

中小企業事業主のみ対象

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(職場復帰時))支給申請書

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(職場復帰時))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

2025 年 7 月 1 日

東京 労働局長 殿

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。

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 代表取締役 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。 所在地 〒000-0000 東京都〇〇区〇〇町1-2-3
名称 ◇川社会保険労務士事務所

〔代理人・事務代理人・提出代行者〕氏名 社会保険労務士 ◇川
連絡先 03-0000-0000

日本標準産業分類に基づき記入してください。

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。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号	1234-123456-1	②労働保険番号	12345-6789-23	
	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 分類項目名: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	⑥記載担当者	所属/役職 総務部人事課長 氏名 △田 △吉	
	⑥記載担当者(続き)	連絡先電話番号 03-0000-1111	連絡先メールアドレス(任意)	ryouritu-siyou@mmm.go.jp	
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	1234-123456-1	03-0000-1111
	2	みなと支店	東京都△△区△△町1-2-3	〃	03-0000-2222
	3	はるみ支店	東京都××区××町1-2-3	〃	03-0000-3333
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
10					
				(上記2に記載のない場合) 本社等以外の事業所はない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

助成金の支給後、労働局からアンケートを実施することがあります。メールで対応可能な場合は、連絡先アドレスを記載してください(任意)。

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				
	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

育児休業等支援コース(職場復帰時)詳細

記載例

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

○支給申請に係る労働者 ※複数人となる場合

株式会社 両立商事

① 労働者の属性、休業期間 (※連続3か月以上の育児休業(産後休業の終了後引き続き育児休業をする場合には、産後休業を含め連続3か月以上)であることが条件)

氏名	○山 ○子	雇用保険被保険者番号	1234-123456-2
i 産後休業期間	2024年4月13日～	2024年6月7日	
ii 育児休業期間	2024年6月8日～	2024年11月30日	
職場復帰後、在宅勤務をしている	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	(在宅勤務をしている場合) 本人の希望によるものである	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

② 育休復帰支援プランに基づく情報・資料の提供、面談の実施

情報提供を行った日(※1)	2024年7月13日	情報提供の内容	定例ミーティング資料(新規事業の概要説明)、新規事業に関連する社内研修資料をメールで送付	計 3 回
	2024年9月13日		定例ミーティング資料(社内の組織再編及び役員人事のお知らせ)、業務に関連する法令改正の説明資料をメールで送付	
	2024年10月11日		定例ミーティング資料(新規事業の進捗状況)をメールで送付	
育休終了前の面談を行った日	2024年11月1日	面談者確認欄	左記については、記載のとおりです。(連絡先電話番号) 03 - 0000 - 0000 (所属) みなと支店 営業課 (氏名) ●井 ●美	

③ 原職等復帰

面談の結果については、面談シート(【育】様式第2号)に記載されている必要があります。

復帰日	2024年12月1日	育児休業終了後引き続き雇用保険の被保険者として6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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	労働者の希望(該当する番号を○で囲む)	① 原職等復帰 2 その他
面談の結果(該当する番号を○で囲む)					① 原職等復帰 2 その他
休業前後の状況	育児休業前		職場		
事業所	みなと支店	はるみ支店	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		
部署・係	営業課 法人営業担当	営業課 法人営業担当			
職務	みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施	はるみ地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施			
役職	チーフ	チーフ			
所定労働日数	週5日(土～水勤務、木金祝休)	5日(月～金勤務、土日祝休み)			
所定労働時間	8時間(9～18時 休憩1時間)	8時間(9～18時 休憩1時間)			
賃金(基本給、手当、賞与等)	月給 基本給28万円、交通費計4.5か月分、土日勤務手当	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)			
その他の労働条件等	賞与は人事考課による査定あり夏季休暇(7～9月に5日間)		賞与は人事考課による査定あり夏季休暇(7～9月に5日間)		
休業前と職場復帰後で労働条件等が異なっている場合はその理由	はるみ支店への異動は、保育所送迎等のため、自宅により近い事業所を希望したため。それに伴い、業務の担当地区を変更。所定労働日の変更は、土日は子を保育所に預けられないため、土日休みの勤務形態を希望したため。それに伴い土日勤務手当は不支給。				
育児休業終了日の翌日から起算して6か月の間の就労割合が5割以上であるか。(※2)	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	育児休業期間及び休業終了後の就労実績が確認できる書類(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()		

④ 育休取得者本人確認欄

上記については、記載のとおりです。

(氏名) ○山 ○子

連絡先電話番号 03 - 0000 - 0000

※1) 復帰前の直前3回を記入してください。なお、合計欄は情報提供を行った合計の回数を記載してください。
※2) 詳細の算定方法については支給要領0301bホを参照してください。

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

⑤ 育児休業制度について、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。
※「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 いいえ

<支給申請額>

企業規模 中小企業である

育児休業等に関する情報公表加算の申請 有 ※「有」の場合は【育】様式第5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 + 育児休業等に関する情報公表加算 <加算ありの場合> 20,000円 = 支給申請額 320,000 円

※1事業主当たり、有期雇用労働者1人、無期雇用労働者1人の計2人が対象。