

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護休業))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護休業))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

2024年8月1日
申請事業主 所在地 東京都〇〇区〇〇町1-2-3
名称 株式会社 両立商事
氏名 代表取締役 両立 太郎
代理人又は事務代理者・提出代行者の場合以下から選択してください。
所在地 東京都〇〇区〇〇町4-5-6
名称 ◇川社会保険労務士事務所
氏名 社会保険労務士 ◇川 ◇郎
連絡先 03-00-0000
日本標準産業分類に基づき記入してください。

Table with 4 main columns: 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, ④主たる業種. Includes sub-table for multiple branches (事業所) and a checkbox for other branches.

※労働局処理欄には記入しないでください。

Table for labor office processing (労働局処理欄) with columns for official name, role, receipt date, case number, decision date, amount, and notification date.

中小企業事業主のみ対象

介護離職防止支援コース(介護休業)詳細【休業取得時】

記載例

申請事業主: 株式会社 両立商事

I. 事業主

Table with 2 rows and 4 columns. Row 1: 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) | 2013年5月1日 | 1 労働協約 | ② 就業規則. Row 2: ② 介護休業関係制度 | 最初に規定した年月日を記入してください。 | 2024年5月15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 その他()

※1「介護休業関係制度」は、介護休業及び所定労働時間の短縮等の措置をいいます。

II. 対象労働者 ※複数人となる場合は、本欄を

Table with 3 rows. Row 1: ③ 労働者の属性 | 氏名: ○山 ○太郎 | 雇用契約開始日: 2018年4月1日 | 雇用保険被保険者となった年月日: 2018年4月1日. Row 2: 雇用契約期間: 2018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(). Row 3: 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()

Table with 2 rows. Row 1: ④ 介護休業取得者との面談、介護支援プランの作成 | 初回面談の実施日: 2024年5月15日 | 介護支援プランの作成日: 2024年5月17日. Row 2: 対象介護休業取得者の上司又は人事労務担当者と対象介護休業取得者が面談を実施した上で結果について記録しているか、【介】様式第4号「仕事と介護の両立支援面談シート兼介護支援プラン」 | はい | 面談結果を踏まえて介護支援プランを作成しているか、【介】様式第4号「仕事と介護の両立支援面談シート兼介護支援プラン」 | はい | いいえ | はい | いいえ

Table with 2 rows. Row 1: ⑤ 業務の整理、引き継ぎの実施 | 引継を行った日: 2024年5月29日 | 引継確認者確認欄 | 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. Row 2: (所属) みなと支店 総務課 (氏名) ○○ 花子

Table with 2 rows. Row 1: ⑥ 介護休業期間(※合計5日以上であることが条件) | ① 2024年6月3日 ~ 2024年6月14日 | ※書き切れない場合は、日以上取得していることが必要 | 取得日数 | 合計 10 日. Row 2: 休業申出に関する書類の添付 | はい | 取得実績の確認書類 | ① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 3 その他() | 所定労働日の確認書類 | 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 2 rows. Row 1: ⑦ 本人確認欄 | (氏名) ○山 ○太郎 | 連絡先電話番号 | 03 - 0000 - 0000. Row 2: (氏名) ○山 ○太郎 | 連絡先電話番号 | 03 - 0000 - 0000

Table with 2 rows. Row 1: ⑧ 介護休業制度について、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。 | はい | いいえ. Row 2: ※「いいえ」の場合、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、支給した助成金を返還していただきます。 | はい | いいえ

<支給申請額>

Table with 2 columns. 企業規模 | 中小企業である

Table with 2 columns. 個別周知・環境整備加算の申請 | 有 ※「有」の場合は【介】様式第6号と必要書類も添付すること。 無

対象労働者 1 人 × 支給単価 中小企業300,000円 + うち個別周知・環境整備加算の対象労働者 0 人 × 支給単価 中小企業150,000円 = 支給申請額 300,000 円

※1事業主当たり、1年度に支給要件を満たした労働者5人までが対象。

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(介護休業)詳細【職場復帰時】

申請事業 株式会社 両立商事

○支給申請に係る労働者 ※複数人となる場合は、本欄を人数分追加してください。

① 労働者の属性、休業期間
Table with columns: 氏名 (山 太郎), 雇用保険被保険者番号 (1111-111111-1), 介護休業期間 (2024年6月3日~2024年6月14日), 取得日数 (10日), 在宅勤務している (いいえ)

職場復帰時の支給を受けるには、休業取得時の支給を受けた事業主が、同一の対象介護休業取得者・同一の介護休業について、所定の要件を満たす必要があります。

※書き切れない場合は、分割して休業を取得できるのは3回までは、就業規則等に定められています。

※法定通りの制度である場合、分割して休業を取得できるのは3回までは、就業規則等に定められています。

※法定通りの制度である場合、分割して休業を取得できるのは3回までは、就業規則等に定められています。

※法定通りの制度である場合、分割して休業を取得できるのは3回までは、就業規則等に定められています。

② 原職等復帰
Table with columns: 復帰日 (2024年6月17日), 介護休業終了後のフォロー面談を行った日 (2024年6月19日), 面談者確認欄 (総務部人事課), 復職後の状況 (はるみ支店), 職務 (主任), 所定労働日数 (週5日), 賞金 (月給 基本給28万円, 交通費(実費), 扶養手当, 賞与(6・12月 計4.5か月分)), 介護休業終了日の翌日から起算して3か月の間の就労割合が5割以上である (はい)

労働者の希望 (該当する番号を○で囲む) ①原職等復帰 2 それ以外

面談の結果 (該当する番号を○で囲む) ①原職等復帰 2 それ以外

原職・原職相当職への復帰の場合には、こちらに○をしてください。 ※例は「原職相当職」への復帰

介護休業前後の部署・職務・労働条件について、休業前後の変更の有無が分かるように記載してください。

③本人確認欄
Table with columns: 氏名 (山 太郎), 連絡先電話番号 (03-0000-2222)

④ 介護休業制度について、労働協約又は就業規則に基づき運用しており、その対象となっているか。 ※「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、支給した助成金を返還していただきます。 (はい)

<支給申請額>
Table with columns: 企業規模 (中小企業である), 業務代替支援加算の申請 (有(新規雇用)), 支給単価 (中小企業300,000円), 支給申請額 (500,000円)

対象労働者 1人 × 支給単価 中小企業300,000円 + 業務代替支援加算(新規雇用)の対象労働者 1人 × 支給単価 中小企業200,000円 + 業務代替支援加算(手当支給等)の対象労働者 0人 × 支給単価 中小企業50,000円 = 支給申請額 500,000円