

対象労働者雇用状況等申立書
労働移動支援助成金（キャリア希望実現支援助成金（生涯現役移籍受入支援））

(枚中 枚目)

(1) 支給対象者について

1 支給対象者氏名				2 雇用保険被保険者番号			
3 所属部署				4 職種 (※裏面のA~Lから選択)			
5 移籍した日	平成 年 月 日			6 雇用形態 (※裏面のA~Cから選択)			
7 年齢	歳						
8 対象者の区分 (該当するものに○をつけ、その右欄の日付を記入)	イ 移籍による受入れ対象者		移籍元の離職日	平成 年 月 日			
	ロ 在籍出向から移籍への切換え対象者		在籍出向の受入れ日	平成 年 月 日			
9	5の移籍による受入れにおいて、支給対象者を期間の定めのない労働者として受入れた。						(はい・いいえ)
10	()						
11	雇入れ後6か月間に係る賃金のうちまだ支払っていないものがある。						(はい・いいえ)
12	時間外手当・深夜手当・休日出勤手当等を法定どおり支払っている。						(はい・いいえ)

(2) 支給対象者を雇用していた移籍元事業主との関係

1 支給対象者を雇用していた移籍元事業主名			
2 1の事業主と、支給対象者の移籍による受入れの日の前日から起算してその日以前1年間において、資本的・経済的・組織的関連性から見て密接な関係にある事業主に該当する。	(はい・いいえ)		

(3) 移籍について

1 移籍元事業主又は在籍出向元事業主との間に当該移籍に係る合意がある。	(はい・いいえ)		
2 産業競争力強化法に基づく事業再編等の実施に伴う移籍である。	(はい・いいえ)		

本人確認欄	① (2) 1の事業主の事業所への復帰の見込みがある。	(はい・いいえ)
	② (2) 1の事業主に1年以上継続して雇用されていた。	(はい・いいえ)
	③当該移籍又は在籍出向から切り換えた移籍について同意している。	(はい・いいえ)
	上記の回答について、いずれも相違ありません。	
	氏名	(記名押印又は署名)

以上の記載事項に誤りのないことを証明する。

平成 年 月 日

(〒)

所在地

電話

事業所名

代表者名

印

【提出上の注意】

- 1 この様式は、申請事業主が最後に証明を行った上で、支給申請書（様式第9号）に添えて提出してください。
- 2 この様式は、支給対象者ごとに作成してください。

【記入上の注意】

（1）支給対象者について

- 1 1~12欄について、申請書提出日における支給対象者の各事項を記入して下さい。
- 2 4欄については、職種を以下から選び、その記号を入力して下さい。
A. 管理的職業、B. 専門的・技術的職業、C. 事務、D. 営業・販売、E. サービス、F. 保安、G. 農林漁業、H. 生産工程、I. 輸送・機械運転、J. 建設・採掘、K. 運搬・清掃・包装等、L. その他
- 3 6欄については、支給対象者の再就職先での雇用形態について、次の中から該当するものの記号を記入してください。

記号	雇用形態
A	フルタイム労働者
B	派遣労働者（再就職先が派遣事業者の場合）
C	その他（その内容を具体的に6欄に記入）

（2）対象者を雇用していた移籍元事業主との関係

- 1 1欄は、（1）の支給対象者を直前に雇用していた移籍元事業主名を記入してください。
- 2 2欄は、1欄の事業主と申請事業主との関係について、該当箇所に「○」を付けてください。「資本的・経済的・組織的関連性等からみて密接な関係」とは、以下のことを指すほか関係性を総合的に判断します。
ア 他の事業主の総株主又は総社員の議決権の過半数を有する事業主を親会社、当該他の事業主を子会社とする場合における、親会社又は子会社であること。
イ 取締役会の構成員について、代表取締役が同一人物であること、又は取締役を兼務しているものがいづれかの取締役会の過半数を占めていること。

（3）移籍について

- 1 1欄は、当該移籍について移籍元事業主又は在籍出向元事業主と申請事業主との間に合意があるかについて、該当箇所に「○」を付けてください。
- 2 2欄は、当該移籍が産業競争力強化法（平成25年法律第98号）第25条第2項に規定する認定事業再編計画に従って実施される事業再編、同法第27条第2項に規定する認定特定事業再編計画に従って実施される特定事業再編、又は同法第122条第3項に規定する認定中小企業承継事業再生計画に従って実施される中小企業承継事業再生に伴い行われる移籍であるかについて、該当箇所に「○」を付けてください。

本人確認欄

- 1 当該支給対象者に確認を行い、質問①~③について、それぞれ該当箇所に「○」を付けてください。
- 2 下欄には、内容に誤りがないかについて支給対象者本人の確認を受け、署名又は押印をもらってください。