様式第１号

　　令和　　年　　月　　日

働き方改革推進支援助成金交付申請書

厚　生　労　働　大　臣　殿

働き方改革推進支援助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主又は代理人 | | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |

※申請者が事業主の場合、上欄に氏名等を記載してください。

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に本助成金の支給に係る事業主の氏名等を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項の提出代行者又は同則第16条の３の事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

１　申請事業主について

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （１）業種（日本標準産業分類の中分類を記入） | | 分類番号  分類項目名 | | | | | | | | | | | | | | |
| （２）労働保険番号（主たる労働保険番号を記入） | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |
| （３）資本金の額又は出資の総額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| （４）常時使用する労働者の数 | | 人 | | | | | | | | | | | | | | |
| （５）テレワークの導入状況（１つ選択） | | ア　新規（試行的に導入する場合を含む）  イ　継続（過去に本助成金（※）の支給無し）   * 平成29年度以前は職場意識改善助成金 * 平成30年度、31年度は時間外労働等改善助成金 * 新型コロナウイルス感染症対策のためのテレワークコース（令和元年度、２年度）を含む   ウ　継続（過去に本助成金の支給有り(※））  　※過去に支給を受けた本助成金の内容  ①　支給決定通知書通知番号  厚生労働省発　　　第　　号  ②　支給決定通知書通知日  平成／令和　　年　　月　　日  ③　改善事業の対象労働者数（※）  　　　　　　　名  ※新型コロナウイルス感染症対策のためのテレワークコースの場合は、事業実施期間中にテレワークを実施した労働者数 | | | | | | | | | | | | | | |
| （６）振込を希望する金融機関について | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | 支店名 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座の種類 | 普通　・　当座 | 口座番号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義  (カタカナ) |  | | | | | | | | | | | | | | | |

２　消費税の適用に関する事項（該当するもの一つに〇）

|  |  |
| --- | --- |
| （１）　ア　消費税額を助成対象経費に含めないで国庫補助所要額を算定  イ　消費税額を助成対象経費に含めて国庫補助所要額を算定 | |
| （２） （１）でイを選択した理由 | |
| ア　免税事業者である  イ　簡易課税事業者である | ウ　消費税法別表第３に掲げる法人である  エ　ア～ウ以外の者であって、消費税仕入控除税額の報告及び返還を選択する |

３　その他

|  |  |
| --- | --- |
| （１）労働保険料を滞納していないか | 滞納していない　・　　滞納している |
| （２）過去３年間に国から給付される給付金の不正受給を行っていないか | 行っていない　　・　　行った |
| （３）暴力団関係事業場に該当しないか | 該当しない　　　・　　該当する |
| （４）性風俗関連営業、接待を伴う飲食営業等を行っていないか | 該当しない　　　・　　該当する |
| （５）倒産していないか | 倒産していない　・　倒産している |
| （６）交付申請日の前日から起算して過去１年前の日までに賃金不払等の労働関係法令違反を行っていないか | 該当しない　　　・　　該当する |

（注）　直近二年度の労働保険料の納付・領収証書の写しを添付すること

様式第１号別添

働き方改革推進支援助成金事業実施計画

１　実施体制の整備のための措置

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 措置内容 | 実施予定時期（※） |
| (1)  労働時間等設定改善委員会の設置等労使の話し合いの機会の整備 | 社内における労働時間や年次有給休暇などに関する事項について、労使で話し合う機会を設け、事業実施期間中に開催し議事録を作成する。  会議の名称  開催頻度 (開催予定時期) |  |
| (2)  労働時間等に関する個々の苦情、意見及び要望を受け付けるための担当者の選任 | 職場の意識を改善するため、労使からの労働時間に関する個別の苦情、意見及び要望を受け付ける担当者として、  職名：  氏名：  を選任し、職場内の意見要望等の受付体制を整備する。 |  |
| (3)  労働者に対する事業実施計画の周知 | 労働者に対して、働き方改革推進支援助成金事業実施計画の周知を図るため、  □　社内メール  □　事務所内の見やすい場所へ掲示  □　労働者に直接文書を交付  □　その他（　　　　　　　　　　　　）  を実施する。 |  |

