短縮等
-------------------------------	------	--	------------

II. 対象労働者等 ※人数分の欄が足りない場合は、本様式を複製し使用してください(以下同じ)。

② 対象労働者等の状況、介護休業の取得状況等													
労働者氏名		雇用保険 被保険者番号		雇用保険適用 年月日		雇用形態	<input type="checkbox"/> 有期雇用労働者 <input type="checkbox"/> 無期雇用労働者						
要介護者氏名		続柄											
要介護状態の 確認	<input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証 (要介護認定結果の記載のある部分)			<input type="checkbox"/> 医師等が交付する証明書類			<input type="checkbox"/> その他(_____)						
連続5日以上介護休業 取得状況													
所定の休日には、 休業した日には●を記入	●												
連続5日以上介護休業 取得状況(つづき)													
所定の休日には、 休業した日には●を記入													

III. 業務見直しの実施日、内容等

③ 実施日等				
会社が対象家族の要介護の事実を知った日		対象労働者の 担当業務		業務見直し 実施日
④ 業務見直しの内容等				
a 業務の一部の休止・廃止	(具体的内容)			
b 手順・工程の見直し等による効率化、業務量の減少	(具体的内容)			
c マニュアル等の作成による業務、作業手順の標準化	(具体的内容)			

IV. 業務代替者等

⑤ 賃金増額規定及び業務代替者の状況等									
賃金増額制度を規定した 年月日		規定内容	(具体的内容)						
	業務代替者1		業務代替者2		業務代替者3				
氏名									
採用年月日									
業務分担 (休業前)									
業務分担 (代替期間中)									
業務代替期間 初日									
業務代替期間 末日									
面談日									
増額賃金	<input type="checkbox"/> 日額		円	<input type="checkbox"/> 日額		円	<input type="checkbox"/> 日額		円
	<input type="checkbox"/> 月額			<input type="checkbox"/> 月額			<input type="checkbox"/> 月額		

<【介】様式第4号②続き(R8.4.1)>

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。

はい

<支給申請額>

※本様式記載の対象労働者(介護休業取得状況)

- 連続5日以上・連続15日未満
(50,000円)
- 連続15日以上
(100,000円)

$$1 \text{ 人 } \times \text{ [] 円 } = \text{ [] 円}$$

介護離職防止支援コース(業務代替支援・手当支給等(短時間勤務))に係る申請内容詳細

申請事業主: _____

I. 介護休業制度等

① 介護休業制度及び所定労働時間の短縮等の措置の規定年月日	介護休業		所定労働時間の短縮等	
-------------------------------	------	--	------------	--

II. 対象労働者等 ※人数分の欄が足りない場合は、本様式を複製し使用してください(以下同じ)。

② 対象労働者等の状況、介護休業の取得状況等										
労働者氏名		雇用保険被保険者番号		雇用保険適用年月日		雇用形態	<input type="checkbox"/> 有期雇用労働者	<input type="checkbox"/> 無期雇用労働者		
要介護者氏名		続柄								
要介護状態の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証 (要介護認定結果の記載のある部分)			<input type="checkbox"/> 医師等が交付する証明書類			<input type="checkbox"/> その他(_____)			
短時間勤務期間・日数等	①		~	③		~				
	②		~	制度利用日数 (所定労働日数で15日以上)		日	1日の所定労働時間を1時間以上短縮している	<input type="checkbox"/> はい		

III. 業務見直しの実施日、内容等

③ 実施日等					
会社が対象家族の要介護の事実を知った日		対象労働者の担当業務		業務見直し実施日	年月日
④ 業務見直しの内容等					
a 業務の一部の休止・廃止	(具体的内容)				
b 手順・工程の見直し等による効率化、業務量の減少	(具体的内容)				
c マニュアル等の作成による業務、作業手順の標準化	(具体的内容)				

IV. 業務代替者等

⑤ 賃金増額規定及び業務代替者の状況等									
賃金増額制度を規定した年月日		規定内容	(具体的内容)						
	業務代替者1		業務代替者2		業務代替者3				
氏名									
採用年月日									
業務分担(休業前)									
業務分担(代替期間中)									
業務代替期間初日									
業務代替期間末日									
面談日									
増額賃金	<input type="checkbox"/> 日額		円	<input type="checkbox"/> 日額		円	<input type="checkbox"/> 日額		円
	<input type="checkbox"/> 月額			<input type="checkbox"/> 月額			<input type="checkbox"/> 月額		

