

中小企業両立支援助成金(期間雇用者継続就業支援コース)支給申請書

中小企業両立支援助成金(期間雇用者継続就業支援コース)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

申請事業主 住所
又は代理人

労働局長 殿

名称 印

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、下欄に中小企業両立支援助成金(期間雇用者継続就業支援コース)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 住所
又は 社会保険労務士
(提出代行者・事務代理者) 名称 印
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資本金の額若しくは 出資の総額		万円	⑥事業所総数	箇所 (うち他都道府県に 存在する事業所数) 箇所		
	⑦育児休業取得者の原職等復帰措置		a 労働協約	b 就業規則	規定年月日	平成 年 月 日	
	⑧育児休業制度及び育児のための短時間勤務制度(期間雇用者が、正社員と同等の要件で 利用可能となっているもの)				有	無	
	⑨一般事業主行動計画の策定、届出、公表及び労働者に周知させるための措置				有	無	
	⑩育児休業制度等職業生活と家庭生活との両立を支援するための研修等の実施 ※平成27年4月9日までに支給要件を満たした事業主のみ記載のこと				有	無	
	⑪支給申請に係る労働者について両立支援等助成金(子育て短時間勤務支援助成金)の 受給の有無				有	無	
⑫支給申請に係る労働者について中小企業両立支援助成金・育児復帰支援プランコース (職場復帰時)の受給の有無				有	無		
2 支給申請に係る労働者	(1)氏名(フリガナ)	①雇用保険被保険者番号		②雇用保険の被保険者となった年月日		昭和・平成 年 月 日	※審査結果 支給(人目) 正社員加算 無・有(人目) 不支給
	③産後休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
	④育児休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
	⑤育児休業(産後休業の終了後引き続き育児休業をする場合には、産後休業)を開始する 日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無				有	無	
	⑥原職等復帰	復帰日	平成 年 月 日	復帰事業所	育児休業前と ア 同じ イ 異なる		
		部署・係・職務名	ア 復帰後 イ 育児休業前				
	⑦正社員復帰 加算申請	申請を しない ・ する		通常の労働者への転換日	平成 年 月 日		
	⑧支給申請に係る労働者について「キャリアアップ助成金」の「正規雇用等転換コース」の受給の有無				有	無	
本人確認欄	上記①から⑦については、記載のとおりです。			連絡先電話番号			
	署名	押印					

<【中小/期継】様式第1号①>

2 支給申請に係る労働者	①雇用保険被保険者番号		②雇用保険の被保険者となった年月日		昭和・平成	年	月	日	※審査結果 支給（人目） 正社員加算 無・有（人目） 不支給						
	③産後休業期間		平成		年	月	日	～		平成	年	月	日		
	④育児休業期間		平成		年	月	日	～		平成	年	月	日		
	⑤育児休業（産後休業の終了後引き続き育児休業をする場合には、産後休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無							有		・	無				
	⑥原職等復帰	復帰日	平成		年	月	日	復帰事業所		育児休業前と		ア	同じ	イ	異なる
		部署・係・職務名	ア 復帰後 イ 育児休業前												
	⑦正社員復帰加算申請		申請をしない・する		通常の労働者への転換日		平成			年	月	日			
	⑧支給申請に係る労働者について「キャリアアップ助成金」の「正規雇用等転換コース」の受給の有無							有		・	無				
	本人確認欄	上記①から⑦については、記載のとおりです。								連絡先電話番号					
	署名	押印													

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		
4 振込先	フリガナ 銀行 店 口座名義 信用金庫 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		
	決定年月日	平成		年	月	日	決定番号		
	支給決定	決定内容	期間雇用者継続就業支援コース(本体分)		1人目	円+2~5人目×		人	円
			正社員転換加算措置		1人目	円+2~5人目×		人	円
	決定金額合計							円	備考
	局長	室長			担当				