※（1）（2）について既に実施している場合には、「実施中」と記入すること。

※対象労働者として派遣労働者を指定する場合には、（2）（3）については当該派遣労働者も対象とすること。

様式第１号別添（続紙１）

２　支給対象の事業

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1)成果目標の評価期間 | | 月　　日から 　か月 |
| (2)事業の詳細 | | |
| 事業の内容 | 実施予定時期 | 所要額の内訳【 税抜 ・ 税込 】 |
|  |  |  |

※　消費税仕入控除税額が明らかでない場合は、税込で記載すること

様式第１号別添（続紙２）

|  |  |
| --- | --- |
| (3)テレワーク実施に対する労働者の意見 | |
| 【意見を聴いた労働者の職氏名】  【意　見】 | |
| (4)所要額計 | 円 |
| (5)(4)の額に３／４を乗じた額（1,000円未満切捨） | 円 |
| (6)国庫補助所要額  (5)の額。ただし「300万円」又は「40万円×対象労働者数」のいずれか低い方の額が上限。 | 円 |

様式第１号別紙

対 象 労 働 者 同 意 書

　私は働き方改革推進支援助成金（テレワークコース）の対象労働者として、評価期間中に就業するテレワークに取り組むこと、また、テレワークの実施状況を国に報告するのに必要な範囲で、私の個人情報を国に提出することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 就業場所（在宅、サテライトオフィスを記載） | 記名 | テレワークを実施する場所の  郵便番号 | サテライトオフィスの場合は住所／名称 | 備考（※） |
| 例 | 在宅 | 厚生 太郎 | 〒100－0000 |  |  |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |

※派遣労働者については、備考欄に、派遣元事業主の名称・事業所の名称と当該派遣元事業主の事業所が所在する都道府県を記載すること。

　様式第２号

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金交付決定通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日付けで申請のあった働き方改革推進支援助成金（以下「助成金」という。）については、審査の結果、承認することとしました。

　つきましては、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号。以

下「適正化法」という。）第６条　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　下記のとおり交付す

　第１項の規定により、

　第３項の規定により修正のうえ、

ることに決定しましたので、同法第８条の規定により通知します。

記

１　事業実施期間　　　承認の日より令和３年２月15日まで

２　助成金の交付の対象となる経費は、令和２年４月１日厚生労働省発基0401第９号・厚生労働省発雇均0401第１号厚生労働事務次官通知の別紙「働き方改革推進支援助成金交付要綱（テレワークコース）」（以下「交付要綱」という。）の第３条に定める事業に要する経費であり、

　　年　月　日申請書記載のとおり

　３のとおり

　　その内容は　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　です。

３　事業に要する経費及び助成金の額は、次のとおりです。ただし、事業の内容が変更された場合において、事業に要する経費又は助成金の額が変更されたときは、別に通知するところによるものとします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業に要する経費 | 金 | 円 |
| 助成金の額 | 金 | 円 |

４　助成金の額の確定は、交付要綱の第３条に定める交付額の算定方法により行うものと

します。

５　助成事業主は、適正化法、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭

和30年政令第255号）、交付要綱及び働き方改革推進支援助成金支給要領の定めるところに従うこととします。

６　この交付決定の内容又は条件に不服がある場合における適正化法第９条第１項の規定に

よる申請の取下げをすることができる期限は、　年　月　日とします。

（注）交付の決定の通知を受けた日から起算して１５日を経過した日とする。（厚生労働省所管補助金等交付規則第３条）

７　助成金の支給に関して必要と認め実施する調査又は報告に協力してください。

８　補助金に係る消費税および地方消費税相当額については、交付要綱の定めるところにより、消費税および地方消費税に係る仕入控除税額が明らかになった場合には、当該消費税および地方消費税に係る仕入控除税額を減額することとします。

※　助成金は、政治資金規正法第22条の３第１項による寄附制限の例外（試験研究、調査又は災害復旧に係るものその他性質上利益を伴わないもの）に該当するものと判断しています。

様式第３号

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金不交付決定通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日付けで申請のあった働き方改革推進支援助成金については、審査の結果、下記の理由により交付しないことと決定したので、通知いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

理由

|  |
| --- |
|  |

様式第３号の２

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金交付決定取消・変更通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日厚生労働省発雇均　　　　第　　号による働き方改革推進支援助成金交付決定については、下記の理由により　　　　　　　　こととしたので、通知いたします。

取り消す

変更する

なお、この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます（処分があった日から１年を経過した場合を除きます。）。

この処分に対する取消訴訟については、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に提起することができます（処分があった日から１年を経過した場合を除きます。）。

ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消訴訟は、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に提起しなければなりません（決定があった日から１年を経過した場合を除きます。）。

　　　　　　　　　　　　　　　　　記

　内容及び理由

|  |
| --- |
|  |

　様式第４号

令和　　年　　月　　日

働き方改革推進支援助成金事業実施計画変更申請書

厚　生　労　働　大　臣　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は代理人 | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |

※申請者が事業主の場合、上欄に氏名等を記載してください。

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に本助成金の支給に係る事業主の氏名等を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項の提出代行者又は同則第16条の３の事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

申請書の記載内容等に係る問合せを行うことがありますので、担当者を記入してください｡

担当者名（フリガナ）：

電子メールアドレス：

電話番号　　　　　：

　　年　　月　　日付け厚生労働省発雇均●●第●号で交付決定を受けた標記助成金について、下記のとおり事業実施計画の変更の承認を受けたいので申請します。

記

１　事業実施計画変更の事由

|  |
| --- |
|  |

２　変更後の国庫補助所要額について

|  |  |
| --- | --- |
| 変更後の国庫補助所要額 | 円 |

様式第４号別添

働き方改革推進支援助成金事業実施計画（変更）

１　支給対象の事業（変更する項目のみ記載）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1)成果目標の評価期間 | | | 月　　日から 　か月 | | |
| (２)事業の詳細 | | | | | |
| 事業の内容 | 開始予定時期 | 所要額の内訳（変更前）  （下記のいずれかに☑） | | | 所要額の内訳（変更後）  （下記のいずれかに☑） |
| □ 税抜　□ 税込 | | | □ 税抜　□ 税込 |
|  |  |  | | |  |
| (3)変更に対する労働者の意見 | | | | | |
| 【意見を聴いた労働者の職氏名】  【意　見】 | | | | | |
| (4)所要額計 | | | | 円 | |
| (5)(4)の額に３／４を乗じた額（1,000円未満切捨） | | | | 円 | |
| (6)国庫補助所要額  (5)の額。ただし「300万円」又は「40万円×対象労働者数」のいずれか低い方の額が上限。 | | | | 円 | |

※消費税仕入控除税額が明らかでない場合は、税込で記載すること

様式第４号別紙

対 象 労 働 者 同 意 書（変更後）

　私は働き方改革推進支援助成金（テレワークコース）の対象労働者として、評価期間中に就業するテレワークに取り組むこと、また、テレワークの実施状況を国に報告するのに必要な範囲で、私の個人情報を国に提出することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 就業場所（在宅、サテライトオフィスを記載） | 記名 | テレワークを実施する場所の  郵便番号 | サテライトオフィスの場合は住所／名称 | 備考（※） | 変更の理由 |
| 例 | サテライトオフィス | 労働 花子 | 〒100－0000 | 東京都千代田区霞が関1-2-2  サテライトKOUROU |  | サテライトオフィスの住所が変更となった。 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |

※派遣労働者については、備考欄に、派遣元事業主の名称・事業所の名称と当該派遣元事業主の事業所が所在する都道府県を記載すること。

（※変更が発生した項目についてのみ提出すること。）

　様式第５号

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金事業実施計画変更承認通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日付けで申請のあった働き方改革推進支援助成金（以下「助成金」という。）に係る事業実施計画の変更の承認申請については、審査の結果、下記により承認します。

　つきましては、　　年　　月　　日厚生労働省発雇均　　　第　号で交付決定した内容の一部を次のとおり変更することに決定しましたので、通知します。

記

１　助成金の交付の対象となる経費は、令和２年４月１日厚生労働省発基0401第９号・厚生労働省発雇均0401第１号厚生労働事務次官通知の別紙「働き方改革推進支援助成金交付要綱（テレワークコース）」の第３条に定める事業に要する経費であり、

　　年　月　日申請書記載のとおり

　２及び３のとおり

その内容は　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　です。

２　承認された変更内容は、次のとおりです。

|  |
| --- |
|  |

３　事業に要する経費及び助成金の額は、次のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業に要する経費 | 金 |  | 円 |
| うち今回の増加（減少）額 | 金 |  | 円 |
| 助成金の額 | 金 |  | 円 |
| うち今回の増加（減少）額 | 金 |  | 円 |

