

(令和4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))(R4.4)

提出日： 年 月 日

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 <input type="checkbox"/>
労働者からの意見の聴取方法について、以下ア、イ、ウのうちいずれか選択してください。 なお、ウを選択した場合は、括弧内にその聴取方法について記載してください。 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()	ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/>


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。

なお、賃金規定等改定コースについては、令和3年8月19日から令和3年度地域別最低賃金(申請事業所が所在する都道府県における改定された地域別最低賃金)の発効日の前日までの間に賃金規定等の増額改定を行った場合限り、計画の提出を支給申請日まで受け付けます。

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】

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	<input type="checkbox"/>
② 使用者側代表者名	<input type="checkbox"/>
③ 労働組合等の労働者代表者名	<input type="checkbox"/>

【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	<input type="checkbox"/>
② 事業所住所	<input type="checkbox"/>
③ 電話番号	<input type="checkbox"/>
④ 事業所の担当者	<input type="checkbox"/>
⑤ 雇用保険適用事業所番号	<input type="checkbox"/>
⑥ 労働保険番号	<input type="checkbox"/>
(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)	
⑦ 代理・代行	<input type="checkbox"/>
⑧ 代理人等氏名	<input type="checkbox"/>
⑨ 住所	<input type="checkbox"/>
⑩ 電話番号	<input type="checkbox"/>

※ 【共通】⑦～⑩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	<input type="checkbox"/>
② キャリアアップ管理者の業務内容	<input type="checkbox"/>

【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	<input type="checkbox"/>
② キャリアアップ計画期間中に講じる措置の項目	<input type="checkbox"/>
③ 対象者	<input type="checkbox"/>
④ 目標	<input type="checkbox"/>
⑤ 目標を達成するために講じる措置	<input type="checkbox"/>
⑥ キャリアアップ計画全体の流れ	<input type="checkbox"/>

(様式第2号(共通))(R4.4)

【 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)					
⑤雇用保険適用事業所番号(必須)					-					-	
⑥労働保険番号(必須)	都道府県	所掌	管轄	基幹番号				枝番号			
										-	

(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。

⑦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
⑧代理人等氏名			
⑨住所	(〒 -)		
⑩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
	<input type="checkbox"/> 事業主または役員である <input type="checkbox"/> 事業主または役員ではない ※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	

【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、障害者 正社員化コースについて 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・勤務地限定正社員・職務限定正社員・短時間正社員)		2 障害者正社員化コース (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)
③対象者	3 賃金規定等改定コース (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)
④目標	5 賞与・退職金制度導入コース (年 月頃実施予定)		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)
⑤目標を達成するた めに講じる措置	7 短時間労働者労働時間延長コース (年 月頃実施予定)		
⑥キャリアアップ計画 全体の流れ			

※詳しくは「キャリアアップ助成金のご案内」をご参照ください。