

記入例【様式b-1号】

様式第b-1号(2019.4改正)

人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース)導入・運用計画(変更)書

人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース)導入・運用計画(変更)の認定を受けたいので、以下のとおり申請します。

また、国又は地方公共団体等から、様式b-1号別紙1に記入した「導入する介護福祉機器」にかかる補助金等を受けていないこと等の確認のため、労働局長が、様式第b-1号及び様式第b-1号別紙1に記載された情報のうち、必要最小限の情報に基づき、国又は地方公共団体等への照会及び国又は地方公共団体等からの照会に応じることに同意します。

令和●年2月15日

●● 労働局長 殿
 事業主 住所 〒●●●●-●●●●
 又は 名称 ●●●●●市●●●●●番地●●
 代理人 氏名 社会福祉法人 こうせいろうどう会
 厚労 花子



代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース)の支給に係る事業主(計画者)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則第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(計画者)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。

事業主 住所 〒
 又は 名称
 社会保険労務士
 (提出代行者・事務代理者) 氏名 印

計画変更時以外は消してください

計画期間開始日の6か月前から1か月前の日の前日までに提出してください。
 (例えば、計画期間の開始日が4月1日の場合は、2月末日までです。)

①申請事業主	(1)申請に係る事業所の雇用保険適用事業所番号	●●●●●-●●●●●-●●
	(2)-1 機器導入を行う事業所における、本計画書提出日の12か月前の日の属する月の初日の雇用保険一般被保険者数	30人
	(2)-2 機器導入を行う事業所における、本計画書提出日の12か月前の日の属する月の初日から本計画書提出日の属する月の前月末までの期間に離職した雇用保険一般被保険者数	8人
	(2)-3 うち定年退職又は重責解雇をした者等を除いた数	7人
	(3)申請に係る事業所の設立年月日	平成●●年●月●日
(5)導入・運用計画期間	令和●年4月1日～令和●年6月30日	

②申請予定額	(1)過去3年以内に本助成金等の支給(ただし、目標達成助成を除く)を受けたことの有無(裏面5参照)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	イ 本助成金等の受給済額	機器の導入日の属する月の“1日”が計画期間の開始日となります。計画期間は3か月から12か月の間で設定することができます。	600,000円
	ロ 直近の本助成金等の支給決定日		令和●年●月●日
	ハ 本助成金の受給限度額		900,000円
	(2)機器導入に係る対象経費見込額		
	イ 介護福祉機器の購入又は賃借に要する見込額		1,100,000円
	ロ 保守契約の見込額		30,000円
	ハ 導入機器の使用を徹底するための研修に要する見込額		10,000円
	合計額(イ+ロ+ハ)		1,140,000円
	(3)申請予定額	イ 機器導入助成((2)の額の25%。150万円を超えるときは、1,500,000と記入。ただし、(1)ハの額を超えるときは(1)ハの金額。)	
	ロ 目標達成助成((2)の額の20%又は35%。150万円を超えるときは、1,500,000と記入。)	20%の額	228,000円
		35%の額	399,000円
	合計(イ+ロ)	20%の額	513,000円
		35%の額	684,000円

人数規模区分に対応する低下目標を記載してください。

- 1~9人 ⇒ 1.5%ポイント
- 10~29人 ⇒ 1.0%ポイント
- 30~99人 ⇒ 0.7%ポイント
- 100~299人 ⇒ 0.5%ポイント
- 300人以上 ⇒ 0.3%ポイント

計算方法については裏面の【記入上の注意】をご確認ください。

③国又は地方公共団体等からの補助金等受給の有無	<input type="checkbox"/> 有() <input checked="" type="checkbox"/> 無				
④計画時離職率(①(2)-3/①(2)-1×100)	23.3%	⑤離職率の低下目標(①(2)-1の人数規模に応じる)	7%	⑥目標離職率(④-⑤。上限30%)	16.3%
⑦申請書作成担当者	助成 太郎	電話番号	●●-●●●●-●●●●		
社会保険労務士記載欄	作成年月日	電話番号			
	提出代行者・事務代理者の表示				

