<【再】様式第1号①>

※欄は記載しないでください。

両立支援等助成金（再雇用者評価処遇コース）支給申請書

両立支援等助成金（再雇用者評価処遇コース）の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

平成　　年　　月　　日

　　　　労働局長　殿

申請事業主又は代理人
所在地 〒
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、下欄に両立支援等助成金（再雇用者評価処遇コース）の支給申請に係る事業主の住所、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令第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。

申請事業主又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者）
所在地 〒
名称
氏名　　　　　　印

1 申請事業主				
	①雇用保険適用事業所番号		②労働保険番号	
	③申請月の初日において常時雇用する労働者の数	人	④主たる事業	
	⑤資本の額若しくは出資の総額	万円	⑥雇用保険適用事業所総数	か所　（うち他都道府県に存在する事業所数）　か所
	⑦再雇用制度	制度施行（改正）年月日	平成　年　月　日	
	再雇用制度の内容 ※該当する項目の右欄に○を記入してください。a及びbのいずれにも該当することが必要です。	ア　対象となる退職理由に妊娠・出産・育児・介護が全て明記されている		
		イ　退職理由と再雇用の希望申出を登録する制度となっている		
		ウ　次のa、bそれぞれについて、いずれもの措置を講じていることが明文化されている		
		a　処遇		
		退職前の勤務実績を評価して処遇を決定		
		退職後の就業経験、能力開発の実績を評価して処遇を決定		
		b　再雇用後の配置、昇進、昇給等		
		同等の職務、経験の労働者より合理的な理由なく低くなるものではない		
		対象者の年齢制限の有無	無 ・ 有 （ 定年 ・ その他（　　歳以下））	
		離職期間の制限の有無	無 ・ 有 （　　年以下 ）	
	⑧生産性要件を満たした場合の支給額の適用の希望の有無	希望する ・ 希望しない		

＜【再】様式第1号①＞

2 支給申請に係る労働者

①労働者氏名（フリガナ）		申請回数	1回目 ・ 2回目
②雇用保険被保険者番号		③再雇用時において雇用保険の被保険者となった年月日	平成　年　月　日
④再雇用した事業所		雇用保険適用事業所番号	
⑤再雇用に係る採用年月日	平成　年　月　日	期間の定めのない雇用契約日	平成　年　月　日

⑥再雇用後の評価	a 評価した要素	b 評価結果
※再雇用制度を適用し、 a 評価した要素（経験、能力、資格等） b 評価結果（基本給、諸手当、配置、役職等） の該当項目に○を付け、その内容を具体的に記載してください。	経験 ・ 能力 ・ 資格 ・ その他 （具体的内容）	基本給・諸手当・配置・役職・その他 （具体的内容）

退職時			
⑦退職した事業所		雇用保険適用事業所番号	
⑧ ⑦における採用年月日（被保険者資格取得日）	昭和 平成　年　月　日	⑨退職理由	妊娠 ・ 出産 ・ 育児 ・ 介護
⑩退職年月日（被保険者資格喪失日）	昭和 平成　年　月　日	⑪在職期間（⑧～⑩の期間）	年　月

⑫雇用履歴等	
ア 退職後、再雇用に係る採用日の前日までに申請事業主・関連事業主と雇用、請負、委任の関係にあった又は出向、派遣、請負、委任の関係により当該事業主の事業所において就労したことの有無	有 ・ 無
イ 退職後、再雇用日の前日までに、申請事業主とと資本的・経済的・組織的関連性等からみて密接な関係にある次のいずれかに該当するの関連事業主に雇用されていたことの有無 a 当該事業主と支給対象事業主のいずれか一方の発行済株式数又は出資の総額に占める他方の所有株式数又は出資の割合が5割を超える b 代表者が同一又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めている	有 ・ 無
ウ 申請事業主の代表者又は取締役の3親等以内の親族（配偶者、3親等以内の血族及び姻族）であることの有無	有 ・ 無
エ 申請事業主又は関連事業主の事業所を退職する際、妊娠、出産、育児、介護及びこれらの事由に基づく法律上の休業又は勤務制度の利用等を理由として、解雇された、又は退職勧奨その他不利益な取り扱いを受けたことの有無	有 ・ 無

⑬本人確認欄	上記①から⑫については、記載のとおりです。 所属　　署名　　押印	連絡先電話番号

※審査結果 支給（　人目）・不支給

3 記載担当者	役職	氏名	連絡先電話番号
社会保険労務士記載欄	作成年月日		連絡先電話番号
	提出代行・事務代理者の表示	提出代行 ・ 事務代理	
4 振 込 先	銀　行 信用金庫	店	フリガナ 口座名義
	口座の種類 （ 普通 ・ 当座 ）	口座番号 （　　　）	

※処理欄

受理年月日	平成　年　月　日	受理番号	
支給決定 決定年月日	平成　年　月　日	決定番号	
決定金額合計	円	備考	
局長	部（室）長		担当

＜【再】様式第1号②＞

申　請　事　業　主	
事業所名	
所在地	
電話番号	
雇用保険適用事業所番号	

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地	雇用保険適用事業所番号	電話番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				