【中小/期継】様式第1号①（裏面）

（提出上の注意）

- 1 この申請書は、支給申請に係る労働者の育児休業終了日の翌日（子の1歳到達日を超えて育児休業を取得した場合の1歳の誕生日とする。）から起算して6か月を経過する日の翌日から2か月以内に、本社（人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所）の所在地を管轄する都道府県労働局雇用均等室（以下「雇用均等室」という。）に提出してください。
- 2 支給申請は、支給申請に係る労働者が生じた事業所にかかわらず、本社で行ってください。
- 3 この申請書を提出するためには、下記の添付書類の写しの全て及び支給要件確認申立書（共通要領様式第1号）が必要です。
 - (1) 労働協約又は就業規則及び関連する労使協定のうち、次のことが確認できる部分
 - ・ 育児休業取得者を、育児休業終了後、原職等に復帰させる旨の取扱いを規定していること
 - ・ 育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業の制度及び育児のための短時間勤務制度を規定していること（なお、育児・介護休業法第2条第1号に規定する育児休業以外の育児休業についても制度を規定している場合は当該部分も含む。）
具体的には、本社等及び対象育児休業取得者が生じた事業所の労働協約又は就業規則を添付すること。
なお、期間雇用者について当該事業所の通常の労働者と異なる労働協約又は就業規則が適用される場合は、通常の労働者と同じ要件で育児休業の制度及び育児のための短時間勤務制度が利用できることが確認できる部分を添付すること。
また、対象育児休業取得者が生じた事業所以外の事業所であって上記就業規則と異なる就業規則を規定している事業所がある場合には、当該労働協約又は就業規則を添付すること。
就業規則の作成及び労働基準監督署への届出義務のない常時10人未満の労働者を雇用する事業主の場合で、就業規則の作成・届出をしていない場合は、制度の措置が明文により定められており、労働者に周知されていることを確認できる書類（例：労働者代表の署名があるもの）を添付すること。
 - (2) 対象育児休業取得者が期間の定めのある労働者であることが確認できる書類（対象育児休業取得者の労働条件通知書又は雇用契約書等）
 - (3) 支給申請に係る労働者の育児休業申出書（育児休業の期間が変更されている場合は育児休業期間変更申出書）
 - (4) 対象育児休業取得者の育児休業取得前と復職後それぞれの部署、職務及び所定労働時間、所定労働日又は所定労働日数が確認できる書類（例：組織図、労働条件通知書（所属、所定労働時間、就労予定日数等が確認できるもの）、就業規則（所定労働時間が確認できる部分）、企業カレンダー等）
 - (5) 対象育児休業取得者の育児休業期間、育児休業後それぞれの就労実績が確認できる書類（例：対象育児休業取得者の出勤簿、タイムカード、賃金台帳、対象育児休業取得者が在宅勤務である場合業務日報等）（育児休業期間分及び育児休業終了後6か月分）
 - (6) 対象育児休業取得者に育児休業に係る子がいることを確認できる書類（例：母子健康手帳の子の出生を証明する該当部分、健康保険証（子が対象育児休業取得者の被扶養者である場合）等）
 - (7) 公表及び周知が義務付けられる前に一般事業主行動計画が策定されている事業主については、自社のホームページの画面を印刷した書類等一般事業主行動計画の公表及び労働者への周知を行っていることを明らかにする書類
- 4 通常の労働者として復帰させた場合の加算の支給を申請する場合は、以下の書類の写しを添付してください。
 - (1) 対象育児休業取得者の通常の労働者への転換後の労働条件通知書又は雇用契約書等
 - (2) 通常の労働者に適用される就業規則及び他の通常の労働者の労働条件通知書、賃金台帳等通常の労働者の労働条件が確認できる書類
- 5 支給要件を満たす（対象育児休業取得者の原職等復帰日から起算して6か月を経過する）日が、平成27年4月9日までの事業主については、申請事業主において、すべての雇用保険被保険者に対して研修（※）を実施したことが確認できる次の書類
 - (1) 提供した教材 (2) 受講者名簿（支給申請書に記載可能な場合は除く。）
 - (3) 期間雇用者継続就業支援コース研修実施結果書<【中小/期継】様式第2号>
- 5 この申請書を提出後に雇用均等室から申請書の記載内容の確認や必要な書類の提出を求めることがあります。
- 6 この申請書の内容について、雇用均等室が実地調査、事情聴取等を行うことがあります。
- 7 この助成金受給後に、申請を行った事業主が支給要件に充足していないことが判明した場合には、支給した助成金の返還を求めることがあります。

（※）研修とは次のいずれにも該当するものを言います。

 - ① 育児休業及び育児のための短時間勤務制度等の取得を予定している者のみならず、管理職等を含む全ての雇用保険被保険者が受講していること。なお、業務の都合等やむを得ない事情で研修に出席できなかった者に対しては、研修時の資料と議事録を配付する等フォローをしていること。
 - ② 事業所の育児休業制度、育児のための短時間勤務制度その他職業生活と家庭生活の両立を支援するための制度の内容の理解と利用促進のための説明を、資料を用いて実施するもので、以下のような内容を含み、研修時間は2時間以上であるもの
 - ・ 事業所の育児休業制度等職業生活と家庭生活との両立を支援するための制度、育児休業中等における待遇や、休業後における賃金、配置その他労働条件に関する事項についての説明
 - ・ 制度の申出等具体的な手続の方法また、eラーニング（情報通信手段を利用して行う教育）によるものでも差し支えないが、メールの配信や文書回覧のみでの対応は含まないこと。
 - ③ 支給申請日までの過去1年間に1回以上開催したこと。なお、研修を複数回に分割して実施せざるを得ない場合でも、各回が最低1時間以上実施されている必要があること。
また、受講者を事業所や職種等ごとに分割して実施することは差し支えないが、雇用する各雇用保険被保険者が2時間以上研修を受ける必要があること。