※申請欄(労働局記入)	受理年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日	認定番号	
	認定金額	20%の場合	円	35%の場合	円	
	事業所における雇用保険被保険者数	人	事業所における計画認定申請日の12か月前の日の属する月の初日から、本計画認定申請日の属する月の前月末までの期間に離職した雇用保険被保険者数	人		
	計画時離職率		0%	目標離職率(上限30%)		%
※規程欄(労働局専用)	備考					
	局長	部長	課長	課長補佐	係長	担当

記入不要欄

※ 別紙1にも必要事項をご記入ください。また、記載に当たっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧ください。

記入例 【様式b-1号 別紙】 (表面)

様式第 b-1 号別紙 1 (2019.4 改正)

人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース) 導入・運用計画対象経費内訳書【計画提出時】

令和●年2月5日

介護福祉機器を導入する事業所は以下のとおりです。

申請事業主名称 **社会福祉法人 こうせいろうどう会**

① 導入に係る事業所	(1) 名称	社会福祉法人こうせいろうどう会 かいご苑	(2) 事業内容	特別養護老人ホーム
	(3) 所在地	〒●●●●-●●●● ●●●●●●●●市●●●●●●●●番地●●●●		
	(4) 雇用保険適用事業所番号	●●●●●●-●●●●●●●●●●-●●		
	(5) 事業所の代表者の役職及び氏名	理事長 厚労 花子		
	(6) 当該事業所の介護労働者数	27 人		
	(7-1) 介護雇用管理責任者氏名	職安 健太		
	(7-2) 介護雇用管理責任者の周知方法	<input checked="" type="checkbox"/> 事業所内掲示 <input type="checkbox"/> 回覧 <input type="checkbox"/> 会議等の開催 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	(8) 事業所の現状・課題	<p>身体的負担軽減に資するような機器が施設内にないため、従業員は移乗時など要介護者を抱え上げて介助を行っている。昨年11月には身体的な疲労を理由に退職した従業員もいることから、今後はそのような退職者を出さないよう、本助成金を活用してリフトや介護スーツを導入し、ベッドから車いすへの移乗介助などに役立て、従業員の身体的負担を軽減させる必要がある。</p>		

(1) 品目	(2) 購入/賃借	(3) 見積単価	(4) 台数	(5) 支払予定額	(6) 支払(賃借)先	(7) 支払方法	(8) 導入予定日(賃借予定期間)
a ころろリフト	購入	275,000円	2台	550,000円	(株)ころろ	一括	令和●年4月15日
b 介護労働パワースーツ	購入	550,000円	1台	550,000円	(株)ころろ	一括	令和●年4月15日
c		円	台	円			
d		円	台	円			
(9) 導入機器の設置・整備場所				(10) 導入機器の用途			
a	施設2階 B室、C室			ベッドと車いすの間の移乗介助			
b	施設1階 A室			介護業務全般 (移乗介助・体位変換・入浴介助 等)			
c							
d							
イ 支払予定額合計		1,100,000円					

1年契約で、月単価1万円の支払っていたとき、合計で12万円を支払うこととなりますが、本助成金の助成対象となる経費は計画期間に対応する支払い済み分のみとなりますので、この場合は3か月分(1万円×3か月)の3万円を支払い予定額として記載します。

(1-1) 契約の有無	(1-2) 支払予定額	(1-3) 契約先	(1-4) 契約予定期間
a <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	円		～
b <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	30,000円	(株)ころろ	令和●年4月15日 ～ 令和▲年4月14日
c <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	円		～
d <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	円		～
ロ 支払予定額合計		30,000円	
(2) 保守契約をしない場合のメンテナンス方法・内容について		週に1度、動作確認及び部品の緩み、消耗箇所についての点検を行う。	

