

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

2022 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 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

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。	④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					

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

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 2 main rows: ① 介護休業関係 (2022年4月1日, 1 労働協約, ② 就業規則) and ② 介護支援プラン関係 (2022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, 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等の措置をいいます。

II. 対象労働者 ※複数したる場合は、本欄を上数行追加してください。

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 for ③ 労働者の属性: 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), 雇用契約期間 (2017年4月1日 ~ ), 対象となる要介護家族 (山子, 実母), 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)

Table for 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: 面談日 (2022年6月1日), プラン作成日 (2022年6月3日), 面談日 (2022年6月1日), プラン作成日 (2022年6月3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 (所属) 総務部 人事課 (氏名) 田吉

Table for ⑤ 介護両立支援制度の利用実績: 所定外労働の制限制度, 時差出勤制度 (2022年6月13日 ~ 2022年7月12日), 深夜業制限制度, 短時間勤務制度, 介護のためのテレワーク制度, 法を上回る介護休暇制度, 介護のためのフレックスタイム制度, 介護サービス費用補助制度

(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 for ⑥ 本人確認欄: 制度利用申出に関する書類の添付 (はい), 制度利用期間及びその前後の就労実績の確認書類 (1 出勤簿またはタイムカード, 2 賃金台帳, 3 その他), 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 (1 労働条件通知書, 2 就業規則, 3 企業カレンダー, 4 シフト表, 5 その他)

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)

Table for ⑥ 本人確認欄: 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
<input type="text" value="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	=	<input type="text" value="285,000"/> 円

※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。