

両立支援等助成金(育休中等業務代替支援コース)【手当支給等(育児休業)】支給申請書

両立支援等助成金(育休中等業務代替支援コース)【手当支給等(育児休業)】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。

年 月 日

労働局長 殿

申請事業主 所在地

名称

氏名

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

〔代理人・事務代理人・
提出代行者〕氏名

連絡先

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号		②労働保険番号		分類番号:	
	③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数		人	④主たる業種 (日本標準産業分類の中分類を記入)		分類項目名:
	⑤資本の額若しくは出資の総額		万円	⑥記載担当者	所属/役職	氏名
	⑥記載担当者 (続き)	連絡先 電話番号	連絡先メール アドレス(任意)			
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					
	2					
	3					
	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"/>
					<input type="checkbox"/>	いいえ

※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

育休中等業務代替支援コース【手当支給等(育児休業)】詳細

I. 事業主

申請事業主:

① 制度等の規定			
1 育児休業制度	規定年月日	年 月 日	規定種類 (該当する番号 を○で囲む)
2 育児のための短時間勤務制度	規定年月日	年 月 日	
3 育児休業取得者の原職等への復帰規定	規定年月日	年 月 日	
			1 労働協約 2 就業規則
			1 労働協約 2 就業規則
			1 労働協約(条) 2 就業規則(条) ※該当する箇所の写しを添付してください。 ※3については、育児休業期間が1か月未満の場合は記載不要。
② 育児休業取得者が有期雇用労働者である場合(有期雇用労働者加算の申請を行う場合のみ)			
対象育児休業取得者を、育児休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者として雇用したことがあるか。(該当する番号を○で囲む)		1 有 2 無	
育児休業取得者の休業前の労働条件通知書または雇用契約書などの確認書類を添付しているか。(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()	
③ 一般事業主行動計画の策定・届出、計画の公表・労働者への周知(該当する番号を○で囲む。次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定を受けた事業主は記載不要)			
		1 有 2 無	
④ 次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定の有無(該当する番号を○で囲む。)			
		1 有 2 無	認定日: 年 月 日
⑤ 次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定の有無(該当する番号を○で囲む。)			
		1 有 2 無	認定日: 年 月 日

II. 支給申請に係る育児休業取得者

⑥ 労働者の属性			
氏名	雇用保険被保険者番号	雇用保険被保険者となった年月日	年 月 日
雇用契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
休業の対象となった子	氏名	出生日等の確認書類(該当する番号を○で囲む)	
	出生日	1 母子健康手帳の該当部分 2 健康保険証(※) 3 その他() ※子が対象育児休業取得者の被扶養者である場合	
(育児休業取得者が派遣労働者の場合) 休業前から支給要件を全て満たすまでの期間について、同一の労働者派遣事業を行う事業主に雇用されている			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
職場復帰後、在宅勤務をしている		<input type="checkbox"/> はい <input 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
⑦ 休業期間			
i 産後休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日	休業申出に関する書類の添付	
ii 育児休業期間	年 月 日 ~ 年 月 日	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑧ 職場復帰の状況			
復帰日	年 月 日	⑦の休業期間が1か月以上の場合、育児休業終了後、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か。 ※1か月未満の場合は記載不要	<input 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 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
休業前後の状況	育児休業前		職場復帰後
事業所			
部署・係			
職務			
役職			
所定労働日数			
所定労働時間			
賃金(基本給、手当、賞与等)			
その他の労働条件等			
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			
⑦の休業期間が1か月以上の場合、育児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割以上であるか。 ※1か月未満の場合は記載不要		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	左記で「はい」の場合、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()

(裏面に続く)



<【代】様式第1号②(裏)>

⑨ 育休取得者 本人確認欄	表面⑥～⑧については、記載のとおりです。 (氏名) <input style="width: 100%;" type="text"/>	連絡先電話番号 <input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/> - <input style="width: 15%;" type="text"/>
------------------	--	--

⑩ 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。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---	--

<支給申請額>

企業規模	<input type="checkbox"/>	中小企業である
------	--------------------------	---------

「有期雇用労働者加算」の申請有無	<input type="checkbox"/>	有
	<input type="checkbox"/>	無

過去の育休中等業務代替支援コースでの受給の有無(今回の支給申請人数を除く。)	<input type="checkbox"/>	有
「有」の場合は、前回の支給申請までの受給人数を記入。	<input type="checkbox"/>	無

育児休業等に関する情報公表加算の申請	<input type="checkbox"/>	有 ※「有」の場合は【代】様式第4号と必要書類も添付すること。
	<input type="checkbox"/>	無

業務体制整備経費

<input type="checkbox"/>	5万円 育休期間1か月以上
<input type="checkbox"/>	2万円 育休期間1か月未満

手当支給に係る助成額

<input style="width: 100%;" type="text"/>

有期雇用労働者加算

<加算ありの場合>	100,000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

=	企業規模マーク要入力 円
---	--------------

育休中等業務代替支援コース 申請履歴(同一年度(4月1日～3月31日)に支給要件を満たした労働者)