※裏面にも必要事項をご記入ください。

記入例 【様式b-1号 別紙】（裏面）

④ 導入機器の使用を徹底するための研修	(1) 研修内容		(2) 支払予定額		(3) 研修の実施団体名		(4) スケジュール	
	a	操作方法、メンテナンスのポイント等	5,000	円	(株) こうろう		令和●年 4月15日	～ 令和●年 4月15日
	b	操作方法、使用上の注意等	5,000	円	(株) こうろう		令和●年 4月15日	～ 令和●年 4月15日
	c			円			～	
	d			円			～	
	ハ 支払予定額合計		10,000	円				
合計額 (イ+ロ+ハ)		1,140,000	円					
⑤ 導入効果の把握								
(1) 導入前アンケート	実施予定日	令和●年 3月15日	対象者（機器の導入部署の介護労働者数（導入部署に異動予定も含む。））			20	人	
(2) 導入後アンケート	実施予定日	令和●年 6月20日	対象者（機器の導入部署の介護労働者数（導入部署に異動予定も含む。））			20	人	

導入前アンケートおよび導入後アンケートについては計画期間終了後、支給申請時にまとめて提出していただく予定のものです。

導入前アンケートは本計画書一式を提出後、計画期間が始まるまでに、介護福祉機器を導入する部署で、介護福祉機器を使用する介護労働者だけでなく介護関係業務に従事している全ての介護労働者（雇用保険一般被保険者以外も含む）に実施する必要があります。

導入後アンケートは介護福祉機器の導入後、計画期間が終わるまでの間に、導入前アンケートに回答した同一人物に対して行う必要があります。

したがって、計画期間中に離職や、他部署へ異動予定の従業員がいることが確定している場合でない限り、こちらに記載する導入前アンケートと導入後アンケートの対象者の人数は同数となります。

記入例 【様式b-5号】

様式第b-5号 (2019.4改正)

人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース/機器導入助成) 支給申請書

人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース/機器導入助成)の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。
 また、国又は地方公共団体等から、様式b-5号別紙に記入した「導入した介護福祉機器」にかかる補助金等を受けていないことの確認のため、労働局長が、様式第b-5号及び様式第b-5号別紙に記載された情報のうち、必要最小限の情報に基づき、国又は地方公共団体等への照会及び国又は地方公共団体等からの照会に応じることに同意します。

なお、本申請日時点において、雇用保険被保険者資格取得届及び雇用保険被保険者資格喪失届について、届出漏れがないことを申し添えます。

●● 労働局長 殿 事業主 住所 〒 ●●●●-●●●●
 ●● 県●●市●●●●番地●●
 又は 名称 社会福祉法人 こうせいろどう会
 代理人 氏名 厚労 花子

令和●年 7月15日



代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース/機器導入助成)の支給に係る申請事業主の住所、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則第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、上欄に申請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。

事業主又は 住所 〒
 社会保険労務士 名称
 (提出代行者・事務代理者) 氏名 印

計画期間終了後2か月以内に提出してください。
 (例えば、計画期間が6月末日までの場合は、8月末日が提出の切りです。)

①雇用保険適用事業所番号		●●●●-●●●●-●●	
②導入・運用計画期間		令和●年 4月 1日 ~ 令和●年 6月 30日	
③認定年月日		令和●年 3月 1日	④認定番号
		●●●●●●●●	
⑤支給申請額	(1)過去3年以内に本助成金等の支給(ただし、目標達成助成を除く)を受けたことの有無(裏面3参照)		<input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
	イ	本助成金等の受給済額	600,000円
	ロ	直近の本助成金等の支給決定日	令和●年●月●日
	ハ	本助成金の受給限度額	900,000円
	(2)導入・運用に係る対象経費		
イ	介護福祉機器の購入又は賃借額	1,100,000円	
ロ	保守契約額	30,000円	
ハ	導入機器の使用を徹底するための研修費用	10,000円	
合計額(イ+ロ+ハ)		1,140,000円	
(3)基準額((2)の額の25%。150万円を超えるときは1,500,000と記入)		285,000円	
(4)支給申請額((3)の額が(1)ハの額を超えるときは(1)ハの金額を記入)		285,000円	
⑥使用状況について	導入機器を転用、譲渡、売却、解約又は改造したことがある		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	正当な理由なく機器の一部又は全部を設置していない又は設置するも恒常的に使用していない		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	適正な使用や管理を怠ったことにより導入機器が使用不可能となっている		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	介護福祉機器を導入する事業所の介護労働者以外の労働者が恒常的に使用している		<input type="checkbox"/> はい・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑦国又は地方公共団体等からの補助金等受給の有無		<input type="checkbox"/> 有()・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
⑧申請書作成担当者		助成 太郎	電話番号
			●●-●●●●-●●●●
社会保険労務士記載欄	作成年月日		電話番号
提出代行・事務代理者の表示			
※処理欄(労働局記入)	受理年月日	年 月 日	支給(不支給)決定年月日
			年 月 日
	支給(不支給)決定金額	円	支給(不支給)決定番号
	導入前アンケート回収率(回収率80%以上)	<input type="checkbox"/> 達成・ <input type="checkbox"/> 未達成	導入後アンケート回収率
			<input type="checkbox"/> 達成・ <input type="checkbox"/> 未達成
改善率	<input type="checkbox"/> 達成		<input type="checkbox"/> 支給・ <input type="checkbox"/> 不支給
備考			
※決裁欄(労働局使用)	局長	部長	課長
			課長補佐
			係長
			担当

