

両立支援助等成金(育児休業等支援コース(職場復帰時/職場支援加算))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 支給申請に係る労働者	業務代替者①	①氏名(フリガナ)		②所属部署・担当業務		
		③雇用保険被保険者番号		④雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成 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	ア 面談を行った年月日		平成 年 月 日	
			イ 面談を行った者の氏名			
		ウ 面談者確認欄	上記ア、イについては、記載のとおりです。 所属 署名 押印			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 署名 押印			連絡先電話番号
	業務代替者②	①氏名(フリガナ)		②所属部署・担当業務		
		③雇用保険被保険者番号		④雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成 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	ア 面談を行った年月日		平成 年 月 日	
			イ 面談を行った者の氏名			
		ウ 面談者確認欄	上記ア、イについては、記載のとおりです。 所属 署名 押印			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 署名 押印			連絡先電話番号
	業務代替者③	①氏名(フリガナ)		②所属部署・担当業務		
		③雇用保険被保険者番号		④雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成 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	ア 面談を行った年月日		平成 年 月 日	
			イ 面談を行った者の氏名			
		ウ 面談者確認欄	上記ア、イについては、記載のとおりです。 所属 署名 押印			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 署名 押印			連絡先電話番号
	業務代替者④	①氏名(フリガナ)		②所属部署・担当業務		
		③雇用保険被保険者番号		④雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成 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		ア 面談を行った年月日		平成 年 月 日		
		イ 面談を行った者の氏名				
ウ 面談者確認欄		上記ア、イについては、記載のとおりです。 所属 署名 押印			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 署名 押印			連絡先電話番号	

※審査結果 支給・不支給

2 業務見直しの内容、業務分担

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・行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	

	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

(1)業務を代替する労働者に対する賃金増額制度	有 ・ 無
運用実績 業務代替者1人当たり支給した1か月当たりの賃金増額(増額賃金欄)が1万円以上である	該当 ・ 非該当
(2)業務代替者の月当たり所定外労働時間が、7時間を下回る	該当 ・ 非該当

業務代替期間	自	平成	年	月	日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	至	平成	年	月	日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
業務代替者	①	所定外労働時間	時間	分	時間	分	時間	分					
		増額賃金	月当たり	円	月当たり	円	月当たり	円					
	②	所定外労働時間	時間	分	時間	分	時間	分					
		増額賃金	月当たり	円	月当たり	円	月当たり	円					
	③	所定外労働時間	時間	分	時間	分	時間	分					
		増額賃金	月当たり	円	月当たり	円	月当たり	円					
	④	所定外労働時間	時間	分	時間	分	時間	分					
		増額賃金	月当たり	円	月当たり	円	月当たり	円					

(注)各欄ともに記載しきれない場合は任意様式を添付してください。