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

	2	2024	年	8	月	1		日				₹000	-0000				
		++							申請事	業主	所在地	東京	都〇〇区(00町1-	-2-3		
		東京		労働	局長	殿					名称	株式:	会社 両立	商事			
											氏名	代表」	取締役 両	立 太郎	ß		
									合は以下 してくださ	; 所在地 名称	東京	〒000-0000 東京都○○区○○町4-5-6 ◇川社会保険労務士事務所					
									代理人事業提出代	多代理者・	2		保険労務力	Е ФШ	◇郎 }類に基		
1	①雇	用保険	適用	事業序	听番号			1234-567890	-1	②労働位	保険番号	÷		12345	5-678910-	-123	
申請		請月の 時雇用						45	・ 業種 ^{業分類の中分類}	分類番号: <mark>58</mark> 分類項目: 飲食料品小売業							
事業	⑤資本の額若しくは出資の総額							4,000	からアンケ	<u>ボ</u> 屋 役	職 総務部	人事課長	氏名	△田 ∠	吉		
主	⑥記載担当者 (続き) 連絡先 電話番号						実施することがあります。メール 実施することがあります。メール 能な場合は、連絡先アドレスを さい(任意)。					いた対応可 記載してくだ ryouritu-siyou@mmm.go.jp					
	No.		①事	業所	名			_	かれ 性息/。 外在地		[3)雇用保	険適用事業	所番号	Ø		F
	1	ちよだ支店						東京都〇〇区	00町1-	2-3		1234- <mark>この申請書の</mark> できる社内のプ					
	2		みな	と支川	吉			東京都△△区			"		03-0000-2222				
2	3		はる	み支	店			東京都××区	××町1-	2-5		"			03-0000-3333		
本社	4																
本社等を除	5										雇は	用保険道	適用事業所 記号を入れ	f番号が るか、入	同じの場合力を省略	合 S	
<	6										L	てもかま	いません。				
事業	7																

※労働局処理欄には記入しないでください。

9

10

			決 裁 欄 等				
※労働局処理	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
欄				支 給 決 定 額			円
				通知書発送年月日	年	月	日
	備考						

(上記2に記載のない場合) 本社等以外の事業所はない

□ はい

□ いいえ

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 介護休業関係制度(※1)の規定年月日・種類 2013 年5月1日 1 労働協約 ② 就業規則 (該当する番号を○で囲む) 介護古坪プラン朋友 最初に規定した年月日を記入してください。 1) 実施要領 2 诵译 3 マニュアル 労働者 用に 4 介護休業規程 ついて ※なお、申請書類に添付する育児・介護休業規程は、介護休業制度 田 2024 年 5 月 15 日 ⑤ 社内報 6 イントラネット 周知し の利用開始時点のものとしてください。なお、そこから申請日までの む) 7 その他(間に改正をしている場合には、最新の規定も添付してください。 ※複数人となる場合は、本欄を 雇用契約開始日を入力してください。加えて、有 Ⅱ. 対象労働者 労働者の属性 期雇用の場合は契約満了日も記載してください。 雇用保険被保険者となった年月日 氏名 〇山 〇太郎 1111-111111-1 2018 年 4 月 1 日 一番号 雇用契約期間の確認書類(該当する番号を〇で囲む) 年 4 月 1 日 ~ 年 月 2018 日 雇用契約期間 ① 労働条件通知書または雇用契約書 2 その他(要介護状態の確認書類(該当する番号を〇で囲む) 氏名 〇山 〇子 対象となる 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(要介護家族 労働者との続柄 実母 ※要介護認定結果の記載のある部分 面談実施以降に作成さ □ はい ■ いいえ 介護休業取得の直前において在宅勤務している れていること。 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 2024 年 5 月 15 2024 年 月 17 В 日介護支援プランの作成日 面談結果を踏まえて介護支援プランを作成している 対象介護休業取得者の上司又は人事労務担当者と対 はい か。(【介】様式第4号「仕事と介護の両立支援面談シー はい 🗌 いいえ 象介護休業取得者が面談を実施した上で結果につい ト兼介護支援プラン」) て記録しているか。(【介】様式第4号「仕事と介護の両立 □いいえ 同プランに、当該労働者の業務の整理、引き継ぎに関 支援面談シート兼介護支援プラン」) ■はい □ いいえ する措置が定められている。 上記については、記載のとおりです。 (連絡先電話番号) 0000 0000 面談者確認欄 業務を引継いだ労働者では (所属) 総務部人事課 (氏名) △田 Δ なく引継ぎを確認した者の記 名。 業務の整理、引き継ぎの実施 0000 左記については、記載のとおりです。 (連絡先電話番号) 1111 引継確認者 引継を 年 5 月 29 日 2024 行った日 確認欄 (所属) みなと支店 総務課 (氏名) OO. 花子 介護休業期間(※合計5日以上であることが条件) 所定労働日ベースで5 年 6 月 14 日 ※書き切れない場合は、<mark>日以上</mark>取得しているこ 年 月 日 ~ (1)取得日数 **(2**) 年 月 年 月 日 ※法定通りの制度であるとが必要 日 ~ 介護休 日 きるのは3回までです。4回以上の分割については、 年 年 月 3 月 日 ~ 業期間 日 就業規則等に規定している場合のみ対象となります。 合計 10 日 **4**) 年 月 В 年 月 **(5**) 年 月 年 月 日 H 該当する番号を〇で囲む 該当する番号を〇で囲む はい 労働条件通知書 所定労働日 休業申出に関する 取得実績の ① 出勤簿またはタイムカード 1 2 就業規則 (雇用契約書) 書類の添付 確認書類 確認書類 ② 賃金台帳 3 企業カレンダー 4 シフト表 □ いいえ 3 その他(5 その他(上記については、記載のとおりです。 連絡先電話番 ⑦本人確認欄 0000 0000 03 〇山 〇太郎 (氏名) 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 ■ はい □ いいえ ※「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。 <支給申請額> ※「有」の場合は【介】様式 個別周知•環境整備加算 企業規模 中小企業である 第6号と必要書類も添付す の申請 無 ること。 うち個別周知・環境整備 対象労働者 支給単価 支給申請額 加算の対象労働者 支給単価 円 中小企業300,000円 0 中小企業150,000円 300,000 人×