記入不要欄

※ 別紙にも必要事項をご記入ください。
 ※ 記載に当たっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧ください。


記入例 【様式b-6号】

様式第 b-6 号 (2019.4 改正)

人材確保等支援助成金（介護福祉機器助成コース） 介護福祉機器販売・賃貸証明書

下記事業所の設置・整備に係る介護福祉機器を販売または賃貸したことを証明します。

●● 労働局長 殿

1 証明者 販売または賃貸を行った者	証明年月日	令和●年 4 月 15 日	
	(フリガナ) カブシキガイシャコウロウダイヒョウトリシマリヤクカイゴキヨシ 氏名 株式会社こうろう 代表取締役 介護 清志		
	(証明者が法人の場合は、主たる事業所の所在地、法人の名称、代表者の氏名を記入。)		
	住所 (〒 ●●●-●●●●) (Tel. ●●-●●●●-●●●●)	●●県●●市●番地●●ビル●階	
証明書作成担当者	所属(部課)	営業部介護施設担当	
	氏名	労働 健一	
2 導入事業主 販売または賃貸の相手方	(フリガナ) シャカイフクシホウジン コウセイロウドウカイ リジチョウ コウロウハナコ 氏名 社会福祉法人 こうせいろどう会 理事長 厚労 花子	(事業主が法人の場合は、主たる事業所の所在地、法人の名称、代表者の氏名を記入。)	
	住所 (〒 ●●●-●●●●) (Tel. ●●-●●●●-●●●●)	●●県●●市●●●●番地●●	
3 販売に係る証明	物品等の名称(製品番号)	販売価格(単位:円)	
	(1) こうろうリフト(●●●●) 2台 (2) 介護労働パワースーツ(●●●●) 1台	(1) 275,000円(税込み) ※1台あたり (2) 550,000円(税込み)	
	合計額	1,100,000(税込み) 円	
4 賃貸に係る証明	(賃貸の場合) 賃貸借契約期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	(賃貸の費用) 年額または月額	円(うち受領済額 円)	
5 導入事業所及び 搬入場所	住所 (〒 ●●●-●●●●) (Tel. ●●-●●●●-●●●●)	●●県●●市●●●●番地●●	
	名称	社会福祉法人 こうせいろどう会 かいご苑 施設内	

【導入事業主記載欄】 6 1の証明者との関係等 (該当する選択肢に○)	イ 1の証明者との関係において、 (イ) 発行済株式の総数または出資の総額に占める所有株式数または出資の割合が、50%を超える。 (ロ) 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であるか、または取締役を兼務している者が過半数を超える。 (ハ) (イ)、(ロ)のいずれにも該当しない。
	ロ 当該物品等に係る取引について (イ) 配偶者間の取引又は1親等の親族間の取引である。 (ロ) 法人とその代表者間、法人とその代表者の配偶者間、法人とその代表者の1親等の親族間、法人とその取締役間又は法人とその理事間の取引である。 (ハ) 代表者が同一人、配偶者間又は1親等の親族間における法人間の取引である。 (ニ) (イ)から(ハ)のいずれにも該当しない。

