

1-2 正社員化コース対象労働者詳細（継紙）

【番号】		(別添様式1-1④欄に記載した対象労働者の番号を記載し、当該対象労働者毎の詳細について、以下記載してください。)	
①氏名		②生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
③雇用保険被保険者番号			
-			
④転換または直接雇用の状況等 (該当する番号および属性を○で囲む)	1. 有期 → 正規 2. 有期 → 無期 3. 無期 → 正規 属性【ア 母子家庭の母等・父子家庭の父、 イ 若者雇用促進法に基づく認定事業主における35歳未満、 ウ 派遣労働者の直接雇用】		
(多様な正社員への転換または直接雇用の場合のみ) ⑤ 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		
⑥ 転換または直接雇用日	年 月 日	⑦ 転換または直接雇用後6か月分の賃金を支給した日 (第2面の6参照)	年 月 日
⑧ 転換または直接雇用後に派遣労働者であるかどうか	派遣労働者である ・ 派遣労働者でない	(有期雇用からの転換または直接雇用の場合のみ) ⑨ 転換または直接雇用時点における有期雇用契約の期間が3年以下であるかどうか ただし、昼間学生であった期間は除きます。	3年以下 ・ 3年超
⑩ 転換または直接雇用後6か月間の賃金総額(※)を、 転換または直接雇用前6か月間の賃金総額と比較した場合に5%以上増額しているか。 なお、転換または直接雇用の前後で所定労働時間や支給形態等に変更がある場合は1時間当たりの賃金を記載してください。 ※ 賞与(就業規則または労働協約に支給時期および支給対象者が明記されている場合に限り)や諸手当(通勤手当、時間外労働手当(固定残業代を含む)、休日出勤に対する休日手当および本人の営業成績等に応じて支払われる歩合給などは除く)を含む賃金の総額	転換後6か月間の賃金 転換前6か月間の賃金 (円) - (円) _____ × 100 = ()% 転換前6か月間の賃金 (円)		
⑩-1 支給申請時点において、当該対象労働者に対する賞与(支給時期および金額が確定しているものに限る。)で未支給のものがあるか。ただし、転換後6か月間の賃金算定対象期間中に既に賞与が1度支給されている場合には、賃金への算入不可。	ある(支給日: 年 月 日 ・ ない 支給額: 円)		
⑪ 正規雇用労働者(多様な正社員を含む。)または無期雇用労働者として雇用することを予め約していたかどうか。(正社員求人に応募し、雇用された者のうち、有期契約労働者等として雇用した場合を含む。)	約していた ・ 約していなかった		
⑫ 転換日または直接雇用日から過去3年以内の当事業主等における雇用状況について ・(正規雇用労働者への転換または直接雇用の場合) 当事業主または密接な関係の事業主(第2面参照)に正規雇用労働者(多様な正社員を含む。)として雇用されていたまたは役員に就任していたことがあるか。 ・(無期雇用労働者へ転換または直接雇用の場合) 当事業主または密接な関係の事業主(第2面参照)に正規雇用労働者(多様な正社員を含む。)もしくは無期雇用労働者として雇用されていたまたは役員に就任していたことがあるか。	<※以下のイ、ロについて、どちらも必ず回答してください。> イ 当事業主または密接な関係の事業主に、 雇用されていた ・ 雇用されていない ロ 当事業主または密接な関係の事業主の、 役員に就任していた ・ 役員に就任したことはない		
⑬ 転換または直接雇用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(民法(明治29年法律第89号)第725条第1号に規定する血族のうち3親等以内の者、同条第2号に規定する配偶者及び同条第3号に規定する姻族をいう。)に該当するかどうか。	該当する ・ 該当しない		
⑭ 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		
⑮ 当事業主または密接な関係の事業主(第2面参照)において、過去に定年を迎えたかどうか。	定年を迎えた ・ 定年を迎えていない		
⑯ 転換または直接雇用後の基本給および定額で支給される諸手当が、転換前と比較して低下していないかどうか。	低下した ・ 低下していない		
⑰ 転換または直接雇用前の有期契約労働者等で雇用されていた期間のうち、昼間学生であった期間があるかどうか。	昼間学生であった期間がある (年 月 ~ 年 月) ・ 昼間学生であった期間はない		
⑱ キャリアアップ助成金の人材育成コースの対象となる「一般職業訓練」、「有期実習型訓練」、「中長期的キャリア形成訓練」を受講した者であるかどうか。	はい(訓練期間 年 月 日 ~ 年 月 日) ・ いいえ		
事業主確認欄	上記の内容について間違いのないことを確認しました ※ 記載内容に虚偽が発覚した場合、助成金の不正受給として事業所公表や刑事告発等を行う場合がありますので、 記載内容に誤りがないか、必ずご確認ください 申請代理人が不正受給に関与した場合や不正の事実を知っていて黙認した場合、申請代理人に返還の連帯債務を負っていただきます。 年 月 日 (事業主名) _____ ㊞ (代理人または事務代理人・提出代行者の場合のみ) 年 月 日 (代理人・事務代理人・提出代行者) _____ ㊞		
本人確認欄	上記の内容について間違いのないことを確認し、同意しました ※ 虚偽の内容により申請した場合、対象労働者ご本人様にも直接確認を行う場合がありますので、内容をよくご確認の上署名・捺印をお願いします。 年 月 日 (本人署名) _____ ㊞		

