

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護休業))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護休業))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

申請事業主 所在地 〒

労働局長 殿

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。

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 <small>(日本標準産業分類の中分類を記入)</small>		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	④電話番号		
	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						<input type="checkbox"/> はい	<input 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					

【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1号②の様式又は【介】様式第1号③の様式とともに(業務代替支援加算を申請する場合は【介】様式第5号④又は【介】様式第5号⑤、個別周知・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0402a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0301a-Iの支給を受けようとする場合は、支給要領0402a-Iから「**手の全ての書類の写しを、支給要領0301a-Iの支給を受けようとする場合は、支給要領0402a-Iから**」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必要があります。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4-3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、過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金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

- 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(以下、「不正受給」という。)(以下、「不正受給」)により、支給申請日又は支給決定日の時点で、5年間の不正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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)
- 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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)に規定する接客業務受託営業(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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)
- 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。)(以下、「不正受給」)
- (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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)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
- ア 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
- イ 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
- ウ 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
- エ 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
- オ 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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)を行った事業主等であって、事業活動を継続する見込みがある者を除く。)(以下、「不正受給」)
- 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
- ル 「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
- ロ 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」J0902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。)(以下、「不正受給」)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。)(以下、「不正受給」)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、又は受けようとする事業主等については、不正給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、納付日まで不正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。)(以下、「不正受給」)
- 6 代理人が申請する場合にあつては、委任状(原本に限る。)(以下、「不正受給」)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。

中小企業事業主のみ対象

介護離職防止支援コース(介護休業)詳細【休業取得時】

申請事業主:

I. 事業主

① 介護休業関係制度(※1)の規定年月日
(該当する番号を○で囲む)

年 月 日

※1「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。

II. 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

氏名		雇用保険 被保険者番号		雇用保険被保険者となった年月日	年 月 日
雇用契約期間	年 月 日 ~	年 月 日	雇用契約期間の確認書類(該当する番号を○で囲む) 1 労働条件通知書または雇用契約書 2 その他()		

対象となる
要介護家
族

労働者

介護休業取得の

④ 介護休業取得者

初回面談の実施日

年 月 日

対象介護休業取得
対象介護休業取得
ついて記録している
の両立支援面談シ

はい ☐ いいえ

はい ☐ いいえ

面談者確認
欄

⑤ 業務の整理、引き継ぎ

引継ぎ
を行った
日

年 月 日

者
確認欄

(所属)

(氏名)

⑥ 介護休業期間(※合計5日以上であることが条件)

介護休業期間	①	年 月 日 ~	年 月 日	※書き切れない場合は、余白に記載してください。 ※法定通りの制度である場合、分割して休業を取得できるのは3回までです。4回以上の分割については、就業規則等に規定している場合のみ対象となります。	取得日数 合計 日
	②	年 月 日 ~	年 月 日		
	③	年 月 日 ~	年 月 日		
	④	年 月 日 ~	年 月 日		
	⑤	年 月 日 ~	年 月 日		

休業申出に関する
書類の添付

☐ はい
☐ いいえ

取得実績の
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()

所定労働日
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()

⑦ 本人確認欄

上記については、記載のとおりです。

(氏名)

連絡先電話番号

— —

⑧

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。
※「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。

☐ はい ☐ いいえ

<支給申請額>

企業規模

☐ 中小企業である

個別周知・環境整備加
算の申請

☐ 有 ※「有」の場合は【介】様式
第6号と必要書類も添付
すること。
☐ 無

対象労働者

支給単価

中小企業300,000円

うち個別周知・環境整備
加算の対象労働者

支給単価

中小企業150,000円

支給申請額

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。

中小企業事業主のみ対象

介護離職防止支援コース(介護休業)詳細【職場復帰時】

○支給申請に係る労働者

※複数人となる場合は、本欄を人数分追加してください。

申請事業主:

① 労働者の属性、休業期間

氏名

取得日数

介護休業期間

介護休業取得の直前又は在宅勤務している

①

②

③

④

⑤

取得日数

日

はい

いいえ

② 原職等復帰

復帰日

休業終了後のフォロー面談を行った日

欄

(所属)

(氏名)

休業前後の状況

事業所

部署・係

職務

役職

所定労働日数

所定労働時間

賃金(基本給、手当、賞与等)

