

両立支援等助成金(不妊治療両立支援コース)支給申請書

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

申請事業主 所在地 〒

労働局長 殿

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  
者・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			
	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)		分類番号: 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						

※労働局処理欄には記載しないでください。

※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				

【不】様式第1号①(注意事項)

(提出上の注意)

- この支給申請書は、【不】様式第1号②の様式又は【不】様式第1号③の様式とともに、不妊治療両立支援コース支給要領0402に記載された支給申請期間内に必要書類を添えて、支給申請に係る労働者が生じた事業所にかかわらず、本社等、人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所(以下「本社等」という。)の所在地を管轄する都道府県労働局雇用環境・均等部(室)(以下「労働局」という。)に提出してください。
- この申請書を提出するためには、支給要領0301の支給を受けようとする場合は、支給要領0402イからトの書類の写しを、支給要領0302の支給を受けようとする場合は、支給要領0402イからチの全ての書類の写しを、支給要件確認申請書(共通要領様式第1号)とともに添付していることが必要です。なお、既に当該申請を行ったことのある事業主で、提出書類の内容に変更がない場合は、【不】様式第3号を記載の上、提出すること(電子申請を行う場合は不要。)で、再度の提出は必要ありません。

(記入上の注意)

- 「申請事業主」欄は、本社等について記載してください。
- 申請者が代理人の場合は、本助成金の支給に係る「申請事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記載し、「代理人又は事務代理人・提出代行者」欄に代理人の所在地、名称及び氏名を記載してください。  
申請者が社会保険労務士法施行規則(昭和43年厚生省・労働省令第1号)第16条第2項に規定する提出代行者又は同施行規則第16条の3に規定する事務代理人の場合は、「申請事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記載し、「代理人又は事務代理人・提出代行者」欄に事務代理人・提出代行者の所在地、名称及び氏名を記載してください。  
申請者が代理人、提出代行者又は事務代理人以外の場合は、本助成金の支給に係る「事業主」欄に事業主の所在地、名称及び氏名を記載してください。
- 1③欄は、支給申請を行う日の属する月の初日において、申請事業主の企業全体で常時雇用している労働者(2か月を超えて雇用される者であり、かつ、週当たりの所定労働時間が当該企業の通常の労働者と概ね同等である者)の数を記載してください。
- 1④欄は、日本標準産業分類に従った主な業種(中分類)を記載してください。
- 1⑤欄は、いわゆる払込み済資本金を記載してください。
- 本助成金は中小企業事業主のみ対象となります。なお、本助成金における中小企業の範囲は下表のとおりです。

小売業(飲食業を含む)	資本金又は出資額が5,000万円以下、又は常時雇用する労働者の数が	50人以下
サービス業	5,000万円以下、又は	100人以下
卸売業	1億円以下、又は	100人以下
その他	3億円以下、又は	300人以下

- 1⑥欄については、この申請書の作成担当者を記載してください。労働局から、記載内容等当該申請に係る問合せを行うことがありますので、詳細を承知している方を記載してください。  
また、助成金の支給後、労働局からアンケートを実施することがあります。その際、メールで対応可能な場合、連絡先メールアドレスを記入してください(任意)。
- ※労働局処理欄には記載しないでください。

(その他の注意事項)