４　この事業実施の承認内容又は条件に不服がある場合における補助金等に係る予算の執行の適

正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第９条第１項の規定による申請の取下げをす　ることができる期限は、　年　月　日とします。

（注）交付の決定の通知を受けた日から起算して１５日を経過した日とする。（厚生労働省所管補助金等交付規則第３条）

様式第６号

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金事業実施計画変更不承認通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日付けで申請のあった働き方改革推進支援助成金に係る事業実施計画の変更の承認申請については、審査の結果、下記の理由により承認しないこととしたので、通知いたします。

記

理由

|  |
| --- |
|  |

様式第７号

　　令和　　年　　月　　日

働き方改革推進支援助成金事業中止・廃止承認申請書

厚　生　労　働　大　臣　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は代理人 | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |

※申請者が事業主の場合、上欄に氏名等を記載してください。

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に本助成金の支給に係る事業主の氏名等を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項の提出代行者又は同則第16条の３の事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

申請書の記載内容等に係る問合せを行うことがありますので、担当者を記入してください｡

担当者名（フリガナ）：

電子メールアドレス：

電話番号　　　　　：

　　　年　　月　　日付け厚生労働省発雇均●●第●号をもって交付の決定を受けた働き方改革推進支援助成金（以下「助成金」という。）の助成対象事業について、（中止・廃止）したいので、下記のとおり申請する。

記

１　補助金の実績

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付決定額 | 助成金充当額 | 不用額 |
| 円 | 円 | 円 |

２　交付対象事業の中止又は廃止日

　　年　　月　　日

３　事業を中止又は廃止する理由

様式第７号の２

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金事業中止・廃止承認通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日厚生労働省発雇均　　　　第　　号で交付決定した働き方改革推進支援助成金の助成対象事業については、審査の結果、　　年　　月　　日付けの申請に基づき（中止・廃止）を承認することとしたので、通知いたします。

　様式第８号

　　令和　　年　　月　　日

働き方改革推進支援助成金事業完了予定期日変更報告書

厚　生　労　働　大　臣　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業主又は代理人 | | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |

※申請者が事業主の場合、上欄に氏名等を記載してください。

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に本助成金の支給に係る事業主の氏名等を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項の提出代行者又は同則第16条の３の事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

申請書の記載内容等に係る問合せを行うことがありますので、担当者を記入してください｡

担当者名（フリガナ）：

電子メールアドレス：

電話番号　　　　　：

働き方改革推進支援助成金に係る事業完了予定期日の変更について、下記のとおり報告します。

記

１　事業完了予定期日

変更前　　　年　　月　　日

変更後　　　年　　月　　日

２　経費所要額

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付決定額  （交付決定年月日） | 年度  受入済額 | 年度への  要繰越額 | 不用額 |
| 円  （　年　月　日） | 円 | 円 | 円 |

３　予定の期間内に完了しない（助成事業の遂行が困難になった）理由

様式第９号

　　令和　　年　　月　　日

働き方改革推進支援助成金事業実施状況報告書

厚　生　労　働　大　臣　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は代理人 | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |

※申請者が事業主の場合、上欄に氏名等を記載してください。

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に本助成金の支給に係る事業主の氏名等を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項の提出代行者又は同則第16条の３の事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

申請書の記載内容等に係る問合せを行うことがありますので、担当者を記入してください｡

担当者名（フリガナ）：

電子メールアドレス：

電話番号　　　　　：

交付要綱第12条により、働き方改革推進支援助成金の助成対象事業の実施状況について、報告します。

記

事業の実施状況について

|  |
| --- |
|  |

様式第10号

　 　令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金支給申請書

厚　生　労　働　大　臣　　殿

　働き方改革推進支援助成金（以下「助成金」という。）の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は代理人 | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |

※申請者が事業主の場合、上欄に氏名等を記載してください。

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に本助成金の支給に係る事業主の氏名等を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項の提出代行者又は同則第16条の３の事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

申請書の記載内容等に係る問合せを行うことがありますので、担当者を記入してください｡

担当者名（フリガナ）：

電子メールアドレス：

電話番号　　　　　：

１　助成金申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①費用額計 | ②上限額  ・成果目標を達成した場合は、「300万円」又は「40万円×対象労働者数」のいずれか低い方の額  ・未達成の場合は、「200万円」又は「20万円×対象労働者数」のいずれか低い方の額 | ③助成金申請額  ①に成果目標の達成状況に応じた補助率を乗じた額（1,000円未満切捨）と②の額を比較して、いずれか低い方の額  【補助率】  ・達成した場合は　「３／４」  ・未達成の場合は　「１／２」 |
| 円 | 円 | 円 |

