

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))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。

記載例

2021 年 7 月 1 日

東京 労働局長 殿

申請事業主 所在地 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3
 名称 株式会社 両立商事
 氏名 両立 太郎

代理人又は事務代理人・提出代行者の場合は以下から選択してください。
 (代理人・事務代理人・提出代行者)

所在地 〒
 名称
 氏名
 連絡先

人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所(本社等)の所在地を管轄する労働局に申請してください。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号	1234-567890-1	②労働保険番号	12-3-45-678910-123
	③申請月の初日において常時雇用する労働者の数	45 人	④主たる業種 (日本標準産業分類の中分類を記入)	分類番号:58 分類項目:飲食料品小売業
	⑤資本の額若しくは出資の総額	4,000 万円	日本標準産業分類に基づき記入してください。	
	⑦記載担当者	役職 総務部人事課長	氏名 △田 △吉	連絡先電話番号 03-0000-1111

2 本社等を除く事業所	No.	①事業所名	②所在地	③雇用保険適用事業所番号	④電話番号
	1	ちよだ支店	東京都〇〇区〇〇町1-2-3	1234-567890-1	03-0000-1111
2	みなと支店	東京都△△区△△町1-2-4	〃	03-0000-2222	
3	はるみ支店	東京都××区××町1-2-5	〃	03-0000-3333	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

この申請書の内容について問合せに対応できる社内の方を記載してください。

雇用保険適用事業所番号が同じの場合は「〃」の記号を入れるか、入力を省略してもかまいません。

※労働局処理欄には記入しないでください。

労働局処理欄		決裁欄等	
※労働局処理欄	局長 部(室)長	担当	受理年月日 年 月 日
			受理番号 第 号
			起案年月日 年 月 日
			支給(不支給)決定年月日 年 月 日
			決定番号 第 号
			支給決定額 円
		通知書発送年月日 年 月 日	
備考			

中小企業事業主のみ対象

記載例

介護離職防止支援コース(介護両立支援制度)詳細

I. 事業主

最初に規定した年月日を記入してください。ただし、最初の規定後、見直し等により改正を行った場合には最新の施行日を記載してください。

申請事業主: 株式会社 両立商事

Table with 1 row: ① 介護休業関係制度(※1)の規定年月日*種類 (該当する番号を○で囲む) 2021年4月1日 1 労働協約 ② 就業規則

Table with 1 row: ② 介護支援プラン関係 労働者の介護休業の取得及び職場復帰又は介護休業関係制度の利用について、介護支援プランにより支援する措置を実施する方針を労働者へ周知したこと及びその年月日が確認できる書類(該当する番号を○で囲む) 2021年4月1日 ① 実施要領 2 通達 3 マニュアル 4 介護休業規程(条) 5 社内報 6 イン트라ネット 7

※1「介護休業関係制度」は、介護休業、介護休暇、所定外労働の制限、時間外労働の制限、深夜業の制限及び所定労働時間の短縮措置をいいます

II. 対象労働者

※2 複数いる場合は、本欄を複数行で記載してください。

最初の規定後、見直し等により改正を行った場合には最新の施行日を記載してください。

Table with 1 row: ③ 労働者の属性 雇用契約開始日を入力してください。加えて、有期雇用の場合は任期満了日も入力してください。

Table with 1 row: 氏名 ○山 ○太郎 雇用保険被保険者番号 1111-111111-1 雇用保険被保険者となった年月日 2017年4月1日

Table with 1 row: 雇用契約期間 2017年4月1日～ 年 月 日 雇用契約期間の確認書類(該当する番号を○で囲む) ① 労働条件通知書または雇用契約書 2 その他()

Table with 1 row: 対象となる要介護家族 氏名 ○山 ○子 要介護状態の確認書類(該当する番号を○で囲む) ① 介護保険の被保険者証(※) 2 医師等が交付する証明書類 3 その他() 労働者との続柄 実母 ※要介護認定結果の記載のある部分

Table with 1 row: 介護両立支援制度利用の直前又は職場復帰時において在宅勤務している はい いいえ

Table with 1 row: ④ 介護両立支援制度利用者との面談、介護支援プランの作成

Table with 1 row: 介護支援プランには、対象介護両立支援制度利用者の円滑な利用のための措置として、少なくとも制度利用期間中の業務体制の検討に関する取組が定められて面談後に作成されていること。 はい いいえ

