

## 1-2 正社員化コース対象労働者詳細

<b>【番号】</b> <input checked="" type="checkbox"/>		(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 <small>(該当する番号および属性を○で囲む)</small>	1.有期 → 正規					2.無期 → 正規					
<small>(多様な正社員への転換または直接雇用の場合のみ)</small>											
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 <small>(第2面の6参照)</small>	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。	<input type="radio"/> 派遣労働者である  <input type="radio"/> 派遣労働者でない				<small>(有期雇用から転換または直接雇用の場合のみ)</small> 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。				<input type="radio"/> 3年以下  <input type="radio"/> 3年超		
⑩ 正規雇用労働者（多様な正社員を含む）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。） <small>※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</small>						<input type="radio"/> 約していた <input type="radio"/> 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 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。						<small>&lt;※以下のイ、ロ、ハについて、いずれも回答してください&gt;</small> イ 当事業主または密接な関係の事業主に、 <input type="radio"/> 雇用されていた <input type="radio"/> 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、 <input type="radio"/> 役員に就任していた <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> あった <input type="radio"/> 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親等以内の親族に該当するかどうか。						<input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 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。						<input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 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。						<input type="radio"/> 定年を迎えた <input type="radio"/> 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。						<input type="radio"/> 適切に支給している <input type="radio"/> 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かどうか。						<input type="radio"/> 昼間学生であった期間がある <input type="radio"/> 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。						<input type="radio"/> はい (訓練期間 年 月 日～ 年 月 日) <input type="radio"/> いいえ					
⑱ 直接雇用した派遣労働者が新型コロナウイルスの影響を受け、就労経験のない職業に就くことを希望する特定紹介予定派遣労働者であるかどうか。						<input type="radio"/> はい (紹介予定派遣期間 年 月 日～ 年 月 日) <input type="radio"/> いいえ					
⑲ 支給申請日において、有期雇用労働者または無期雇用労働者への転換が予定されているかどうか。						<input type="radio"/> 予定されている <input type="radio"/> 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。 <small>※ 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⑱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。</small>						<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ					
<b>事業主確認欄</b>	上記の内容について間違いのないことを確認しました。  <small>※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。</small>  令和 年 月 日 (事業主名) <small>(代理人または事務代理者・提出代行者の場合のみ)</small>  令和 年 月 日 (代理人・事務代理者・提出代行者)										
<b>派遣元事業主証明欄</b> <small>(⑱欄に係る申請を行う場合のみ)</small>	⑱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。  <small>※ 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。</small>  令和 年 月 日 (派遣元事業所名)  (派遣元事業主名)										

**記入上の注意**

この支給申請書は、次の点に注意して記入してください。

- 1 【番号】欄については、別添様式1-1（第1面）に記載した対象労働者ごとに番号を付け、当該対象労働者の詳細を記入してください。
- 2 用紙が不足する場合は、様式第3号（別添様式1-2）（継紙）に記入し、本誌に添付してください。
- 3 ②欄は、転換日または直接雇用日時点における年齢を記載してください。
- 4 ④欄は、今回の転換または直接雇用の状況について、該当する番号に○を付すとともに、該当する属性がある場合はア～ウのうち該当するものに○を付けてください。

ア 母子家庭等の母等または父子家庭の父

- 一 母子および父子並びに寡婦福祉法（昭和39年法律第129号）第6条第1項に規定する配偶者のない女子であって、20歳未満の子もしくは次に定める障害がある状態にある子または同項第5号の精神もしくは身体の障害により長期にわたって労働の能力を失っている配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含みます。）を扶養しているものであること

- イ 両目の視力(万国式視力表によって、測ったものをいい、屈折異常があるものについては、矯正視力について測ったものをいいます。)の和が0.08以下のもの
- ロ 両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの
- ハ 平衡機能に著しい障害を有するもの
- ニ そしゃく機能を欠くもの
- ホ 音声または言語機能に著しい障害を有するもの
- ヘ 両上肢のおや指およびひとさし指または中指を欠くもの
- ト 両上肢のおや指およびひとさし指または中指の機能に著しい障害を有するもの
- チ 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
- リ 一上肢のすべての指を欠くもの
- ヌ 一上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの
- ル 両下肢のすべての指を欠くもの
- ヲ 一下肢の機能に著しい障害を有するもの
- ワ 一下肢を足関節以上で欠くもの
- カ 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの
- ヨ 前各項目に掲げるもののほか、身体の機能の障害または長期にわたる安静を必要とする病状が前各項目と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるかまたは日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
- レ 精神の障害であって、前項目と同程度以上と認められる程度のもの
- ラ 心身の機能の障害もしくは病状または精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各項目と同程度以上と認められる程度のもの または、児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第4条第1項に規定する児童扶養手当を受けている者であって、同項第2号に規定する児童の父であること。