その他の労働条件等

介護休業前

職場復帰後

休業前と職場復帰後で労働条件等が異なっている場合はその理由

介護休業終了日の翌日から起算して3か月の間の就労割合が5割以上である。※詳細の算定方法については支給要領0301a口(口)を参照

はい

いいえ

③ 本人確認欄

上記については、記載のとおりです。

(氏名)

連絡先電話番号

-

-

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。

※「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。

はい

いいえ

<支給申請額>

企業規模

中小企業である

業務代替支援加算の申請

有(新規雇用)

有(手当支給等)

無

※対象労働者1名につきいずれか1つのみ申請可能。

※「有」の場合は【介】様式第5号①又は②と必要書類も添付すること。

対象労働者

支給単価

人 ×

中小企業 300,000円

うち業務代替支援加算(新規雇用)の対象労働者

支給単価

人 ×

中小企業 200,000円

うち業務代替支援加算(手当支給等)の対象労働者

支給単価

支給申請額

※休業取得時と同一の対象介護休業取得者である場合のみ。

+ 人 × 中小企業 50,000円 = 円

介護離職防止支援コース(介護休業)詳細

○支給申請に係る労働者

I. 事業主

申請事業主:

① 介護休業関係制度(※)の規定年月日	年	月	日
② 介護休業取得者の原職等への復帰規定年月日	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。

II. 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。

③ 労働者の属性、休業期間													
氏名				雇用保険被保険者番号			雇用保険被保険者となった年月日	年	月	日			
介護休業期間	①	年	月	日	～	年	月	日	取得日数 ※所定労働日数でカウント <div></div> 日				
	②	年	月	日	～	年	月	日					
	③	年	月	日	～	年	月	日					
対象となる 要介護家族	氏名			要介護状態の確認書類(該当する番号を○で囲む) 1 介護保険の被保険者証(※) 2 医師等が交付する証明書 3 その他()									
	労働者との続柄			※要介護認定結果の記載のある部分									
介護休業取得の直前又は職場復帰時において在宅勤務している				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		(在宅勤務をしている場合)本人の希望によるものである				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
④ 介護休業取得者との面談、介護支援プランの作成													
初回面談の実施日				年	月	日	介護支援プランの作成日				年	月	日
対象介護休業取得者の上司又は人事労務担当者と対象介護休業取得者が面談を実施した上で結果について記録しているか。([介]様式第4号「仕事と介護の両立支援面談シート兼介護支援プラン」)				<input type="checkbox"/> はい		面談結果を踏まえて介護支援プランを作成しているか。([介]様式第4号「仕事と介護の両立支援面談シート兼介護支援プラン」)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
				<input type="checkbox"/> いいえ		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 <input type="checkbox"/> いいえ			
⑤ 業務の整理、引き継ぎの実施													
引継を行った日		年	月	日									
⑥ 原職等復帰													
復帰日		年		月		日		労働者の希望(該当する番号を○で囲む)		1 原職等復帰	2 それ以外		
								面談の結果(該当する番号を○で囲む)		1 原職等復帰	2 それ以外		
休業前後の状況		介護休業前				職場復帰後							
職務													
所定労働時間		所定労働時間:		時間	分	所定労働時間:		時間	分				
		所定労働日又は所定労働日数:				所定労働日又は所定労働日数:							
職制上の地位													
上記に係る手当の有無													
備考													
介護休業終了日の翌日から起算して3か月の間の就労割合が5割以上であるか。(※)				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ									

(※)詳細の算定方法については支給要領0301aを参照してください。

⑦ 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。	<input type="checkbox"/> 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 ×

400,000円

600,000円

※休業日数が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。

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))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

申請事業主 所在地 〒

労働局長 殿

名称

氏名

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。

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 <small>(日本標準産業分類の中分類を記入)</small>	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	④電話番号	
	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		<input type="checkbox"/> はい <input 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					

【介】様式第2号①(介護両立支援制度)(注意事項)
(提出上の注意)