※1事業主当たり、1年度に支給要件を満たした労働者5人までが対象。

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【職場復帰時】

記載例

○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。 申請事業 株式会社 両立商事											爭										
① 労働者の属性、休業期間									TANT LINE C VICE V												
	氏名	D太郎 雇用保険被保険者番号 11111-									1111-1	受(職場復帰時の支給を受けるには、 受けた事業主が、同一の対象介記 <u>力護休業について</u> 、所定の要件を 力			護休業取得者・同一の					
	介護休業期間	① 202 ② 3 ④ 5	4 年 年 年	<u> </u>		日日日日日	2024	年年年年年	6 月 14 月 月 月	日日	※法定 できる(通り のは	の制度 3回ま 則等に	听定労働 日	は、分割して休業 3、分割して休業 3ベースで5日以 いることが必要	いて	5.	計	仅得日数 10	I I	
	<u>介護休業取得の</u>						中口はい			- ハハニ (在		在宅勤	務をしてい	いる場合)			□はい□		11117		
	在宅勤務している							Н	<u> </u>		0.0.7	` 本	人の希	望による			<u></u> По	¥0, 🗖 (0.0.7		
2	兴思本办圣相																				
	復帰日 2024 年 6				7 日	保険者	として3か	、引き続き雇用保険の被 月以上雇用しており、さら							る番号を〇で囲む)			職等復帰 2 それ			
			-文稻甲請日 -						おいて雇用している。					(該当する	番号を〇で囲せ	200			職等復帰 2 それ以		
	休業終了後のフォロー面談を	2024	年	6 ∮	19	日面	談者確認	2欄	左記については、記			D こちらに ※例は	このをしてくか	への復帰の場合に どさい。 戦」への復帰			03 - 0000 -		1111		
	行った日						(所属			属) 総務部人		争际		(氏名)		→ △田 △吉		2吉			
	休業前後の	状況					介護休	業前	Ī					職場	復帰復	发					
	事業所			上支店									はるみ支店								
	部署•係	k		課経理	係					総務課経理					・理係 介護休業前後の部署・職			<u> </u>			
	職務		事務	職									事務職 務・労働条件について、休業前後の変更の有無が分								
		王仕	主任										主任かるように記載してくだ			さい。					
	所定労働 B	週5 E	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						1時間)			-			8時間(9~18時 休憩1時間)								
	手当、賞与等) 賞与(6・12月 計4.5													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)							
	休業前と職場復帰なっている場合は		条件等	:件等が異 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 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。											所定労働日の変更は、土日は介護 						
	介護休業終了日の	翌日から起	算して	3か月0	の間の	就労割	合が5割以.	上でも	ある。※詳紀	細の算	草定方法	につい	ハては支	給要領0301	a口(口)を参照		•	はい	しい	ハえ	
	③本人確認欄			記については、記載のとおりです。										先電話番	:号 03		000	00	- 2222		
	(氏名)							〇山 〇太郎					連絡が								
4	本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。 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」 ② ※「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。																				
く支持	合申請額>																				
	企業規模 ■ 中小企業である						58	業務代替支援加算の申請					■有□無	■ 有(新規雇用) □ 有(手当支給等) □ 無 ※「有」の場合は【介】が 類も添付すること。				※対象労働者1名につきいずれか1つの4申請可能。 様式第5号①又は②と必要書			
	対象労働	支	:給単(うち業務代替支援加算(新規 雇用)の対象労働者				支	給単価								
	1	中小企業300,000円							+ 1 人				·業200,000円								
	※休業取得時	上同一の対	象介護	木業取	得者で	である場合	合のみ。		<u></u> う	うち業務代替支援加算(手当 支給等)の対象労働者				給単価				支持	給申請額	<u>i_</u>	
									+	-	0	0 人 × 中小企業50,000円 =					5	000,000	円		