１－２　正社員化コース対象労働者詳細（続紙）

【番号】 （別添様式１－１④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　　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・父子家庭の父　　イ　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く。	○ ３年以下 ○ ３年超
⑩　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、有期雇用労働者等として雇用した場合を含む。） ※正規雇用労働者の試用期間は、本助成金における有期契約とは異なることに留意	○ 約していた　　○ 約していなかった
⑪　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） 当事業主の事業所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、請負・委任の関係にあったまたは役員に就任していたことがあるか。 ・（無期雇用労働者への転換または直接雇用の場合） 当事業主の事業所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、請負・委任の関係にあったまたは役員に就任していたことがあるか。	＜※以下のイ、ロ、ハについて、いずれも回答してください＞ 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　　○ 雇用されていなかった 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 ハ　当事業主または密接な関係の事業主と請負・委任の関係に ○ あった　　○ なかった
⑫　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および同条第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
⑬　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
⑭　当事業主または密接な関係の事業主の事業所（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
⑮　転換後または直接雇用後の６か月間において賃金（時間外手当を含む。）を適切に支給しているかどうか。	○ 適切に支給している　　○ 適切に支給していない
⑯　転換または直接雇用前の有期雇用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どうか。	○ 昼間学生であった期間がある　　○ 昼間学生であった期間はない （　年　月～　年　月）
⑰　人材開発支援助成金（特別育成訓練コース）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」を受講したものであるかどうか。	○ はい（訓練期間　年　月　日～　年　月　日） ○ いいえ
⑱　対象労働者が令和２年１月24日以降に新型コロナウイルスの影響により離職（※１）し、就労（※２）経験のない職業（職業分類表の小分類の職業）に就くことを希望する者であり、当該派遣期間中に次のaからcまでのいずれにも該当する派遣元事業主が実施するOFF-JT（有給、無償で実施され、派遣労働者のキャリアアップに資する内容のものであること）を８時間以上受講したものであるかどうか。 ※１　自ら事業を営んでいる者の廃業、役員等についている者の退任、新型コロナウイルス感染症の影響による自己都合による離職等を含む。学校在学中のパート・アルバイト等は除く。 ※２　パート・アルバイト等を含め、学校在学中のパート・アルバイト等は除きます。 a　紹介予定派遣に係る派遣労働者を雇用する事業主であること。 b　訓練期間中の対象労働者に対する賃金を適正に支払う事業主であること。 c　次の(a)から(c)までの書類を整備している事業主であること。 (a)　対象労働者に係るOFF-JTの実施状況を明らかにする書類 (b)　OFF-JTに要する経費等の負担の状況を明らかにする書類 (c)　対象労働者に対する賃金の支払いの状況を明らかにする書類	○ はい （紹介予定派遣期間　年　月　日～　年　月　日） ○ いいえ
⑲　支給申請日において、正規雇用労働者については有期雇用労働者または無期雇用労働者、無期雇用労働者については有期雇用労働者への転換が予定されているかどうか。	○ 予定されている　　○ 予定されていない
⑳　上記の内容について間違いのないことおよび転換または直接雇用後の賃金が適切に支払われていることを対象労働者本人に確認しました。 ※　虚偽の内容によって申請した場合、対象労働者ご本人にも直接確認を行う場合があります。 ※　特に、上記⑪の記載に誤りがないか対象労働者ご本人にご確認頂いてください。	○ はい　　○ 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名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責任を負っていただきます。 令和　年　月　日　（事業主名） （代理人または事務代理者・提出代行者の場合のみ） 令和　年　月　日　（代理人・事務代理者・提出代行者）
派遣元事業主証明欄 （⑱欄に係る申請を行う場合のみ）	⑱の欄に記載されているa～cの要件を満たし、且つ、特定紹介予定派遣労働者に対し、 OFF-JT（有給、無償で実施され、派遣労働者のキャリアアップに資する内容のものに限る。）を８時間以上実施しました。 ※　虚偽の内容によって申請した場合、派遣元事業主にも直接確認を行う場合があります。 令和　年　月　日　（派遣元事業所名） （派遣元事業主名）