２　その他

|  |  |
| --- | --- |
| （１）労働保険料を滞納していないか | 滞納していない　・　　滞納している |
| （２）過去３年間に国から給付される給付金の不正受給を行っていないか | 行っていない　　・　　行った |
| （３）暴力団関係事業場に該当しないか | 該当しない　　　・　　該当する |
| （４）性風俗関連営業、接待を伴う飲食営業等を行っていないか | 該当しない　　　・　　該当する |
| （５）倒産していないか | 倒産していない　・　倒産している |
| （６）国や地方公共団体からの他の補助金の申請、受給の有無について（本年度の状況） | 無  有 → 補助金の名称[　　　　　　　　　　] |
| （７）交付申請日の前日から起算して１年前の日から支給申請日の前日までの間に賃金不払等の労働関係法令違反を行っていないか | 該当しない　　　・　　該当する |

様式第11号

　　令和　　年　　月　　日

働き方改革推進支援助成金事業実施結果報告書

　厚　生　労　働　大　臣　　殿

　働き方改革推進支援助成金事業の実施の結果について、下記のとおり報告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は代理人 | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |

※申請者が事業主の場合、上欄に氏名等を記載してください。

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に本助成金の支給に係る事業主の氏名等を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項の提出代行者又は同則第16条の３の事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

１　実施体制の整備のための措置

（注）　措置の実施状況がわかる資料を添付すること

（１）労働時間等設定改善委員会の設置等労使の話し合いの機会の整備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 労働時間等設定改善委員会などの設置の有無 | 名称 | 話し合いの機会の頻度 |
| 労使の話し合いの機会の整備 | 有・無 |  | 年 回 |
| 話し合った内容 |  | | |

（２）労働時間等に関する個々の苦情、意見及び要望を受け付けるための担当者の選任

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者の役職・氏名 |  |
| 労働者に対する周知方法 |  |
| 窓口の設置等受け付けやすい体制の整備について、具体的な措置内容 |  |

（３）労働者に対する事業実施計画の周知

|  |
| --- |
| 労働者に対する事業実施計画の周知について、具体的な措置内容 |

様式第11号（続紙1）

２　支給対象の事業

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (1)成果目標の評価期間 | | 月　　　日から　　か月 | |
| (2)事業の詳細（実施した事業内容、実施時期、費用の内訳） | | | |
| 実施した事業内容、  実施時期 | 交付決定時の金額  （内訳含む） | 支給申請時の金額  （内訳含む） | 金額が異なる場合はその理由 |
| 下記のいずれかに☑  □ 税抜　□ 税込 | 下記のいずれかに☑  □ 税抜　□ 税込 |
|  |  |  |  |
| (3)費用額計 | | 円 | |

（注）　納品書、領収書、導入物の写真等を添付すること

※消費税仕入控除税額が明らかでない場合は、税込で記載すること

様式第11号（続紙2）

３　成果目標の達成状況

（１）テレワークの実施等

|  |  |
| --- | --- |
| 評価期間に１回以上、在宅又はサテライトオフィスにおいて就業するテレワークを実施した対象労働者数 | 人 |
| 評価期間において、対象労働者が、在宅又はサテライトオフィスにおいてテレワークを実施した回数の週間平均（小数点第２位以下切り捨て） | 回 |

（２）対象労働者数の増加（過去に本助成金（※）の支給有りの場合必須）

※平成29年度以前は職場意識改善助成金

※平成30年度、31年度は時間外労働等改善助成金

※新型コロナウイルス感染症対策のためのテレワークコース（令和元年度、２年度）を含む

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 過去の評価期間 | 評価期間 | 増　減 |
| 対象労働者数（※） | 人 | 人 | 人 |

※過去に受給した助成金が新型コロナウイルス感染症対策のためのテレワークコースの場合は、「過去の評価期間」の人数は、事業実施期間中にテレワークを実施した労働者数を記載

