

職場定着支援助成金(介護福祉機器等助成) 支給申請書

職場定着支援助成金(介護福祉機器等助成)の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。

平成 年 月 日

| | | | | | |
|--------|------------------|----|---|--|--|
| 労働局長 殿 | 住所 | 〒 | | | |
| | 事業主 又は 代理人 | 名称 | | | |
| | | 氏名 | 印 | | |

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に職場定着支援助成金(介護福祉機器等助成)の支給に係る申請事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同則第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に申請事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

平成 年 月 日

| | | | | | |
|-----------------------------------|----|---|--|--|--|
| 事業主又は 社会保険労務士 (提出代行者・事務代理者) | 住所 | 〒 | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 氏名 | 印 | | | |

| | | | | | |
|--------------|----------|-------|----------|--|--|
| ①雇用保険適用事業所番号 | | | | | |
| ②導入・運用計画期間 | 平成 年 月 日 | ～ | 平成 年 月 日 | | |
| ③認定年月日 | 平成 年 月 日 | ④認定番号 | | | |

| | | |
|---|---|-------------|
| ⑤ 支給 申請 額 | (1)過去3年以内に本助成金等の支給を受けたことの有無 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 | |
| | ※ 中小企業労働環境向上助成金(介護福祉機器等助成)、介護労働環境上奨励金(介護福祉機器等助成)、介護労働者設備等導入奨励金、介護労働者設備等整備モデル奨励金を含みます。 | |
| | イ 本助成金等の受給済額 | 円 |
| | ロ 直近の支給決定日 | 平成 年 月 日 |
| | ハ 本助成金の受給限度額(300万円-イの額) | 3,000,000 円 |
| | (2)導入・運用に係る対象経費の額(イ+ロ+ハ+ニ) | |
| | イ 介護福祉機器の購入または賃借額 | 円 |
| | ロ 保守契約の額 | 円 |
| | ハ 介護福祉機器の使用を徹底するための研修に要する額 | 円 |
| | ニ 介護技術に関する身体的負担軽減を図るための研修に要する額 | 円 |
| 合計額(イ+ロ+ハ+ニ) | 0 円 | |
| (3)基準額((2)の額×1/2)(300万円を超えるときは3,000,000と記入) | 0 円 | |
| (4)支給申請額((3)の額が(1)ハの額を超えるときは(1)ハの金額を記入) | 0 円 | |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| ⑥ 使用 状況 について | 導入機器を転用、譲渡、売却、解約又は改造したことがある | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | 正当な理由なく、機器等の一部又は全部を設置していない又は設置するも恒常的に使用していない | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | 適正な使用や管理を怠ったことにより導入機器が使用不可能となっている | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | 導入機器が計画とは異なる事業所に導入されている | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | 介護福祉機器を導入する事業所の介護労働者以外の労働者が恒常的に利用している | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

| | |
|---|---|
| ⑦国等からの補助金等受給の有無 | <input type="checkbox"/> 有 () ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑧過去3年以内に偽りその他不正の行為により、雇用保険法第4章の規定により支給される給付金の支給を受け、又は受けようとしたことの有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ⑨導入・運用計画書の提出日の翌日から支給申請日までの雇用保険被保険者の事業主都合の離職の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

| | | | |
|------------|-------|------|---------------|
| ⑩申請書作成担当者 | 電話番号 | | |
| 社会保険労務士記載欄 | 作成年月日 | 電話番号 | 提出代行・事務代理者の表示 |

(労働局記入欄)

| | | | |
|-------|----------|-------|----------|
| 受理年月日 | 平成 年 月 日 | 支給年月日 | 平成 年 月 日 |
| 支給金額 | 円 | 支給番号 | |
| 備考 | | | |
| 決裁欄 | 局長 | 部長 | 課長 |
| | 課長補佐 | 係長 | 担当 |

※ 別紙にも必要事項をご記入ください。

※ 記載にあたっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧ください。

【提出上の注意】

1 この申請書は、導入・運用計画期間の末日の翌日から起算して**2か月以内**に、**雇用保険適用事業所の所在地を管轄する都道府県労働局職業安定部に提出してください。**

なお、この申請書は労働局の管轄下にある公共職業安定所(ハローワーク)に提出できる場合がありますので、労働局にお問い合わせください。

また、提出期間を過ぎると支給申請をすることができなくなりますのでご注意ください。

2 支給申請書には次の書類を添付してください。

「職場定着支援助成金 介護福祉機器設置・整備申告書(様式第b-2号)」(写)

「職場定着支援助成金 導入・運用計画認定通知書(様式第b-3号)」(写)

