**働き方改革推進支援助成金**

**（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・２次募集分）**

# 交付申請確認書

**ご郵送前に、下記の□の項目についてチェックの上、申請書類と一緒に下記へご送付ください。**

**※令和2年９月18日（金）必着**

（送付先）

名 称 テレワーク相談センター

所在地 〒101‐0062 東京都千代田区神田駿河台１‐８‐11

電 話 0570-550348

□　「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・２次募集分」のへの申請である（「テレワークコース」への申請ではない）か。

□　「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・２次募集分」の様式を使用しているか（「テレワークコース」の様式ではない）か。

**□** 事業実施期間にテレワークを実施する（した）労働者が１人以上いるか。

**様式第１号**

　 申請事業主の名称を署名又は記名・押印している。

　　労災保険の適用事業主である。

　　中小企業事業主に該当している。

新型コロナウイルス感染症対策としてテレワークを新規で導入する対象事業主である。

　　支給要領に定める不支給等要件に該当していない。

　 「４ 消費税の適用に関する事項」について選択した内容と、事業実施計画（様式第１号別添）の

所要額の内容に齟齬はない。

　　記入漏れの項目がない。

**様式第１号別添**

　　「１　実施体制の整備のための措置」の（１）～（３）すべて記載している。

　　助成対象ではない経費を含めていない（働き方改革推進支援助成金支給要領（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・２次募集分）の別紙の経費である）。

　　パソコン、タブレット、スマートフォンの購入費用を含めていない（レンタル、リースはOK）。

　　申請マニュアルの19ページを確認し、助成対象経費でないものが含まれていない。

（裏面に続く）

事業実施期間内（令和２年４月７日～交付決定日から起算して１か月を経過した日）に実施する（した）事業に係る料金のみを記入している。

　　リース契約、ライセンス契約、サービス利用契約等の一定期間に応じて金額が定まる契約等に係る費用については、契約期間の開始日が事業実施期間内であるものに限り、また、３か月を限度として計上している。その際、年額等の場合は月割の金額としている。

　　記入漏れの項目がない。

**添付書類**

「働き方改革推進支援助成金交付申請書」（様式第1号）の原本がある。

「働き方改革推進支援助成金事業実施計画」（様式第1号別添）の原本がある。

３か月以内に取得した「登記事項」を確認できる書類がある。

　　　→ 登記事項証明書、登記情報提供サービスによる情報等

労働者災害補償保険法の事業主であることを確認するための書類の写しがある。

中小企業事業主であることを確認するための書類の写しがある。

　　 → 登記事項証明書や労働保険概算保険料申告書等で確認できる場合は省略可

実施を確認できるための書類がある（交付申請日までに既に事業を実施している場合）。

→ 実施した日及びその内容が客観的に分かる資料（納品書、契約書、コンサルティング報告書、

改訂後の就業規則など）

　　 → 実施に要した費用の支出に関する資料（領収書の写し、費用の振込記録など）

必要な経費の算出根拠がわかる書類がある（これから事業を実施する場合）。

→ 見積書等

　 振込みを希望する金融機関の口座が確認できる書類がある（通帳又はキャッシュカードの写し）。

　→　金融機関名（支店名）、口座番号、口座名義が確認できるものに限る

**その他**

　　　事実と異なる記載や虚偽記載はない。

　　　他の助成金との併給の場合、申請対象が同一ではない。

　　　本助成金の交付要綱、支給要領、申請マニュアルを確認した。

　　　本助成金の交付決定、支給決定の審査に必要な事項についての確認を厚生労働省の職員・事務補助者が行う場合には協力する。

　　　　　　また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為等により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、返還請求があった場合、直ちに返還する。

　　　　　　※　不正受給を行った場合、事業主は助成金の返還を求められるだけでなく10.95％の率で計算した加算金が課せられるとともに、３年間助成金が受けられなくなります。

助成金は、国の予算の範囲内で支給するため、申請期間内に募集が終了したり、予算を超過する恐れがある場合、交付決定が行われないことがあることについて確認した。

上記について確認の上、提出します。

事業主又は代理人　　 住所〒

　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

事業主又は社会保険労務士　住所〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名