

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

2021年8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 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 〒
 名称
 氏名 (代理人・事務代理人・
 提出代行者)

日本標準産業分類に基
 づき記入してください。

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			
	⑥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 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。	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					

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

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
① 介護休業開始年月日(該当する番号を○で囲む)
② 介護支援プラン関係

Table with 2 main rows. Row 1: 2021年4月1日, 1 労働協約, 2 就業規則. Row 2: 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 その他.

※1 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。

II. 対象労働者 ※複数人いる場合は、本欄を人数分追加してください。

③ 労働者の属性
氏名: 〇山 〇太郎
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
雇用契約期間: 2017年4月1日 ~ 年 月 日
対象となる要介護家族: 〇山 〇子 (実母)
要介護状態の確認書類: 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

介護休業取得の直前において在宅勤務している はい いいえ

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: 2021年6月1日
介護支援プランの作成日: 2021年6月11日
面談結果を踏まえて介護支援プランを作成しているか: はい
同プランに、当該労働者の業務の整理、引き継ぎに関する措置が定められている: はい
面談者確認欄: (所属) 総務部人事課 (氏名) 〇田 〇吉

⑤ 業務の整理、引き継ぎの実施
引継を行った日: 2021年6月18日
引継確認者確認欄: (所属) みなと支店 総務課 (氏名) 〇〇 花子

⑥ 介護休業期間(※合計5日以上であることが条件)
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
⑦ 本人確認欄: (氏名) 〇山 〇太郎, 連絡先電話番号: 03-0000-2222

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。 ※「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。 はい いいえ

<支給申請額>

企業規模: 中小企業である
生産性要件に係る支給申請であるか: はい 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: 1 人 × 支給単価: 中小企業285,000円 = 支給申請額: 285,000 円

※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。

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 業主: 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

氏名	○山 ○太郎		雇用保険被保険者番号	1111-111111-1		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について、所定の要件を満たす必要があります。
介護休業期間	①	2021年6月21日	～	2021年6月30日	※書き切れない場合は、余白に記載してください。	取得日数 合計 10 日
	②	年 月 日	～	年 月 日		
	③	年 月 日	～	年 月 日		
	④	年 月 日	～	年 月 日		
	⑤	年 月 日	～	年 月 日		
介護休業取得の直前又は職場復帰時において在宅勤務している			<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 原職等復帰

復帰日	2021年7月1日	介護休業終了後、引き続き雇用保険の被保険者として3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。	<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 それ以外
			<input type="checkbox"/> いいえ	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
休業終了後のフォロー面談を行った日	2021年7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 - 1111		
			(所属) 総務部人事課	(氏名) △田 △吉	
休業前後の状況	介護休業前		職場復帰後		
事業所	みなと支店		はるみ支店		
部署・係	総務課経理係		総務課経理係		
職務	事務職		事務職		
役職	主任		主任		
所定労働日数	週5日(土～水勤務、木金休み)		週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(実費)、扶養手当、賞与(6・12月 計4.5か月分)		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、介護のため、自宅により近い事業所を希望したため。所定労働日の変更は、土日は介護サービスを受けられないため、土日休みの勤務形態を希望したため。				
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。※詳細の算定方法については支給要領0301a口(ロ)を参照					<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

③ 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
-------------------	-------------	---------	------------------

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助成金の全部または一部を返還していただきます。

はい いいえ

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

<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 1 人 × 支給単価 ■ 中小企業285,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 □ 中小企業360,000円 = 支給申請額 285,000 円

※休業取得時と同一の対象介護休業取得者である場合のみ。 ※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。