イ 人材開発支援助成金に係る特定の訓練を修了

- 一 人材開発支援助成金「特定訓練コース」の労働生産性向上訓練のうちITSSレベル2以上となる訓練、「特別育成訓練コース」のうち一般職業訓練（育児休業中訓練及び中長期的キャリア形成訓練を含む）若しくは有期実習型訓練または「人への投資促進コース」のうち定額制訓練、自発的職業能力開発訓練、高度デジタル人材訓練（高度デジタル人材等訓練および成長分野等人材等訓練）、長期教育訓練休暇等制度（長期教育訓練休暇制度および教育訓練短時間勤務等制度）を活用し、労働者が自発的に取り組んだ訓練を修了したもの

ウ 派遣労働者の直接雇用

- 一 労働者派遣事業の適正な運営の確保および派遣労働者の保護等に関する法律（昭和60年法律第88号。以下「派遣法」といいます。）第2条に規定する派遣労働者を、派遣先事業所において直接雇用したものの

- 5 ⑥欄は、正規雇用労働者への転換または直接雇用日を記載してください。
- 6 ⑦欄は、転換または直接雇用後6か月分の賃金を支給した日を記載してください。  
ただし、就業規則等の規定により、時間外手当を実績に応じ基本給等とは別に翌月等に支給している場合、6か月分の時間外手当が支給された日を6か月分の賃金を支給した日とみなします。（時間外勤務の実績がなく、結果として支給がない場合を含みます。）
- 7 ⑨欄は、転換または直接雇用日より前に、有期雇用労働者であった期間が3年以下であるかどうか該当する方に○をしてください。  
例えば、令和4年5月1日の転換で、平成31年4月1日～令和4年4月30日までが有期雇用労働者であった場合、「3年超」となるため、本助成金の対象労働者とはなりません。なお、有期雇用労働者であった期間のうち、昼間学生であった期間が含まれる場合はその期間分を除いて、3年以下かどうかご確認ください。
- 8 ⑪欄は、過去3年以内の当事業主または密接な関係の事業主における状況について、該当欄に○を付けてください。  
なお、「密接な関係の事業主」とは、組織的・経済的・組織的関連性から判断することとし、財務諸表等の用語、様式および作成方法に関する規則（昭和38年大蔵省令第59号）第8条に定義されている親会社、子会社、関連会社および関係会社等を指します。
- 9 ⑫欄における3親等以内の親族とは、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います。
- 10 ⑭欄は、当事業主または密接な関係の事業主（⑪欄でいう「密接な関係の事業主」と同じ）において、過去に定年を迎えたかどうかについて、該当する方に○を付けてください（過去に一度定年を迎え、その後、同一の事業主の下で有期雇用労働者になり、正規雇用労働者に転換した場合などは、本助成金の対象とはなりません。）。
- 11 ⑯欄は、転換等前に雇用されていた期間について、昼間学生であった期間があるかどうか。ある場合はその期間について記入してください。
- 12 ⑰欄は、対象労働者が、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」を経て、正社員転換等をしたか否かについて記入してください。
- 13 ⑱欄は、直接雇用した派遣労働者を特定紹介予定派遣労働者（新型コロナウイルスの影響を受け、就労（※）経験のない職業に就くことを希望する者であって、紹介予定派遣（当該派遣労働者が派遣期間中に次のa～cを満たす派遣元事業主によるOFF-JTを8時間以上受講する場合に限る。（当該派遣期間の開始日の前日から起算して過去6か月以内に、公共職業訓練又は求職者訓練を修了した者を除く。））により2か月以上6か月未満の期間継続して派遣先の事業所その他派遣就業場所ごとの同一の組織単位における業務に従事している有期派遣労働者又は無期派遣労働者）として申請する場合に記入してください。  
※ 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
- 14 ⑳欄は提出前に、記載内容に相違ないかを対象者労働者本人に確認した上で記載してください。  
なお、申請内容に疑義がある場合、必要に応じて対象者労働者本人にも確認を行うことがありますのでご注意ください。
- 15 事業主確認欄は、記載の内容について誤りがないことを確認し、事業主の氏名を記載してください。なお、社会保険労務士等による代理人等の場合は、当該代理人等についても氏名を記載してください。
- 16 派遣元事業主証明欄は、⑱欄に係る申請を行う場合のみ、対象労働者にOFF-JTを実施した派遣元事業所の事業主本人が当該派遣元事業所名称及び事業主氏名を記載してください。
- 17 本書類の内容に虚偽記載が発覚した場合は、助成金の支給が取り消されることとなるため、内容の誤り等がないようご注意ください。