※ この証明書は、販売店ごとまたは一契約ごとに1枚ずつ提出してください。
 なお、資本的及び経済的関連性がある事業主間の取引及び親族間等の取引による機器については、対象とはなりません。

記入例 【様式b-7号】

様式第 b-7 号 (2019.4 改正)

人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース/目標達成助成) 支給申請書

人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース/目標達成助成) の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。
 なお、本申請日時点において、雇用保険被保険者資格取得届及び雇用保険被保険者資格喪失届について、届出漏れがないことを申し添えます。

令和▲年 7 月 10 日

●● 労働局長 殿

事業主 住所 〒
 又は 名称
 代理人 氏名

●●●●●●-●●●●●●
 ●●●●●●市●●●●●●番地●●●●
 社会福祉法人 こうせいろうどう会
 厚労 花子



代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に人材確保等支援助成金(介護福祉機器助成コース/目標達成助成)の支給に係る申請事業主の住所、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則第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、上欄に申請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。

事業主又は 住所 〒
 社会保険労務士 名称
 (提出代行者・事務代理者) 氏名

印

評価時離職率算定期間(計画期間終了日の翌日から1年間)終了後2か月以内に提出してください。
 (例えば、評価時離職率算定期間期間が6月末日までの場合は、8月末日が提出×切りです。)

①雇用保険適用事業所番号	●●●●●●-●●●●●●-●●		
②導入・運用計画期間	令和●年 4 月 1 日 ~		令和●年 6 月 30 日
③認定年月日	令和●年 3 月 1 日	④認定番号	●●●●●●●●
⑤-1 導入・運用計画期間の末日の翌日時点の雇用保険一般被保険者数			27 人
⑤-2 対象の事業所における計画期間終了日の翌日から起算して12か月を経過する日までの1年間の離職者数			3 人
⑤-3 うち定年退職及び重責解雇した者を除いた数			3 人
⑥計画時離職率	23.3 %	⑦目標離職率(上限30%)	13.3 %
		⑧評価時離職率 (⑤-3/⑤-1×100)	11.1 %
⑨ 申請金額	(1) 導入・運用に係る対象経費		1,140,000 円
	(2) 生産性要件に係る支給申請であるか		<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	(3) 支給申請額(算出した額が150万円を超えるときは1,500,000と記入。)		
	(2)で「はい」を選択した場合((1)の額の35%。)		円
	(2)で「いいえ」を選択した場合((1)の額の20%。)		228,000 円
⑩ 使用状況について	導入機器を転用、譲渡、売却、解約又は改造したことがある		<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	正当な理由なく機器の一部又は全部を設置していない又は設置するも恒常的に使用していない		<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	適正な使用や管理を怠ったことにより導入機器が使用不可能となっている		<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	介護福祉機器を導入する事業所の介護労働者以外の労働者が恒常的に使用している		<input type="checkbox"/> はい ・ <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑪ 国等からの補助金等受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 () ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		
⑫ 申請書作成担当者	助成 太郎		電話番号 ●●●-●●●●●●-●●●●●●
社会保険労務士記載欄	作成年月日	電話番号	
	提出代行・事務代理者の表示		
※ 処理欄 (労働局記入)	受理年月日	年 月 日	支給(不支給)決定年月日 年 月 日
	支給(不支給)決定金額	円	支給(不支給)決定番号
	計画期間の末日の翌日時点の雇用保険一般被保険者数	人	計画期間の末日の翌日から起算して12か月を経過する日までの1年間で離職した者の数
	評価時離職率	%	離職率
	備考	記入不要欄	
※ 決裁欄 (労働局使用)	局長	部長	課長
			課長補佐
			係長
			担当

※ 別紙にも必要事項をご記入ください。
 ※ 記載にあたっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧ください。

【！】必ずお読みください

次の①又は②に該当する場合は、こちらをご記入ください。

①主たる事業が介護事業“以外”の場合

②介護労働者全てが雇用保険一般被保険者でない場合

「介護労働者名簿」は、本助成金を申請する事業主が、介護事業のみを経営する場合や、介護事業と併せて介護事業以外の事業を経営しており、主たる事業が介護事業である場合は、②の場合を除き提出不要です。