- 事業主が次のいずれかの要件に該当する場合は、本助成金は支給されません。  
イ 助成金の支給に係る事業所において、偽りその他不正の行為により本来受けることのできない助成金の支給を受け、又は受けようとする(以下、「不正受給」という。)により、支給申請日又は支給決定日の時点で、5年間の不支給措置がとられている事業主等  
ロ 助成金の支給に係る事業所において、支給申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度(労働保険の保険料の徴収等に関する法律(昭和44年法律第84号)第2条第4項に規定する「保険年度」をいう。)の労働保険料(同法第41条により徴収する権利が消滅しているものを除く。)を納付していない事業主等(支給申請日の翌日から起算して2か月以内に納付を行った事業主を除く。)  
ハ 助成金の支給に係る事業所において、支給申請日の前日から起算して1年前の日から支給申請日の前日までの間に労働関係法令の違反(船員に適用される労働関係法令違反を含む。)を行った事業主等  
ニ 助成金の支給に係る事業所において、風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律第2条第4項に規定する接待飲食等営業(同条第1項第1号に該当するものに限る。以下同じ。)、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業(接待飲食等営業又は同条第6項に規定する店舗型性風俗特殊営業を営む者から委託を受けて当該営業の営業所において客に接する業務の一部を行うこと(当該業務の一部に従事する者が委託を受けた者及び当該営業を営む者の指揮命令を受ける場合を含む。))を内容とする営業に限る。)を行っている事業主等  
ただし、同条第4項に規定する接待飲食等営業又は同条第13項に規定する接客業務受託営業(接待飲食等営業)を行っている事業主等であって雇用調整助成金の支給を受けようとする場合や、接待飲食等営業であって許可を得ているのみで接待営業が行われていない場合又は接待営業の規模が事業全体の一部である場合を除く。  
ホ 暴力団関係事業主等(以下のイ)又はロ)に該当する者をいう。  
(イ) 暴力団が実質的に経営を支配する事業主等  
事業主等又は事業主等の役員等(事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は、役員又は支店若しくは営業所等の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。以下同じ。)が暴力団(暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成3年法律第77号)第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。)又は暴力団員(同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。)であるとき。  
(ロ) 暴力団が実質的に経営を支配する事業主等に準ずる事業主等  
a 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている事業主等  
b 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは間接的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している事業主等  
c 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしている事業主等  
d 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している事業主等  
e 事業主等又は事業主等の役員等が、破壊活動防止法(昭和27年法律第240号)第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行った又は行う恐れがある団体等に属しているとき。  
ト 支給申請日又は支給決定日の時点で倒産(雇保則第35条第1号に規定する倒産をいう。)している事業主等(再生手続開始の申立て(民事再生法(平成11年法律第225号)第21条に規定する再生手続開始の申立てをいう。))又は更生手続開始の申立て(会社更生法(平成14年法律第154号)第17条に規定する更生手続開始の申立てをいう。))を行った事業主であって、事業活動を継続する見込みがある者を除く。  
チ 助成金の不正受給が発覚した場合に行われる事業主名等の公表及び助成金の返還等については、承諾していない事業主等  
リ 「支給要件確認申請書」(共通要領様式第1号)の別紙「役員等一覧」又は別紙「役員等一覧」と同内容の記載がある書類を提出していない事業主等  
又 「雇用関係助成金支給要領」に従うことについて、承諾していない事業主等  
ル 不正受給に関与したことにより、「雇用関係助成金共通要領」J0902に定める助成金の不受理措置が取られている社会保険労務士又は代理人が当該不受理期間中に申請を行った事業主等  
ロ 支給申請書等に事実と異なる記載又は証明(軽微な誤り(労働局長が認めた場合に限る。))は除く。)を行った事業主等  
2 労働局長が、助成金の支給に関して必要があると認めるときは、調査又は報告を求める場合がありますので、ご協力をお願いします。なお、調査又は報告の際に求められた書類等を提示又は提出できない場合や調査又は報告を正当な理由なく拒否する場合は、助成金の支給を行いません。  
3 助成金の支給申請に当たって労働局に提出した書類等については、当該支給申請に係る最後の支給日が属する年度の翌年度の初日から起算して5年間保管してください。  
4 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、支給した助成金の返還に加え、当該返還額の2割に相当する額を含め、返還していただきます。また、社会保険労務士又は代理人等が不正受給に関与していた場合(偽りその他不正行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合も含む。))は社会保険労務士又は代理人等に対しても助成金の返還及び返還額の2割に相当する額を返還していただきます。返還に関しては、受給した日の翌日から返還を終了する日までの期間に対し、年3分(支給申請が行われた日が令和2年3月31日以前の場合は年5分)の利息を付します。  
5 偽りその他不正の行為により助成金の支給を受け、又は受けようとした事業主については、不支給とした日又は支給を取消した日から5年間、雇用保険法に基づく助成金等の申請ができなくなります。なお、支給を取消した日から5年を経過しても、不正受給に係る請求金が納付されていない場合は、納付日まで不支給措置期間を延長します。(社会保険労務士又は代理人が不正受給に関与していた場合は、納付日まで社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請又は代理人が行う申請を受理しない。)  
6 代理人が申請する場合にあつては、委任状(原本に限る。)を添付してください。  
7 助成金の受給に当たっては各種要件がありますので、パンフレットをご覧ください。不明な点は本支給申請前に労働局にお問い合わせください。