手当支給等(育児休業)に係る申請	<input style="width: 100%;" type="text"/>	人	手当支給等(短時間勤務)に係る申請	<input style="width: 100%;" type="text"/>	人	新規雇用(育児休業)に係る申請	<input style="width: 100%;" type="text"/>	人	合計	<input style="width: 100%;" type="text"/>	人
------------------	---	---	-------------------	---	---	-----------------	---	---	----	---	---

※1事業主当たり、【手当支給等(育児休業)】【手当支給等(短時間勤務)】及び【新規雇用(育児休業)】を合わせて1年度10人まで支給。
 (最初に生じた支給対象労働者が支給要件を満たした日の翌日から5年以内に要件を満たすことが必要)

※次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定を受けた事業主(くるみん認定事業主)は、令和11年3月31日まで延べ50人まで支給対象。

中小企業事業主のみ対象

両立支援等助成金(育休中等業務代替支援コース【手当支給等(育児休業)】)実施結果書

事業主名		支給に係る育児休業 取得者の氏名	
------	--	---------------------	--

1 支給申請に係る業務代替者

業務代替者1	① フリガナ氏名		② 所属部署・担当業務	
	③ 雇用保険被保険者番号 ※被保険者でない場合は空欄		④ 採用年月日	年 月 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名			
	面談を行った年月日	年 月 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2～3については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
業務代替者2	① フリガナ氏名		② 所属部署・担当業務	
	③ 雇用保険被保険者番号 ※被保険者でない場合は空欄		④ 採用年月日	年 月 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名			
	面談を行った年月日	年 月 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2～3については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
業務代替者3	① フリガナ氏名		② 所属部署・担当業務	
	③ 雇用保険被保険者番号 ※被保険者でない場合は空欄		④ 採用年月日	年 月 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名			
	面談を行った年月日	年 月 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2～3については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
業務代替者4	① フリガナ氏名		② 所属部署・担当業務	
	③ 雇用保険被保険者番号 ※被保険者でない場合は空欄		④ 採用年月日	年 月 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名			
	面談を行った年月日	年 月 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2～3については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -

(次頁に続く)



2 業務見直しの内容、業務分担

業務見直しを実施した年月日		年	月	日			
業務見直し結果				具体的内容			
a 業務の一部の休止・廃止							
b 手順・工程の見直し等による効率化、業務量の減少							
c マニュアル等の作成による業務、作業手順の標準化							
育児休業取得者及び業務代替者が所属する部署全体又は事業所全体の業務分担が確認できる資料					<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	

		業務分担					
		育児休業前			育児休業中(業務代替期間)		
育児休業取得者							
業務代替者	1						
	2						
	3						
	4						

3 制度等の運用実績

業務を代替する労働者に対する手当等の賃金増額制度を規定した年月日	年	月	日
業務代替者に支給した手当等の総額が1万円以上(代替期間が1か月に満たない場合は、1日あたり500円と比較して低い方以上)である	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	

		1か月目			2か月目			3か月目		
業務代替期間	自	年	月	日	年	月	日	年	12月	31日
	至	年	月	日	年	月	日	年	月	日
業務代替者	1 手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	2 手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	3 手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	4 手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
全員分の合計額		月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円

		4か月目			5か月目			6か月目		
業務代替期間	自	年	月	日	年	月	日	年	月	日
	至	年	月	日	年	月	日	年	月	日
業務代替者	1 手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	2 手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	3 手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	4 手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
全員分の合計額		月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円



			7か月目			8か月目			9か月目		
業務代替期間	自		年	月	日	年	月	日	年	月	日
	至		年	月	日	年	月	日	年	月	日
業務代替者	1	手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	2	手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	3	手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	4	手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
全員分の合計額			月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円

			10か月目			11か月目			12か月目		
業務代替期間	自		年	月	日	年	月	日	年	月	日
	至		年	月	日	年	月	日	年	月	日
業務代替者	1	手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	2	手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	3	手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
	4	手当等	月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円
全員分の合計額			月当たり		円	月当たり		円	月当たり		円

上記について、毎月支給でなく、複数の月に係る分をまとめて支給した手当等を含んでいる。
※対象となる業務代替期間や計算方法が分かる書類を添付してください。

該当 非該当

A.合計手当支給額
(全ての月を合算) 円

B.助成金支給対象額
(上限適用前) 円

※Aの4分の3(プラチナくるみん認定事業主は5分の4)の額。100円未満切り捨て。

C.業務代替期間
の合計月数 か月

D.助成金支給上限額 円

※1か月に満たない期間については切り上げ。

※Cの月数×10万円

E.助成金支給額
(手当支給に係る分) 円

※BがDより高い場合はDの額。それ以外の場合は、Bの額。