記入例 【様式b-1号 別紙2】（表面）

様式第 b-1 号別紙 2 (2019.4)

介護労働者名簿

事業所名 社会福祉法人 しょくあん苑

計画時離職率算定期間の初日（計画書を提出する日の12か月前の日の属する月の初日）時点の介護関係業務に従事する労働者をご記入ください。

（例）計画書の提出日：令和元年12月15日

12か月前の日の属する月の初日：平成30年12月1日

I. 計画時離職率算定期間の初日時点の介護労働者

(1)	①氏名	厚労 健太	
	②雇用保険被保険者番号	●●●●●-●●●●●●●●●●	
	③計画時離職率算定期間の初日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者	<input type="checkbox"/> 一般被保険者以外
(2)	①氏名	職安 花子	
	②雇用保険被保険者番号	●●●●●-●●●●●●●●●●	
	③計画時離職率算定期間の初日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者	<input type="checkbox"/> 一般被保険者以外
(3)	①氏名	労働 洋子	
	②雇用保険被保険者番号	●●●●●-●●●●●●●●●●	
	③計画時離職率算定期間の初日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者	<input type="checkbox"/> 一般被保険者以外
(4)	①氏名	助成 太郎	
	②雇用保険被保険者番号	●●●●●-●●●●●●●●●●	
	③計画時離職率算定期間の初日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者	<input type="checkbox"/> 一般被保険者以外
(5)	①氏名	雇用 豊	
	②雇用保険被保険者番号		
	③計画時離職率算定期間の初日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者以外
(6)	①氏名	介護 広美	
	②雇用保険被保険者番号		
	③計画時離職率算定期間の初日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者以外
()	①氏名		
	②雇用保険被保険者番号		
	③計画時離職率算定期間の初日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者	<input type="checkbox"/> 一般被保険者以外
()	①氏名		
	②雇用保険被保険者番号		
	③計画時離職率算定期間の初日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者	<input type="checkbox"/> 一般被保険者以外

9人目以降の介護労働者がいる場合は、本紙（表面）を印刷又はコピーの上、ご記入ください。

記入例 【様式b-1号 別紙2】 (裏面)

Ⅱ. 計画時離職率算定期間に1日以上在職していた介護労働者

(1)	①氏名	厚労 健太		
	②雇用保険被保険者番号	●●●●-●●●●●●-●		
	③計画時離職率算定期間の末日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外		
	④離職の有無	<input type="checkbox"/> 離職	⑤離職理由	<input type="checkbox"/> 重責解雇等
(2)	①氏名	職安 花子		
	②雇用保険被保険者番号	●●●●-●●●●●●-●		
	③計画時離職率算定期間の末日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外		
	④離職の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 離職	⑤離職理由	<input type="checkbox"/> 重責解雇等 <input checked="" type="checkbox"/> 重責解雇等以外
(3)	①氏名	労働 洋子		
	②雇用保険被保険者番号	●●●●-●●●●●●-●		
	③計画時離職率算定期間の末日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外		
	④離職の有無	<input type="checkbox"/> 離職	⑤離職理由	<input type="checkbox"/> 重責解雇等 <input type="checkbox"/> 重責解雇等以外
(4)	①氏名	助成 太郎		
	②雇用保険被保険者番号	●●●●-●●●●●●-●		
	③計画時離職率算定期間の末日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外		
	④離職の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 離職	⑤離職理由	<input type="checkbox"/> 重責解雇等 <input checked="" type="checkbox"/> 重責解雇等以外
(5)	①氏名	雇用 豊		
	②雇用保険被保険者番号			
	③計画時離職率算定期間の末日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者以外		
	④離職の有無	<input type="checkbox"/> 離職	⑤離職理由	<input type="checkbox"/> 重責解雇等 <input type="checkbox"/> 重責解雇等以外
(6)	①氏名	介護 広美		
	②雇用保険被保険者番号			
	③計画時離職率算定期間の末日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者以外		
	④離職の有無	<input type="checkbox"/> 離職	⑤離職理由	<input type="checkbox"/> 重責解雇等 <input type="checkbox"/> 重責解雇等以外
(7)	①氏名	厚生 隆史		
	②雇用保険被保険者番号	●●●●-●●●●●●-●		
	③計画時離職率算定期間の末日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外		
	④離職の有無	<input type="checkbox"/> 離職	⑤離職理由	<input type="checkbox"/> 重責解雇等 <input type="checkbox"/> 重責解雇等以外
()	①氏名			
	②雇用保険被保険者番号			
	③計画時離職率算定期間の末日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外		
	④離職の有無	<input type="checkbox"/> 離職	⑤離職理由	<input type="checkbox"/> 重責解雇等 <input type="checkbox"/> 重責解雇等以外

