様式第b-1号（H29.4改正）

**職場定着支援助成金(介護福祉機器助成コース）導入・運用計画（変更）書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職場定着支援助成金(介護福祉機器助成コース）導入・運用計画（変更）の認定を受けたいので、以下のとおり申請します。  平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 労働局長　殿 | | | | | | | | | | 事業主 又は 代理人 | | 住所 | | | | | | | 〒 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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（介護福祉機器助成コース）の支給に係る事業主（計画者）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、上欄に事業主（計画者）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申請事業主 | (1)申請に係る事業所の雇用保険適用事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (2)-1　機器導入を行う事業所における、本計画書提出日の12か月前の日の属する月の初日の雇用保険一般被保険者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| (2)-2　機器導入を行う事業所における、本計画書提出日の12か月前の日の属する月の初日から本計画書提出日の属する | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| 月の前月末までの期間に離職した雇用保険一般被保険者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (2)-3　うち定年退職又は重責解雇をした者等を除いた数 | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | |
| (3)申請に係る事業所の設立年月日 | | | | | | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | (4)申請に係る事業所において行っている介護事業の内容 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| (5)導入・運用計画期間 | | | | | | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日　　～　　平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②申請予定額 | (1)過去３年以内に本助成金等の支給（ただし、目標達成助成を除く）を受けたことの有無（裏面５参照） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □有　・　□無 | | | | | |
|  | イ　本助成金等の受給済額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| ロ　直近の本助成金等の支給決定日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | |
| ハ　本助成金の受給限度額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | |
| (2)機器導入に係る対象経費見込額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | イ　介護福祉機器の購入又は賃借に要する見込額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| ロ　保守契約の見込額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| ハ　導入機器の使用を徹底するための研修に要する見込額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| 合計額（イ＋ロ＋ハ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| (3)申請予定額 | | | | | イ　機器導入助成（(2)の額の25％。150万円を超えるときは、1,500,000と記入。ただし、(1)ハの額を超えるときは(1)ハの金額。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | |
| ロ　目標達成助成（(2)の額の20％又は35％。150万円を超えるときは、1,500,000と記入。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 20％の額　　　　　　　　　　　　　 円 | | | | | | | |
| 35％の額　　　　　　　　　　　　　 円 | | | | | | | |
| 合計（イ＋ロ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 20％の額　　　　　　　　　　　　　 円 | | | | | | | |
| 35％の額　　　　　　　　　　　　　 円 | | | | | | | |
| ③国等からの補助金等受給の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | □有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　□無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④計画時離職率（①(2)-3／①(2)-1×100） | | | | | | | | | | | ％ | | | | | | ⑤離職率の低下目標（①(2)-1の人数規模に応じる） | | | | | | | | | | | | | ％ | | | | ⑥目標離職率（④－⑤。上限30％） | | | | | | | | | ％ | |
| ⑦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 | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 提出代行者・事務代理者の表示 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※処理欄  （労働局記入） | | | 受理年月日 | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 認定年月日 | | | | | 平成　　年　　月　　日 | | | | | | 認定番号 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 認定金額 | | | | 20％の場合 | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 35％の場合 | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 事業所における雇用保険被保険者数 | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | 事業所における本計画認定申請日の12か月前の日の属する月の初日から、本計画認定申請日の属する月の前月末までの期間における離職による雇用保険一般被保険者資格喪失者の数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 |
| 計画時離職率 | | | | | | | | | | | | | ％ | | | | | |
| 離職率の低下目標（いずれか一つに○） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 15％　　10％　　７％　　５％　　３％　　０％ | | | | | | | | | | | | | | | 目標離職率（上限30％） | | | | | | | ％ |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※決裁欄  （労働局使用） | | | | | | | | | 局　　長 | | | | | | | | 部　　長 | | | | | | | | 課　　長 | | | | | | | 課長補佐 | | | | | | 係　　長 | | 担　　当 | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |

※　別紙1にも必要事項をご記入ください。また、記載に当たっては、裏面の記入上の注意を必ずご覧ください。

様式第b-1号（注意書き）

**【提出上の注意】**

１　この用紙を計画の認定のために使用する場合は、標題中「（変更）」を消してください。また、変更申請の場合は、標題中「（変更）」を○で囲んでください。

２　この計画書は、申請に係る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、その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。

３　この計画書は、別紙とともに最初に介護福祉機器を導入する月の初日の１か月前の日の前日までに提出してください。

４　計画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（介護福祉機器助成コース）導入・運用計画対象経費内訳書【計画提出時】（様式第b-1号別紙1）

□　介護保険法に基づく指定または許可を受けていることを証明する書類等、介護事業主であることを確認するための書類

□　導入する介護福祉機器のカタログ、価格表、見積書等（写）

□　対象事業所における計画時離職率算定期間の雇用保険一般被保険者の離職状況がわかる書類（離職証明書（写）、雇用保険被保険者資格喪失確認通知書（事業主通知用）（写）等）

