

3 - 2 正規・無期転換 対象労働者詳細

		番号				
氏名				雇用保険被保険者番号		
生年月日・年齢	昭和・平成 年 月 日（ 歳）					
転換の状況 （該当する番号を○で囲む）		1.有期 → 正規 4.有期 → 多様な正社員 2.有期 → 無期 5.無期 → 多様な正社員 3.無期 → 正規				
(多様な正社員への転換の場合のみ) 制度の種類 （該当する番号を○で囲む）		1.勤務地限定正社員制度 2.職務限定正社員制度 3.短時間正社員制度				
転換日	平成 年 月 日		転換後6か月分の賃金を支給した日		平成 年 月 日	
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合のみ) 労働条件について長期雇用を前提とした正社員待遇が適用されているか（総合的に改善されているか）	適用されている ・ 適用されていない		労働契約法第18条に基づく期間の定めのない労働契約の締結の申込みをする権利を有しているか		有している ・ 有していない	
雇用が約束されていたかの確認（以下(1)～(2)のいずれかに記入）						
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) (1) 正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用することをあらかじめ約していたかどうか			約していた ・ 約していなかった			
(無期雇用労働者へ転換の場合) (2) 無期雇用労働者として雇用することをあらかじめ約していたかどうか			約していた ・ 約していなかった			
過去3年以内の雇用状況の確認（以下(1)～(2)のいずれかに記入）						
(正規雇用労働者または多様な正社員へ転換の場合) (1) 当事業主に正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用されていたかどうか			雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
(無期雇用労働者へ転換の場合) (2) 当事業主に正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者として雇用されていたかどうか			雇用されていた ・ 雇用されていなかった			
対象労働者が、転換を行った事業所の事業主または取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族をいう。）に該当するかどうか				該当する ・ 該当しない		
転換日の前日から起算して1年6か月前の日から当該転換日の前日から起算して6か月前の日の前日までの間（以下「基準期間」という。）において、当該転換に係る者を以下の雇用区分aまたはbのいずれかにより雇用していた事業主（当該転換を行った適用事業所と基準期間における適用事業所が同一である場合を除く。）との間において、資本的、経済的、組織的関連性等から密接な関係（ 1 ）にある事業主に雇用されていなかったかどうか <雇用区分> a 正規雇用労働者又は多様な正社員に転換される場合：正規雇用労働者又は多様な正社員として雇用 b 無期雇用労働者に転換される場合：正規雇用労働者、多様な正社員又は無期雇用労働者 1 ・基準期間において、他の事業主の総株主又は総社員の議決数の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における、親会社又は子会社であること。 ・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こと又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めていること。				雇用されていた ・ 雇用されていなかった		
対象労働者が、障害者総合支援法に基づく就労継続支援A型の事業における利用者に該当するかどうか				該当する ・ 該当しない		
本人確認	上記の内容について間違いのないことを確認し、また、雇用形態を転換することに同意しました。あわせて、本助成金の支給申請に要する費用について本人負担がなかったことを確認します。 平成 年 月 日 (本人署名) 印 (保護者の場合続柄:)					

様式第 4 号（別添様式 3－2）（第 2 面）

記入上の注意

- この様式は、次の点に注意して記入してください。
- 1 別添様式 3－1（第 1 面）に記載した対象労働者ごとに番号を付け、当該対象労働者の詳細を記入してください。
また、対象労働者の年齢については、転換日または直接雇用日における年齢を記入してください。
 - 2 「本人確認」欄には、すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないか、対象労働者が確認の上、記名押印又は自筆による署名をしてください。障害の内容により本人による確認が難しい場合は、保護者が確認、記名押印又は自筆による署名をしてください。その場合、続柄を記入してください。
 - 3 用紙が不足する場合は、様式第 4 号（別添様式 3－2）（継紙）に記入し、本紙に添付してください。