- 1 この支給申請書は、【介】様式第2号②の様式とともに(個別周知・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0402b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0402bイからチに記載する全ての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)が添付されている必要があります。なお、過去に両立支援助成金(介護離職防止コース(介護休業、又は介護両立支援制度又は業務代替支援))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43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、過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(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年間の不正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
- ア 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
- イ 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
- ウ 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
- エ 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
- ロ 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、不正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、納付日まで不正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つては、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。

中小企業事業主のみ対象

介護離職防止支援コース(介護両立支援制度)詳細

I. 事業主

申請事業主:

① 介護休業関係制度(※1)及び介護両立支援制度の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)	年 月 日	1 労働協約	2 就業規則
② 介護支援プラン関係	年 月 日	1 実施要領 4 介護休業規程 7 その他 ()	2 通達 5 社内報 6 イン트라ネット 3 マニュアル 6 イン트라ネット

※1「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。

II. 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。

③④ 労働者の属性					
氏名	雇用保険被保険者番号		雇用保険被保険者となった年月日		年 月 日
雇用契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		雇用契約期間の確認書類(該当する番号を○で囲む) 1 労働条件通知書または雇用契約書 2 その他 ()		
対象となる要介護家族	氏名	要介護状態の確認書類(該当する番号を○で囲む)			
	労働者との続柄	1 介護保険の被保険者証(※) 2 医師等が交付する証明書類 3 その他 ()			
※要介護認定結果の記載のある部分					
介護休業取得の直前又は職場復帰時において在宅勤務している			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (在宅勤務をしている場合) 本人の希望によるものである <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

③④ 介護両立支援制度利用者との面談、介護支援プランの作成					
介護支援プランには、対象介護両立支援制度利用者の円滑な利用のための措置として、少なくとも制度利用期間中の業務体制の検討に関する取組が定められているか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
面談日	年 月 日	面談者確認欄	左記については、記載のとおりです。(連絡先電話番号) - -		
プラン作成日	年 月 日		(所属) (氏名)		

④⑤ 介護両立支援制度の導入及び利用実績					
↓導入及び利用した制度に○を付ける(いずれか1つ)		制度利用期間(※2)		制度の利用状況	
導入	利用				
		所定外労働の制限制度	年 月 日 ~ 年 月 日	所定外労働がありうる労働者である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 制度利用開始日の前日以前3か月間の合計所定外労働時間 時間	
		時差出勤制度	年 月 日 ~ 年 月 日	始業・終業時刻の <input type="checkbox"/> 繰り上げ <input type="checkbox"/> 繰り下げ 時間	
		深夜業制限制度	年 月 日 ~ 年 月 日	深夜業がありうる労働者である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 制度利用開始日の前日以前3か月間の深夜勤務実績 日	
		短時間勤務制度	年 月 日 ~ 年 月 日	所定労働時間 時間を 時間 分短縮 制度利用期間中の時間当たりの基本給等の水準及び基準が制度利用前を下回っていないことが確認できる書類の番号を○で囲む(※3) 1 制度利用前後の賃金台帳 2 賃金取扱を定めた規定 3 制度利用で賃金が減額している場合は、減額計算について説明した資料	
		介護のための在宅勤務テレワーク制度	年 月 日 ~ 年 月 日	左記期間中の所定労働日に在宅勤務テレワーク制度を利用した日数(介護のために当該制度を利用したことが確認できない日を除く) 日	
		法を上回る介護休暇制度	最初に利用させた日 年 月 日 ~ 年 月 日	有給休暇であって、時間単位で取得できる制度となっている(育児・介護休業法の改正に伴い、令和3年1月1日より介護休暇を時間単位で取得できるようにする必要があります) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 対象家族1人につき1年度5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	
		介護のためのフレックスタイム制度	年 月 日 ~ 年 月 日	左記期間中の所定労働日にフレックスタイム制度を利用した日数(介護のために当該制度を利用したことが確認できない日を除く) 日	
		介護サービス費用補助制度	最初に利用させた日 年 月 日 ~ 年 月 日	介護サービスの内容(該当する番号を○で囲む) 1 訪問介護 2 通所介護(デイサービス) 3 短期入所(ショートステイ) 4 その他 () 利用額: 円(うち、事業主負担額 円) ※ 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のこと。	