Table with 1 row: 面談日 2021年6月1日 左記については、記載のとおりです。(連絡先電話番号) 03 - 0000 - 1111

Table with 1 row: プラン作成日 2021年6月4日 (面談者確認欄) (所属) 総務部 人事課 (氏名) △田 △吉

Table with 1 row: ⑤ 介護両立支援制度の利用実績

Table with 1 row: ↓利用した制度に○を付ける(いずれか1つ) 制度利用期間(※2) 制度の利用状況

Table with 1 row: 所定外労働の制限制度 年 月 日～ 年 月 日 所定外労働がありうる労働者である はい いいえ 制度利用開始日の前日以前3か月間の合計所定外労働時間 時間

Table with 1 row: ○ 時差出勤制度 2021年6月11日～ 2021年7月9日 始業・終業時刻の 繰り上げ 繰り下げ 2 時間

Table with 1 row: 深夜業制限制度 年 月 日～ 年 月 日 深夜業がありうる労働者である はい いいえ 制度利用開始日の前日以前3か月間の深夜勤務実績 日

Table with 1 row: 短時間勤務制度 年 月 日～ 年 月 日 所定労働時間 時間を 時間 分短縮 制度利用期間中の時間当たりの基本給等の水準及び基準が制度利用前を下回っていないことが確認できる書類の番号を○で囲む(※3) 1 制度利用前後の賃金台帳 2 賃金取扱を定めた規定 3 制度利用で賃金が減額している場合は、減額計算について説明した資料

Table with 1 row: 介護のためのテレワーク制度 年 月 日～ 年 月 日 左記期間中の所定労働日にテレワーク制度を利用した日数(介護のために当該制度を利用したことが確認できない日を除く) 日

Table with 1 row: 法を上回る介護休暇制度 最初に利用させた日 年 月 日 有給休暇であって、時間単位で取得できる制度となっている ※育児・介護休業法の改正に伴い、令和3年1月1日より介護休暇を時間単位で取得できるようにする必要があります。 はい いいえ

Table with 1 row: 対象家族1人につき1年度5労働日以上取得できる制度である はい いいえ

Table with 1 row: 介護のためのフレックスタイム制度 年 月 日～ 年 月 日 左記期間中の所定労働日にフレックスタイム制度を利用した日数(介護のために当該制度を利用したことが確認できない日を除く) 日

Table with 1 row: 介護サービス費用補助制度 最初に利用させた日 年 月 日 介護サービスの内容(該当する番号を○で囲む) 1 訪問介護 2 通所介護(デイサービス) 3 短期入所(ショートステイ) 4 その他() 利用額: 円(うち、事業主負担額 円) ※ サービスを利用した際の領収書等、及び当該サービス利用者に対して費用を補助したことを証明する書類を添付のこと。

(備考欄) 制度の利用期間、利用状況についての補足説明等はこちらにご記載ください。

Table with 1 row: 制度利用申出に関する書類の添付 はい いいえ 制度利用期間及びその前後の就労実績の確認書類 該当する番号を○で囲む 1 出勤簿またはタイムカード 2 賃金台帳 3 その他() 制度利用期間分の所定労働日及び所定労働時間の確認書類 該当する番号を○で囲む 1 労働条件通知書(雇用契約書) 2 就業規則 3 企業カレンダー 4 シフト表 5 その他()

Table with 1 row: 合計20日以上介護両立支援制度利用終了後引き続き雇用保険の被保険者として1か月以上雇用しており、さらに支給申請日において雇用しているか。 はい いいえ

Table with 1 row: ⑥ 本人確認欄 上記については、記載のとおりです。(氏名) ○山 ○太郎 連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222

注 ※2 合計20日間以上制度利用させた期間。ただし、法を上回る介護休暇制度、介護サービス費用補助制度は制度利用開始日から6か月間となります。 ※3 1及び2(短縮時間分を控除している場合は、1～3の全て)が必要です。

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

(裏面に続く)



<p>⑦ 介護両立支援制度について、労働協約又は就業規則に基づき運用しており、その対象となる労働者本人の申出に基づき運用しているか。※「いいえ」の場合、本助成金の支給を受けることができません。偽りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合は、支給した助成金の全部または一部を返還していただきます。</p>	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

<支給申請額>

企業規模	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業である	生産性要件に係る支給申請であるか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
------	---	------------------	--

※生産性要件に係る支給申請であるかを「はい」と選択した場合は、「生産性要件に係る支給申請の場合」の支給単価を支給申請額に記入してください。

対象労働者		支給単価		支給申請額
1	人	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業360,000円	×	= 285,000 円

※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。