□　次のいずれかに当てはまる事業主については介護労働者名簿（様式第b-1号別紙2）

　□　主たる事業が介護事業以外の事業主の場合

　□　介護労働者すべてが雇用保険一般被保険者ではない場合

□　その他管轄労働局長が必要と認める書類（介護労働者の在職状況を確認するための労働者名簿、組織図等）

５　この計画の内容を変更する場合は、変更の内容に応じて提出期限が異なりますので、あらかじめ労働局にお問い合わせください。なお、変更の申請がなされず認定された計画との違いがある場合、支給決定されないことがあります。特に、機器導入予定日、事業開始日が遅れる場合、導入・運用計画によっては計画期間が３か月以上を満たさなくなることがありますのでご注意ください。

６　この計画について労働局が立入検査等を行うことがありますのでご協力ください。

**【記入上の注意】**

１　①－(1)については、雇用保険適用事業所設置の届出をしていない場合は、この申請後速やかに労働局に届け出てください。

２　①－(2)については、目標達成助成に係る目標離職率の算定の基礎となりますので、正確に記入してください。

３　①－(5)には、導入・運用計画期間として最初に介護福祉機器を導入する月の初日を起算日とする３か月以上１年以内の期間を記載してください。

４　②－(1)の「助成金等」とは、職場定着支援助成金（介護福祉機器助成コース）（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）及び平成29年４月１日より前に提出された導入・運用計画に係る職場定着支援助成金（介護福祉機器等助成）を含む。）です。

５　②－(1)ハについては、1,500,000と記入してください。ただし、以下の(ｲ)または(ﾛ)のいずれかに該当する事業所は、以下により算定した額を記入してください。

　 (ｲ)　過去に職場定着支援助成金（介護福祉機器助成コース／機器導入助成）を受給したことのある事業所で、この計画申請時点で最後の支給決定日の翌日から起算して３年を経過していない事業所は、150万円から(1)イの受給済額を減じた額を記入してください。

　(ﾛ)　過去に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）または平成２９年４月１日より前に提出された導入・運用計画に係る職場定着支援助成金（介護福祉機器等助成）を受給したことのある事業所で、この計画の申請時点で助成金等（目標達成助成を除く。）の最後の支給決定日の翌日から起算して３年を経過していない事業所は、300万円から(1)イの受給済額を減じた額を記入してください。ただし、この額が150万円を超える場合は、1,500,000と記入してください。

６　②－(2)については、介護福祉機器の購入又は賃借に要する見込額（送料、振込手数料は含めない。）、保守契約の見込額、導入機器の使用を徹底するための研修に要する見込額を記入してください。

７　②－(3)については、１円未満は切り捨てにしてください。

８　②－(3)イには、(2)の合計額の25％の額が、(1)ハの受給限度額を超える場合は受給限度額を、受給限度額より少ない場合は(2)の合計額の25％の額を記載してください。

９　導入・運用計画期間に導入、運用するとともに、支給申請日までに支払いが完了することが必要です。また、費用の支払いが　　　　当該導入・運用計画期間を超える賃借及び分割による支払いのため、導入・運用計画期間内に完了しない場合にあっては、支給申請書提出日までの支払いをもって支払いが完了したものとみなします。

10　この計画書の提出日において、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。③欄には、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。）。

11　④欄には、以下の計算式で算出した離職率を記入してください。

機器導入を行う事業所における、本計画提出日の12か月前の属する月の初日から

本計画書提出日の属する月の前月末までの期間に離職した雇用保険一般被保険者数（①(2)-3）

　　計画時離職率　＝　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　×100

機器導入を行う事業所における、本計画書提出日の12か月前の日の属する月

の初日における雇用保険一般被保険者（①(2)-1）

なお、「介護労働者名簿」を作成する事業主にあっては、介護労働者名簿の介護労働者数の１及び３のそれぞれの総計に置き換えて記入してください。

12　⑤欄には、①(2)-１の雇用保険一般被保険者数の人数規模区分に応じて、該当する「低下させる離職率ポイント」を記入してください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象事業所における雇用保険一般被保険者の人数規模区分 | １～９人 | 10～29人 | 30～99人 | 100～299人 | 300人以上 |
| 低下させる離職率ポイント | 15％ポイント | 10％ポイント | ７％ポイント | ５％ポイント | ３％ポイント |

なお、「介護労働者名簿」を作成する事業主にあっては、介護労働者数の１の総計を人数規模区分に置き換えて記入してください。

13　⑥欄には、④計画時離職率から⑤離職率の低下目標を減じた数値を記入してください。

　　30％を超える場合は、「30％」と記入してください。

　　０％を下回る場合及び新規創業等により計画時離職率の算出できない場合は、「０％」と記入してください。

なお、この計画書の提出日時点の人数規模区分と、目標達成助成申請時に算出する評価時離職率算定期間の初日時点の人数規模区分が異なる場合、目標離職率が変更となる場合がありますので、ご留意ください。

14　⑦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】**

　　助成金の申請に当たって提出した書類等について、最後の支給日の属する年度から起算して５年間整理保管してください。また、これらの書類等について労働局より提示または提出を求められたときは、速やかに提示また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（介護福祉機器助成コース）の支給条件】**

１ 基準期間（介護福祉機器助成コース／機器導入助成及び目標達成助成）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、また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職場定着支援助成金（介護福祉機器助成コース）（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）及び平成29年４月１日より前に提出された導入・運用計画に係る職場定着支援助成金（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、上限額に到達した場合は、この助成金に係る管轄労働局長が行った機器導入助成に係る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。