(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。

制度利用申出に関する書類の添付	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	制度利用期間及びその前後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 2 就業規則 3 企業カレンダー 4 シフト表 5 その他 ()
合計20日以上(※2)の介護両立支援制度利用終了後引き続き雇用保険の被保険者として1か月以上雇用しており、さらに支給申請日において雇用しているか。 <input 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。 連絡先電話番号 - - (氏名)		

注 ※2 合計20日間以上制度利用させた期間。ただし、法を上回る介護休暇制度、介護サービス費用補助制度は制度利用開始日から6か月間となります。
※3 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。

(裏面に続く)



<p>⑦ 介護両立支援制度について、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。 ※「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。</p>	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

<支給申請額>

企業規模	<input type="checkbox"/> 中小企業である	環境整備加算の申請	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は【介】様式第6号と必要書類も添付すること。 <input type="checkbox"/> 無
------	----------------------------------	-----------	--

対象労働者	支給単価	うち環境整備加算の対象労働者	支給単価環境整備加算	支給申請額
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 制度1つ導入 200,000円(20日利用) <input type="checkbox"/> 制度2つ以上導入 250,000円(20日利用) <input type="checkbox"/> 制度1つ導入 300,000円(60日利用) <input type="checkbox"/> 制度2つ以上導入 400,000円(60日利用)	<input type="text"/>	中小企業-100,000円	<input type="text"/> 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。

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

申請事業主 所在地 〒

労働局長 殿

名称

氏名

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。

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 <small>(日本標準産業分類の中分類を記入)</small>	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	<input type="checkbox"/> はい <input 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						

【介】様式第1号①(介護休業)(注意事項)

(提出上の注意)

- 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。
- 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)

- 「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。
- 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。
- 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。
- 1⑤欄は、いわゆる払込み済資本金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。
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(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年間の不正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
e 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。))を行った事業主等であって、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」J0902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
- 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。
- 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、不正給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、納付日まで不正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つては、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。

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~~加算~~／新規雇用))支給申請書

中小企業事業主のみ対象

申請事業主:

※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))の支給を受ける場合は、介護離職防止支援コース(介護休業／職場復帰時)の申請書類と同時に、本申請書及び添付書類を提出してください。

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	取得日数 ※所定労働日数でカウント <div>日</div>
	②	年	月	日	～	年	月	日	
	③	年	月	日	～	年	月	日	
対象となる 要介護家族	氏名								
	労働者との続柄								

3-I. 業務の代替状況

③④	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-II. 代替要員

④② 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	<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 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③氏名		雇入れの方法	<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 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	

③ 就労実績等の確認

介護休業取得者と代替要員の部署、職務及び代替要員所定労働時間、所定労働日又は所定労働日数が確認できる書類の添付(該当する番号を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※部署、職務は、対象介護休業取得者と代替要員の双方について確認することが必要です 1 組織図 2 労働条件通知書 (雇用契約書) 3 就業規則 4 企業カレンダー 5 その他()
代替要員の就業実績が確認できる書類の添付(該当する番号を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※雇入れ日から対象介護休業取得者の休業終了日までの分がわかる資料 1 出勤簿又はタイムカード 2 賃金台帳 3 その他()
代替要員が新たに雇入れられた時期又は新たに派遣された時期が確認できる書類の添付(該当する番号を○で囲む)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 労働条件通知書 (雇用契約書) 2 辞令 3 労働者派遣契約書 4 派遣先管理台帳 5 その他()

4-Ⅲ「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

【介】様式第35号②①<注意事項>

<提出上の注意>

4. この支給申請書は、加算を申請する助成金である【介】様式第1号①③<介護休業／職場復帰時>の申請書類の提出と同時に、支給要領0402eの必要書類を添えて、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。

<その他の注意事項>

1. 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不支給になった場合に、加算措置のみの支給を受けることはできません。
12. 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。

<支給申請額>

対象労働者

人 ×

支給単価

☒ 200,000円

☐ 300,000円

※休業日数が15日以上の場合

環境整備加算

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。

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(業務代替支援加算/手当支給等:介護休業))支給申請書

中小企業事業主のみ対象

申請事業主:

※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))の支給を受ける場合は、介護離職防止支援コース(介護休業/職場復帰時)の申請書類と同時に、本申請書及び添付書類を提出してください。