（記入上の注意）

- 1 1欄については、企業全体について記入してください。
 - (1) ③欄は、支給申請を行う日の属する月の初日において、申請事業主の企業全体で常時雇用している労働者（2か月を超えて

雇用される者であり、かつ、週当たりの所定労働時間が当該企業の通常の労働者と概ね同等である者)の数を記入してください。

- (2) ④欄は、日本標準産業分類に従った主な産業を記入してください。
 - (3) ⑤欄は、いわゆる払込み済資本額を記入してください。
 - (4) ⑥欄は、申請事業主の雇用保険適用事業所の総数を記入してください。
 - (5) ⑦欄は、実施根拠について該当するものを○で囲んだ上、規定年月日を記入してください。
 - (6) ⑧欄～⑩欄は、該当するものを○で囲んでください。ただし、⑩欄は、支給要件を満たす（対象育児休業取得者の原職等復帰日から起算して6か月を経過する）日が、平成27年4月9日までの事業主のみ記入してください。
- 2 2欄については、支給申請に係る労働者について記入してください。
- (1) ⑥欄の「部署・係・職務名」については、所属する部署の最小単位まで記載してください。
 - (2) ⑦欄は、通常の労働者として復帰させた場合の加算措置の申請の有無について○を付けてください。申請する場合は、通常の労働者への転換日を記載してください。
 - (3) 本人確認欄は支給申請者に係る労働者が記載内容について確認した上で、署名・押印してください。また、連絡先電話番号は、本人あて連絡がとれる職場の電話番号を記入してください。
- 3 3欄については、この申請書の作成担当者を記入してください。
雇用均等室から、記載内容等当該申請に係る問合せを行うことがありますので、詳細を承知している方を記入してください。
- 4 4欄については、助成金の振込を希望する金融機関（ネットバンクは除く）の口座について記入してください。
なお、当該口座は、申請者名義の口座であり、法人の場合は当該企業名等を併せて登録している口座であることが必要です。（書ききれない場合は、余白をご利用ください。）

(その他の注意事項)

- 1 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、当該助成金の最後の支給日の属する年度から起算して5年間保管してください。
また、これらの書類等について都道府県労働局より提示、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。
- 2 申請者が代理人の場合は、本申請書に事業主の委任状(写)を添付してください。

<【中小/期継】様式第1号②> (H27.4.10改正)

申請事業主	
事業所名	
住所	〒
電話番号	
雇用保険適用事業所番号(本社)	

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(住所)	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				

期間雇用者継続就業支援コース 研修実施結果書

申請事業主	
事業所名	
住所	
電話番号	
雇用保険適用事業所番号	

下記のとおり研修を受けたことを確認します。

平成 年 月 日

労働者代表者署名 印
(連絡先電話番号) (注)

実施担当部署	部署名			
	担当者 職・氏名			
実施年月日・時間	(例) 平成○年○月○日 00:00 ~ 00:00 (合計○時間) ※分割して実施したことにより、記載しきれない場合は任意様式を添付することで差し支えありません。			
説明者職氏名	※分割して実施したことにより、記載しきれない場合は任意様式を添付することで差し支えありません。			
研修内容	※議事録、議事概要等の実施記録がある場合は、当該資料を添付することで差し支えありません。			
受講者	※記載しきれない場合は、受講者の①所属先、②職、③氏名を記載した受講者名簿(任意様式)を添付することで差し支えありません。この場合、下記の「別添受講者名簿のとおり」の欄に○をしてください。 ※「備考欄」には、業務の都合等やむを得ない事情で研修に出席できなかった者についてその旨及びフォローの方法を記載してください。(受講者名簿を任意様式で提出する際も同様に記載してください。)			
	計	名	別添受講者名簿のとおり	
	所属先	職	氏名	備考

(注) 労働者代表者の連絡先電話番号には、本人あて連絡がとれる職場においての電話番号を記入してください。

※平成27年4月9日までに支給要件を満たす労働者が生じた事業主のみ記入してください