【計画時離職率算定期間】
 計画書を提出する日の12か月前の日の属する月の初日から、計画書を提出する日の属する月の前月末まで
 (例) 計画書の提出日：令和元年12月15日
 計画時離職率算定期間
 ：平成30年12月1日～令和元年11月30日

本紙表面に記入した介護労働者に加え、計画時離職率算定期間に新たに採用した者、新たに採用したが、離職した者についてもご記入ください。

計画時離職率算定期間に離職した者

計画時離職率算定期間に新たに採用した者

9人目以降の介護労働者がいる場合は、本紙(裏面)を印刷又はコピーの上、ご記入ください。

※ 介護労働者数

- 1：Ⅰについては、主たる事業が介護事業以外の場合は介護労働者のうち雇用保険一般被保険者の数
 介護労働者すべてが雇用保険一般被保険者ではない場合は、すべての介護労働者の数
 = 名 (様式第 b-1 号①(2)-1 に相当)
- 2：Ⅱ-④について離職している者の数 = 名 (様式第 b-1 号①(2)-2 に相当)
- 3：2のうち、Ⅱ-⑤について重責解雇等以外の者の数 = 名 (様式第 b-1 号①(2)-3 に相当)

- ・ 厚労 健太
 - ・ 職安 花子
 - ・ 労働 洋子
 - ・ 助成 太郎
-
- ・ 職安 花子
 - ・ 助成 太郎

記入例 【様式b-7号 別紙】（表面）

様式第 b-7 号別紙（2019.4 改正）

介護労働者名簿

事業所名 社会福祉法人 しょくあん苑

評価時離職率算定期間の初日（導入・運用計画期間の終了日の翌日）時点の介護関係業務に従事する労働者をご記入ください。
 （例）導入・運用計画期間：令和2年2月1日～4月30日
 評価時離職率算定期間の初日：令和2年5月1日

I. 評価時離職率算定期間の初日時点の介護労働者

(1)	①氏名	厚労 健太	
	②雇用保険被保険者番号	●●●●●-●●●●●●●●●●-●	
	③評価時離職率算定期間の初日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外	
(2)	①氏名	労働 洋子	
	②雇用保険被保険者番号	●●●●●-●●●●●●●●●●-●	
	③評価時離職率算定期間の初日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外	
(3)	①氏名	雇用 豊	
	②雇用保険被保険者番号		
	③評価時離職率算定期間の初日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者以外	
(4)	①氏名	介護 広美	
	②雇用保険被保険者番号		
	③評価時離職率算定期間の初日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者以外	
(5)	①氏名	厚生 隆史	
	②雇用保険被保険者番号	●●●●●-●●●●●●●●●●-●	
	③評価時離職率算定期間の初日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外	
(6)	①氏名	福祉 守	
	②雇用保険被保険者番号	●●●●●-●●●●●●●●●●-●	
	③評価時離職率算定期間の初日時点の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外	
()	①氏名		
	②雇用保険被保険者番号		
	③評価時離職率算定期間の初日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外	
()	①氏名		
	②雇用保険被保険者番号		
	③評価時離職率算定期間の初日時点の状況	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 一般被保険者以外	

導入・運用計画期間中に新たに採用した者

9人目以降の介護労働者がいる場合は、本紙（表面）を印刷又はコピーの上、ご記入ください。