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	取得日数 ※所定労働日数でカウント
① 年 月 日～	年 月 日
② 年 月 日～	年 月 日
③ 年 月 日～	年 月 日
対象となる要介護家族	氏名
労働者との続柄	

3-1 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
業務代替者 2	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	
	⑥本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2～3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
業務代替者 4	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	
	⑥本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2～3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)



4.2 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					
介護休業取得者及び業務代替者が所属する部署全体又は事業所全体の業務分担が確認できる資料					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

		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		

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

【介】様式第5号②(注意事項)

(提出上の注意)

1 この支給申請書は、加算を申請する助成金である【介】様式第1号①③(介護休業／職場復帰時)の申請書類の提出と同時に、支給要領0402の必要書類を添えて、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。

(その他の注意事項)

1 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不支給になった場合に、加算措置のみの支給を受けることはできません。

2 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。

<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		■ 50,000円 □ 100,000円 ※休業日数が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。

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: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							
介護休業期間	①	年	月	日	～	年	月	日	制度利用日数 ※所定労働日数でカウント 日
	②	年	月	日	～	年	月	日	
	③	年	月	日	～	年	月	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	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 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。

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

<支給申請額>

対象労働者

人 ×

支給単価

■ 30,000円

※制度利用日数が15日以上の場合

+

環境整備加算

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。

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）

[illegible]

8 対象労働者の介護休業を取得した期間の所定労働日が確認できる書類

※例：労働条件通知書や就業規則及び企業カレンダー、さらに、シフト制勤務の場合は勤務シフト表等

☐

~~（個別周知・環境整備加算）~~

~~9 雇用環境整備の措置を2つ以上実施していること及びその実施日が確認できる書類~~

~~※例：研修の開催案内、相談窓口の設置に関する案内、事例を掲載した書類、周知資料等~~

☐

対象従業員	部署:		氏名:	
-------	-----	--	-----	--

仕事と介護の両立課題の共有																
確認事項		初回面談時				プラン策定面談時										
介護が必要な人について	可能な範囲で、続柄、同居・別居の状況、介護を分担できる親族の有無等を確認してください。								※変更・追加がなければ記入不要です							
両立するうえでの課題・希望	勤務時間、曜日、休暇の必要性、出張の可否等を確認してください。 ※転勤があり得る場合は、介護の状況を確認したり、本人の意向を確認してください。															
利用したい制度・働き方の希望	また、取得・該当するものに、○をつけてください。	自社で利用できる措置・制度	希望期間・時期													
		介護休業	年	月	日	～	年	月	日	年	月	日	～	年	月	日
		所定外労働の免除	年	月	日	～	年	月	日	年	月	日	～	年	月	日
		その他														
業務面で周囲に配慮してほしいこと(業務の引き継ぎなど)	業務面で配慮してほしいことがあるか確認してください。業務の引き継ぎが必要であれば、本人と「誰に」「いつ」「どうやって」引き継ぎを行うか相談してください。															
業務以外で周囲に配慮してほしいこと	職場への周知など、何か気になることがあるか確認してください。															
面談日		年 月 日				年 月 日										
		人事・総務担当者確認		上司確認		本人確認		人事・総務担当者確認		上司確認		本人確認				

対象従業員の両立支援に向けたプラン														
プラン策定日	取組期間	取組内容								取組状況確認日				
【当面のプラン】														
【介護支援プラン】														
利用した制度・働き方の実績														
フォロー面談														
面談日	年 月 日								人事・総務担当者確認		上司確認		本人確認	

対象従業員	部署		氏名	
-------	----	--	----	--

フォロー面談	
仕事と介護の両立の状況	<input type="checkbox"/> 前回の面談時から変更なし
	<input type="checkbox"/> 前回の面談時から変更あり ⇒下段に記入
働き方の課題等	
今後の対応(働き方、業務分担等)	<input type="checkbox"/> 前回の面談時から変更なし
	<input type="checkbox"/> 前回の面談時から変更あり ⇒下段に記入

面談の内容を踏まえ、「介護支援プラン」の変更があれば更新

介護支援プラン 【変更版】 ※変更した場合	プラン策定日	取組期間	取組内容	取組状況 確認日 ※後日記入

面談日	年 月 日	人事・総務担当者 確認		上司確認		本人確認	
-----	-------	----------------	--	------	--	------	--

