

不妊治療及び女性の健康課題対応両立支援コース(不妊治療)支給申請書

I. 事業主

申請事業主：株式会社 両立商事

|                                  |           |         |         |
|----------------------------------|-----------|---------|---------|
| ①. 不妊治療のための両立支援制度(※1)の規定年月日      | 2025年4月7日 | (役職・氏名) | 総務部人事課長 |
| ②. 不妊治療のための両立支援担当者の選任(選任日、役職・氏名) | 2025年4月7日 |         | △△ △△   |

※1 「不妊治療のための両立支援制度」は、不妊治療のための休暇制度(特定目的・多目的・目的限定無しとも可)、所定外労働制限制度(残業免除)、時差出勤制度、短時間勤務制度、フレックスタイム制、在宅勤務等をいいます。

II. 対象労働者

③ 労働者の属性

|    |       |                |               |                          |               |
|----|-------|----------------|---------------|--------------------------|---------------|
| 氏名 | 〇〇 〇〇 | 雇用保険<br>被保険者番号 | 1111-222222-5 | 期間雇用者<br>の場合は、<br>雇用契約期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 |
|----|-------|----------------|---------------|--------------------------|---------------|

④ 不妊治療のための両立支援制度の利用実績

| ↓ 利用した制度に○を付ける | 制度内容            |                                                  |                                                                           |                   | 制度の利用状況          |        |
|----------------|-----------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------|--------|
|                | 休暇制度            | 休暇を取得した日数(不妊治療のために利用したことが確認できない日を除く。④については以下同じ。) |                                                                           |                   |                  | 日(回)   |
|                | 所定外労働制限制度(残業免除) | 所定外労働制限制度(残業免除)を利用した日(回)数                        |                                                                           |                   |                  | 日(回)   |
| ○              | 時差出勤制度          | 始業・終業時刻の                                         | <input type="checkbox"/> 繰り上げ<br><input checked="" type="checkbox"/> 繰り下げ | 2 時間              | 時差出勤制度を利用した日(回)数 | 3 日(回) |
|                | 短時間勤務制度         | 所定労働時間                                           | 時間 分を 時間 分に短縮                                                             | 短時間勤務制度を利用した日(回)数 |                  | 日(回)   |
|                | フレックスタイム制       | フレックスタイム制を利用した日(回)数                              |                                                                           |                   |                  | 日(回)   |
| ○              | 在宅勤務等           | 在宅勤務等を利用した日(回)数                                  |                                                                           |                   |                  | 2 日(回) |

(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。

|                                                   |                         |                                                                     |
|---------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 不妊治療のための両立支援制度利用期間                                | 2025年5月12日 ~ 2025年9月18日 | 制度利用した最初の日と最後の日を記入すること。                                             |
| 不妊治療のための両立支援制度の利用開始日から申請日において、雇用保険被保険者として雇用しているか。 |                         | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

⑤ 不妊治療のための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利用させているか。※「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又は一部を返還していただきます。

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|---------------------------------------------------------------------|

<支給申請額>

支給申請額

|                           |                                                                        |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 過去に本コース(不妊治療)の支給を受けたことがない | <input checked="" type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------|

|                                      |                                                                        |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 過去に両立支援等助成金(不妊治療両立支援コース)の支給を受けたことがない | <input checked="" type="checkbox"/> はい<br><input type="checkbox"/> いいえ |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|

|      |   |
|------|---|
| 30万円 | 円 |
|------|---|