

職場定着支援助成金(介護福祉機器助成コース/目標達成助成) 支給申請書

職場定着支援助成金(介護福祉機器助成コース/目標達成助成) の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。  
 なお、本申請日時点において、雇用保険被保険者資格取得届及び雇用保険被保険者資格喪失届について、届出漏れがないことを申し添えます。

平成 年 月 日

労働局長 殿 事業主 住 所 〒  
 又は 名 称  
 代理人 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/目標達成助成) 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。

事業主又は 住 所 〒  
 社会保険労務士 名 称  
 (提出代行者・事務代理者) 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				
⑤-1 導入・運用計画期間の末日の翌日時点の雇用保険一般被保険者数						人		
⑤-2 対象の事業所における計画期間終了日の翌日から起算して12か月を経過する日までの1年間の離職者数						人		
⑤-3 うち定年退職及び重責解雇した者を除いた数						人		
⑥計画時離職率		%		⑦離職率の低下目標		%		
⑧目標離職率(上限30%)						%		
⑨ 支 請 申 請 額	(1)導入・運用に係る対象経費						円	
	(2)生産性要件に係る支給申請であるか						<input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ	
	(3)支給申請額(算出した額が150万円を超えるときは1,500,000と記入。)							
	(2)で「はい」を選択した場合(1)の額の35%。						円	
(2)で「いいえ」を選択した場合(1)の額の20%。						円		
⑩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	
	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使用している						<input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ	
⑪ 国等からの補助金等受給の有無				<input type="checkbox"/> 有( ) ・ <input type="checkbox"/> 無				
⑫ 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							
※処理欄 (労働局 記入)	受理年月日		平成 年 月 日		支給(不支給)決定年月日		平成 年 月 日	
	支給(不支給)決定金額				円		支給(不支給)決定番号	
	計画期間の末日の翌日時点の雇用保険一般被保険者数				人		計画期間の末日の翌日から起算して12か月を経過する日までの1年間で離職した者の数	
	評価時離職率		%		離職率の低下幅		%	
	備考		離職率30%以下 <input type="checkbox"/> 支給の可否 <input type="checkbox"/> 支給 ・ <input type="checkbox"/> 不支給					
※決裁欄 (労働局使用)	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。

様式第 b-7 号（注意書き）

【提出上の注意】

- 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 12 か月を経過する日の翌日から 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、そ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。
- 支給申請書には次の書類を添付してください。
  - 対象事業所における評価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）
  - 支給要件確認申立書（共通要領様式第 1 号）
  - 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-7 号別紙）
    - 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
  - 生産性要件を満たした場合の額の適用を希望する場合は、生産性要件算定シート（共通要領様式第 2 号）及び算定の根拠となる証拠書類（損益計算書、総勘定元帳等）
  - 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）

【記入上の注意】

- ③及び④については、職場定着支援助成金（介護福祉機器助成コース）導入・運用計画認定通知書（様式第 b-3 号）を参照し記入してください。  
 なお、変更申請をした場合は、当初の認定日及び認定番号を記入してください。
- ⑤については、目標とする離職率の低下幅を達成しているかを確認するために使用しますので、正確に記入してください。  
 なお、⑧-1 の雇用保険一般被保険者数による人数規模区分が、導入・運用計画書認定申請時と異なる場合は、導入・運用計画期間の末日の翌日時点による、人数規模区分における「低下させる離職率ポイント」が適用されますので、⑥及び⑦についても変更してください。

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

「介護労働者名簿」を作成する事業主にあつては、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。

- ⑧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。

$$\text{評価時離職率} = \frac{\text{機器導入を行う事業所における、導入・運用計画期間の末日の翌日から起算して12か月を経過する日までの期間に離職した雇用保険一般被保険者数 (⑤-3)}}{\text{機器導入を行う事業所における、導入・運用計画期間の末日の翌日時点における雇用保険一般被保険者数 (⑤-1)}} \times 100$$

なお、「介護労働者名簿」を作成する事業主にあつては、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算出してください。

- ⑨- (2)には、生産性要件を満たした場合の額の適用を希望する場合は、「はい」を○で囲んでください。「はい」の場合、「生産性要件算定シート（共通要領様式第 2 号）」及び算定の根拠となる証拠書類（損益計算書、総勘定元帳等）を添付してください。
- 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、この助成金の支給対象とならない場合があります。⑩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。）。
- ⑫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、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／目標達成助成）の支給条件】

基準期間（介護福祉機器助成コース／目標達成助成）に、申請に係る雇用保険事業所において 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。