(人事・総務担当者用) 対象従業員に対して配付する資料のチェックリスト	(人事・総務担当者用) 上司に対して配付する資料のチェックリスト
<div><input type="checkbox"/> 自社の両立支援制度の説明資料(「仕事と介護の両立準備ガイド」リーフレット)</div> <div><input type="checkbox"/> 自社の介護休業等の制度利用申請書</div> <div><input type="checkbox"/> 「ケアマネジャーに相談する際に確認しておくべきこと」チェックリスト</div> <div><input type="checkbox"/> 仕事と介護の両立計画</div> <div><input type="checkbox"/> <従業員向け>介護休業の取得から復帰までのフロー</div> <div><input type="checkbox"/> 「親が元気なうちから把握しておくべきこと」チェックリスト</div> <div><input type="checkbox"/> その他()</div> <div><input type="checkbox"/> その他()</div>	<div><input type="checkbox"/> 自社の両立支援制度の説明資料</div> <div><input type="checkbox"/> <管理職(上司)向け>両立支援制度の利用者に対する対応</div> <div><input type="checkbox"/> 「働き方の工夫を考えよう」チェックリスト</div> <div><input type="checkbox"/> その他()</div> <div><input type="checkbox"/> その他()</div>

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(~~個別周知~~+環境整備加算))支給申請書

中小企業事業主のみ対象

申請事業主:

※両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(~~個別周知~~+環境整備加算))の支給を受ける場合は、加算対象の助成金の申請書類と同時に、本申請書及び添付書類を提出してください。

I. 加算対象の助成金

① 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)の申請書(右のいずれか1つ)を「■」にしてください。	<input type="checkbox"/> 介護離職防止支援コース(介護休業／休業取得時)	<input type="checkbox"/> 介護離職防止支援コース(介護両立支援制度)	<input type="checkbox"/> 介護離職防止支援コース(業務代替支援)

II. 個別周知

② 対象労働者への個別周知の実施年月日・種類						
実施したものを○で囲んでください。原則として全て説明していることが必要です。 ※ただし、介護両立支援制度に係る加算で、対象労働者が介護休業の利用を希望せず、介護両立支援制度の利用のみを希望していた場合は、3、4は省略可。	1 介護休業等に関する自社の制度	年	月	日		
	2 介護休業等に関する申出先	年	月	日		
	3 介護休業給付に関すること	年	月	日		
	4 介護休業期間中における社会保険料に関する取扱い	年	月	日		
実施したものを○で囲んでください。原則として全て説明していることが必要です。原則として全て実施していることが必要です。 ※ただし、介護両立支援制度に係る加算で、対象労働者が介護休業の利用を希望せず、介護両立支援制度の利用のみを希望していた場合は、3は省略可。	1 対象労働者の介護休業等の取得・利用期間中の待遇に関する事項	年	月	日		
	2 対象労働者の介護休業等利用後の賃金、配置などの労働条件に関する事項	年	月	日		
	3 介護休業の終了事由が生じた場合の対象労働者の労務提供の開始時期及び対象労働者が介護休業の期間について負担すべき社会保険料を事業主に支払う方法	年	月	日		
③労働者 本人確認欄	上記②の各事項について、個別周知(資料を用いた説明)を受けました。 (氏名)		連絡先電話番号		-	-

II. Ⅲ. 雇用環境整備

④ 雇用環境整備の措置の実施年月日・種類(実施したものの該当する番号を○で囲む)						
4つ全て2つ以上実施していることが必要です。	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		年	月	日	
	2 介護休業等に関する相談体制の整備		年	月	日	
	3 介護休業等の取得・利用に関する事例の収集及び提供		年	月	日	
	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		年	月	日	

【介】様式第6号(注意事項)

(提出上の注意)

1 この支給申請書は、加算を申請する助成金に応じて、【介】様式第1号④②(休業取得時)、又は【介】様式第2号(介護両立支援制度)又は【介】様式第3号(業務代替支援)のいずれかの様式の提出と同時に、支給要領0402dの必要書類を添えて、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。

(その他の注意事項)

- 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、また、加算を申請した助成金が不支給になった場合に、加算措置のみの支給を受けることはできません。
- 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。