「職場定着支援助成金 介護福祉機器販売・賃借証明書(様式第b-9号)」

導入した介護福祉機器の内容が明らかにされた次のイからハに掲げる書類

イ 支給対象部分の金額を記した売買契約書(販売等企業の押印が入った請求書及び領収書でも可)(写)又は賃借契約書(写)、保守契約を締結した場合は保守契約書(写)及び当該動産を確定するための資料(パンフレットなど)

※付属品がある場合は、項目ごとに支給対象部分と支給対象外に分けた内訳が明示されているもの。

※分割払いや賃借契約の場合は、支給申請日までに支払った支給対象部分の金額が確認できるもの。

ロ 導入した事業所内で撮影した介護福祉機器の写真(1台ずつ全体像と製造番号が判別できるもの)

ハ いつ(年月日)、どこの事業所に、どのような介護福祉機器を導入したか確認できる資料(納品書など)

導入した介護福祉機器の使用を徹底するための研修及び介護技術に関する身体的負担軽減を図るための研修の内容、実施日(実施期間)等が確認できる資料

導入した介護福祉機器の使用を徹底するための研修に要した費用の支払いを証明する書類(写)

介護技術に関する身体的負担軽減を図るための研修に要した費用の支払いを証明する書類(写)

導入効果の把握に関する書類(労働者が実際に記入したアンケート)

支払実態を確認する書類(総勘定元帳(写)(現金科目及び預金科目のうち当該導入機器の支払いに係る部分に限る。))又は預金通帳(写)(「摘要欄」及び「支払金額」のうち導入機器の支払いに係る部分に限る。))

支給要件確認申立書(共通要領様式第1号)

その他管轄労働局長が必要と認める書類

3 支給・不支給の決定に係る審査の必要に応じ、上記2の書類の原本の提出又は提示をしていただくほか、介護福祉機器の現地確認をさせていただきますことがあります。

【記入上の注意】

1 ③及び④について、変更申請をした場合は、当初の認定日、当初の認定番号を記入してください。

2 ⑤-(3)の基準額は1円未満を切り捨てにしてください。(4)の支給申請額には、(3)の基準額が(1)ハの受給限度額を超える場合は(1)ハの受給限度額を、受給限度額よりも少ない場合は(3)の基準額を記入してください。

3 支給申請日において国、特別の法律に基づいて設立された法人等からの補助金、助成金等を受給している(予定を含む。)場合は、この助成金の対象とならない場合があります。⑦には、受給の有無及び受給している(予定を含む。)補助金等のすべてについてその名称を記入してください(書ききれない場合は別紙に記入して添付してください。))。

4 ⑨欄には、導入・運用計画の提出日の翌日から支給申請日までの間に、申請に係る雇用保険適用事業所において事業主都合の雇用保険被保険者(短期雇用特例被保険者及び日雇労働被保険者を除く。)の離職を出したことの有無を記入してください。

5 ⑩欄には、この申請書の内容を理解している作成担当者を記入してください。労働局から記載内容について問い合わせることがあります。

【書類等の保管】

助成金の支給を受けた事業主は、助成金の申請に当たって提出した書類等について、当該助成金等の最後の支給日の属する年度から起算して5年間整理保管することとされています。また、これらの書類等について労働局より提示、提出を求められたときは、速やかに提示又は提出してください。この求めに応じていただけない場合、雇用保険法の規定に基づき罰せられることがあります。

【助成金(介護福祉機器等助成)の支給を受けるためには、以下のような条件が定められています。その他の条件等の詳細については、労働局にお問い合わせください。】

1 基準期間(介護福祉機器等助成)に、申請に係る雇用保険適用事業所において、3人を超え、かつ、雇用保険被保険者数の6%に相当する数を超えた特定受給資格者となる離職を出した事業主でないこと。

2 支給申請日の属する年度の前年度より前の保険年度に、労働保険料を滞納していないこと。

3 過去3年以内に偽りその他不正行為により、雇用保険法第4章の規定により支給される給付金の支給を受け、又は受けようとした事業主でないこと。

4 過去に、支給を受けた本助成金(介護福祉機器等助成)(介護労働者設備等整備モデル奨励金、介護労働者設備等導入奨励金、介護労働環境向上奨励金(介護福祉機器等助成)、中小企業労働環境向上助成金(介護福祉機器等助成)を含む。)の累計額が、申請に係る雇用保険適用事業所において、上限額(300万円)に到達した場合は、当該助成金に係る管轄労働局長が行った最後の支給決定をした日の翌日から起算して3年を経過していること。ただし、助成金の上限額に到達するまでは、当該支給決定日以降であれば、新たな導入・運用計画の申請を行うことができます。

5 労働関係法令を遵守していること。