提出日：　　　年　　月　　日

（令和2年4月1日以降に変更を行う場合はこの様式で申請してください。）

（様式第２号（表紙））(R2.12)

　　　　　　労働局長　殿

**キャリアアップ助成金**

**≪キャリアアップ計画書（変更届）≫**

事　　　業　　　所　　　名：

　使用者側代表者名：

　労働組合等の労働者代表者名（※）：

|  |  |
| --- | --- |
| 労働組合等の労働者代表者は、当該適用事業所における非正規雇用労働者も含むすべての労働者の代表者である。（チェックボックスに要チェック） | はい□ |

※　労働組合等の労働者の代表者本人が氏名を記載してください。（様式第１号裏面《記入上の注意》を参照）

労働者からの意見聴取の方法（※ア、イ、ウのうちいずれか必ず選択してください。）

　ア：社内掲示板、メール等の文書で周知し、意見を集約。

　イ：朝礼、説明会等の場で直接労働者に説明し、意見を集約。

　ウ：その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　注）　本助成金の支給要件は、本計画書提出時点ではなく正社員化等の各取組時点における支給要件により支給の可否が決定されますので、ご注意ください。

　　　　また、コース実施日の前日又は、キャリアアップ計画期間開始日の前日まで（つまり、コース実施日とキャリアアップ計画期間開始日のいずれか早い方の前日）に計画を提出する必要があります。

既に管轄労働局長の受給資格の認定を受けたキャリアアップ計画書の受付番号：

　　※変更前のキャリアアップ計画書の（写）を添付してください。

※管轄労働局確認欄

受 付 日：　　　年　　月　　日 確 認 日：　　　年　　月　　日

受付番号：　　　　　　　　　　　　　 確 認 印：

**【キャリアアップ計画変更箇所申告表】**

（様式第２号（総括表））(R2.12)

**変更する項目のみに✓をし、変更内容を次頁以降の様式に記載してください。**

**【表紙】**

|  |  |
| --- | --- |
| **項　目　名** | **チェック欄** |
| ①　事業所名 |[ ]
| ②　使用者側代表者名 |[ ]
| ③　労働組合等の労働者代表者名 |[ ]

**【共通】（変更内容は、様式第2号（共通）に記載してください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| **項　目　名** | **チェック欄** |
| ①　事業主名 |[ ]
| ②　事業所住所 |[ ]
| ③　電話番号 |[ ]
| ④　事業所の担当者 |[ ]
| **（代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者欄）** |
| ⑤　代理・代行 |[ ]
| ⑥　代理人等氏名 |[ ]
| ⑦　住所 |[ ]
| ⑧　電話番号 |[ ]

* **【共通】⑤～⑧のみの変更については本変更届の提出は不要です。**

**【キャリアアップ管理者情報】**

|  |  |
| --- | --- |
| ①　キャリアアップ管理者情報 | [ ]  |
| ②　キャリアアップ管理者の業務内容 |[ ]

**【事業所番号】**

|  |
| --- |
| ①　雇用保険適用事業所番号 |[ ]
| ②　労働保険番号 |[ ]

**【計画】（変更内容は、様式第2号（計画）に記載してください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| **項　目　名** | **チェック欄** |
| ①　キャリアアップ計画期間 |[ ]
| ②　キャリアアップ計画期間中に講じる措置の項目 |[ ]
| ③　対象者 |[ ]
| ④　目標 |[ ]
| ⑤　目標を達成するために講じる措置 |[ ]
| ⑥　キャリアアップ計画全体の流れ |[ ]

（様式第２号（共通））(R2.12)

**【　共　通　事　項　】**

**※　必須項目以外については変更する欄のみ記入してください。**

|  |
| --- |
| （事業所情報欄） |
| ①事業主名（必須） |  |
| ②事業所住所（必須） | (〒　　　－　　　　) |
|  |
| ③電話番号（必須） | (　　　　) | ④事業所の担当者（必須） |  |
| （代理人・社会保険労務士による提出代行者または事務代理者欄）**※　代理人・社会保険労務士による提出代行または事務代理者の場合は必ず記入してください。** |
| ⑤代理・代行 | １　代理人 | 社会保険労務士 |
| ２　提出代行者 | ３　事務代理者 |
| ⑥代理人等氏名 |  |
| ⑦住所 | (〒　　　－　　　　) |
|  |
| ⑧電話番号 | (　　　　) |  |

（キャリアアップ管理者情報）

|  |  |
| --- | --- |
| ①キャリアアップ管理者情報※複数の事業所および労働者代表との兼任はできません。 | （氏　名）： |
| （配置日）：　　　　年　　　　月　　　　日 |
| □　　役員である　　　　　　　□　　役員ではない　　　　※当てはまる方に☑をしてください。なお、事業主でも役員でもなく、かつ雇用されていない場合は管理者にはなれません。 |
| ②キャリアアップ管理者の業務内容 |  |

**【事業所番号】**

（様式第２号（計画））(R2.12)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①雇用保険適用事業所番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |  |
| ②労働保険番号 | 都道府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | － |  |  |  |

**【キャリアアップ計画】**

**※　変更する欄のみ記入してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①キャリアアップ計画期間※計画期間（３年～５年） | 年　　　月　　　日 | ～ | 年　　　月　　　日 |
| ②キャリアアップ計画期間中に講じる措置の項目※1 講じる措置の該当するコースの番号すべてに「○」をつけて下さい。※2 正社員化コース、諸手当制度共通化コースについては、（）内の該当するものを「○」で囲んで下さい。 | １　正社員化コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）　（正規雇用等・勤務地限定正社員・職務限定正社員・短時間正社員）２　賃金規定等改定コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）３　健康診断制度コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）４　賃金規定等共通化コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）５　諸手当制度共通化コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）（1.賞与　2.役職手当　3.特殊作業手当・特殊勤務手当　4.精皆勤手当5.食事手当　6.単身赴任手当　7.地域手当　8.家族手当　9.住宅手当10.時間外労働手当　11.深夜・休日労働手当）６　選択的適用拡大導入時処遇改善コース　　　　（　　年　　月頃実施予定）７　短時間労働者労働時間延長コース　　　　（　　年　　月頃実施予定） |
| ③対象者 |  |
| ④目標 |  |
| ⑤目標を達成するために講じる措置 |  |
| ⑥キャリアアップ計画全体の流れ |  |