<【介】様式第4号③続き(R8.4.1)>

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。

はい

<支給申請額>

1 人 × 円 = 円

(1人当たり30,000円)

介護離職防止支援コース(介護休暇制度有給化支援)
 介護離職防止支援コース(有期雇用労働者加算)
 介護離職防止支援コース(環境整備加算)

詳細

※有期雇用労働者加算及び環境整備加算は、加算対象の助成金の申請書と同時に、支給要領に定める必要書類を添えて提出してください。

申請事業主:

I. 介護休暇制度有給化支援

① 有給の介護休暇の規定内容、利用実績等			
有給化支援の対象となる介護休暇制度の規定年月日		改正前の旧規定の規定年月日	
有給化支援の対象となる制度の内容	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
	1年度の付与日数	<input type="checkbox"/> 5日以上10日未満 <input type="checkbox"/> 10日以上	
	1日の所定労働時間を変更することなく利用できる。		<input type="checkbox"/> はい
労働者氏名	雇用保険被保険者番号	利用時間10時間に達した日	
要介護者氏名	続柄		
要介護状態の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険の被保険者証(要介護認定結果の記載のある部分) <input type="checkbox"/> 医師等が交付する証明書類 <input type="checkbox"/> その他()		
過去に有給化支援の支給を受けたことがある。			<input type="checkbox"/> いいえ

※複数労働者の実績を合算しての申請の場合は行追加でなくセルの高さを広げてご対応ください。

II. 有期雇用労働者加算

② 加算を申請する対象助成金等			
本申請と同時に提出する両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)の申請	<input type="checkbox"/> 様式第2号(介護休業)	<input type="checkbox"/> 様式第3号(介護両立支援制度)	対象労働者
対象労働者について、介護休業または介護両立支援の利用を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、雇用期間の定めのない労働者として雇用していない。			<input type="checkbox"/> はい

III. 環境整備加算

③ 加算を申請する対象助成金			
本申請と同時に提出する両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)の申請(右のいずれか1つ)	<input type="checkbox"/> 様式第2号(介護休業)	<input type="checkbox"/> 様式第3号(介護両立支援制度)	<input type="checkbox"/> 様式第4号(①~③のいずれか)(業務代替支援)
④ 雇用環境整備の措置の実施年月日(4つ全て実施していることが必要)	1.雇用する労働者に対する介護休業等に係る研修の実施		
	2.介護休業等に関する相談体制の整備		
	3.介護休業等の取得・利用に関する事例の収集及び提供		
	4.雇用する労働者に対する介護休業等に関する制度及び介護休業等の取得・利用の促進に関する方針の周知		
⑤ 過去に環境整備加算の支給を受けたことがある。			<input type="checkbox"/> いいえ

<支給申請額>

介護休暇制度有給化支援

あり
 あり(年10日以上)

円

※支給は1事業主1回限り

有期雇用労働者加算

あり

円

環境整備加算

あり

円

※支給は1事業主1回限り

(注意事項)

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支給対象とならなかった場合には加算措置の支給を受けることはできません。

提出を省略する書類についての確認書（介護離職防止支援コース）

申請事業主		チェック欄
事業主名		
<p>両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)支給要領0401に基づき、前回申請時から変更がないため、以下の書類の添付を省略します。</p> <p>【前回申請】</p> <p>両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)の(介護休業) <input type="checkbox"/></p> <p>両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)の(介護両立支援制度) <input type="checkbox"/></p> <p>両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)の(業務代替支援) <input type="checkbox"/></p> <p>【省略する書類】</p> <p>1 支給対象労働者が生じた事業所等の労働協約または就業規則等のうち、</p> <p>① 育児・介護休業法に規定する介護休業関係制度等を規定していることが確認できる部分 1① <input type="checkbox"/></p> <p>② 当該規定に関する労使協定 1② <input type="checkbox"/></p> <p>2 介護休業の取得及び職場復帰並びに介護休業関係制度の利用について、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日付が確認できる書類 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 対象労働者に係る「仕事と介護の両立支援プラン(面談シート兼用)」 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 対象労働者の介護休業関係制度に係る対象家族が要介護状態であることが確認できる書類 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5 対象労働者の雇用期間の定めが確認できる書類 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6 介護休業申出書 6 <input type="checkbox"/></p>		