（注） 実施状況がわかる集計表、賃金台帳等の写しを添付すること

様式第11号別紙

対 象 労 働 者 一 覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　　名 | サテライトオフィスの場合は住所／名称 | 評価期間に１回以上、在宅又はサテライトオフィスにおいてテレワークを実施したか | 評価期間において、対象労働者が、在宅又はサテライトオフィスにおいてテレワークを実施した回数 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |
| １１ |  |  |  |  |
| １２ |  |  |  |  |
| １３ |  |  |  |  |
| １４ |  |  |  |  |
| １５ |  |  |  |  |
| １６ |  |  |  |  |
| １７ |  |  |  |  |
| １８ |  |  |  |  |
| １９ |  |  |  |  |
| ２０ |  |  |  |  |
| ２１ |  |  |  |  |
| ２２ |  |  |  |  |
| ２３ |  |  |  |  |
| ２４ |  |  |  |  |
| ２５ |  |  |  |  |
| ２６ |  |  |  |  |
| ２７ |  |  |  |  |
| ２８ |  |  |  |  |
| ２９ |  |  |  |  |
| ３０ |  |  |  |  |
| 合計 | | | | 回 |

（注） 実施状況がわかる資料を添付すること

様式第12号

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金支給決定通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日付けで申請のあった働き方改革推進支援助成金（以下「助成金」という。）については、審査の結果、下記のとおり支給することを決定したので、通知いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給決定額（確定額） |  | 円 |

|  |
| --- |
| ＜注意事項＞  １ 　助成金の支給に関して必要と認め実施する調査又は報告に協力してください。  ２ 　働き方改革推進支援助成金事業の実施に要した費用の支出及び成果目標の達成状況に関する証拠書類は、翌年度の初日から起算して５年間整理保管してください。  ３ 　偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合には、支給した助成金の全部又は一部を直ちに返還していただきます。 |

　様式第13号

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金不支給決定通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日付けで支給申請のあった働き方改革推進支援助成金については、審査の結果、下記の理由により支給しないことを決定したので、通知いたします。

記

理由

|  |
| --- |
|  |

様式第14号

　 　令和　　年　　月　　日

働き方改革推進支援助成金に係る消費税額の確定に伴う報告書

厚　生　労　働　大　臣　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は代理人 | 住所　〒 |
|  | 電話番号 |
|  | （法人名） |
|  | 代表者職・氏名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 事業主又は社会保険労務士  （提出代行者・事務代理者） | 住所　〒 |
| 電話番号 |
| （法人名） |
| 代表者職・氏名 |

※申請者が事業主の場合、上欄に氏名等を記載してください。

※申請者が代理人の場合、上欄に代理人の氏名等を、下欄に本助成金の支給に係る事業主の氏名等を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条第２項の提出代行者又は同則第16条の３の事務代理者の場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に申請者の氏名等を記載してください。

申請書の記載内容等に係る問合せを行うことがありますので、担当者を記入してください｡

担当者名（フリガナ）：

電子メールアドレス：

電話番号　　　　　：

下記のとおり報告します。

記

１　補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第15条に基づく確定額又は事業実績報告額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金 |  | 円 |

２　消費税額の申告により確定した消費税仕入控除税額（要国庫補助金返還相当額）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金 |  | 円 |

３　添付資料

　　　記載内容を確認するための書類（確定申告書の写し、課税売上割合等が把握できる資料、特定収入の割合を確認できる資料）を添付すること。

様式第15号

厚生労働省発雇均　　　第　号

令和　年 　　月 　　日

働き方改革推進支援助成金返還決定通知書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 殿 |

厚　生　労　働　大　臣　　　印

　　年　　月　　日付けをもって支給した働き方改革推進支援助成金については、下記により返還するよう通知いたします。

記

１　返還の理由

|  |
| --- |
|  |

２　返還額 　　円

３　返還の期限 　　年　　月　　日

４　返還の方法

別途交付する納入告知書に従い、上記２の金額を国庫に納付すること。

なお、交付要綱第16条第5項の規定により、　　年　　月　　日から納付の日までの日数に応じ、当該金額につき年10.95パーセントの割合で計算した加算金を納付すること。

５　なお、この処分に不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます（処分があった日から１年を経過した場合を除きます。）。

この処分に対する取消訴訟については、国を被告として（訴訟において国を代表する者は法務大臣となります。）、この処分があったことを知った日の翌日から起算して６か月以内に提起することができます（処分があった日から１年を経過した場合を除きます。）。

ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消訴訟は、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に提起しなければなりません（決定があった日から１年を経過した場合を除きます。）。