**中小企業事業主のみ対象** 不妊治療両立支援コース(環境整備、休暇の取得等)支給申請書

I. 事業主

申請事業主:

① 不妊治療休暇・両立支援制度(※1)の規定年月日・種類 (該当する番号を○で囲む)	年 月 日	1 労働協約	2 就業規則
② 企業トップの方針の周知(実施日、周知方法)	年 月 日	(方法)	
③ 不妊治療両立支援プランの策定	年 月 日		
④ 社内ニーズの調査の実施(実施日、方法)	年 月 日	(方法)	
⑤ 両立支援担当者の選任(選任日、役職・氏名)	年 月 日	(役職・氏名)	

※1「不妊治療休暇・両立支援制度」は、不妊治療休暇(特定目的・多目的とも可)、所定外労働制限制度、時差出勤制度、短時間勤務制度、フレックスタイム制、テレワークをいいます。

II. 対象労働者

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
期間雇用者 の場合は、 雇用契約期間	年 月 日 ~ 年 月 日	雇用契約期間の確認書類(該当する番号を○で囲む)	
		1 労働条件通知書又は雇用契約書	2 その他( )

⑦ 両立支援担当者と不妊治療を行う労働者との面談、不妊治療両立支援プランの策定

不妊治療両立支援プランには、不妊治療を行う労働者の円滑な制度利用のための措置として、少なくとも制度利用期間中の業務体制の検討に関する取組が定められているか。  はい  いいえ

⑧ 不妊治療休暇・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
不妊治療休暇制度		不妊治療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。⑦については以下同じ。)
所定外労働制限制度		所定外労働制限制度を利用した日(回)数
時差出勤制度	始業・終業時刻の <input type="checkbox"/> 繰り上げ <input type="checkbox"/> 繰り下げ 時間	時差出勤制度を利用した日(回)数
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
	制度利用期間中の時間当たりの基本給等の水準が制度利用前を下回っていないことが確認できる書類の番号を○で囲むこと。 1 制度利用前後の賃金台帳 2 賃金取扱を定めた規定 3 制度利用で賃金が減額している場合は、減額計算について説明した資料	
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
テレワーク		テレワークを利用した日(回)数

(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。

不妊治療のための休暇制度利用期間及びその前後の就労実績の確認書類	該当する番号を○で囲む 1 出退勤記録簿又はタイムカード 2 賃金台帳 3 その他 ( )	不妊治療のための両立支援制度利用期間の所定労働日及び所定労働時間等の確認書類	該当する番号を○で囲む 1 雇用契約書 2 労働条件通知書 3 会社カレンダー 4 勤務シフト表 5 その他 ( )
----------------------------------	--	--	---

不妊治療休暇・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。  はい  いいえ

⑨ 本人確認欄 (氏名) 連絡先電話番号 - -

⑩ 不妊治療休暇及び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。  はい  いいえ

<支給申請額>

企業規模  中小企業である

過去に本コースの支給を受けたことがない  はい  いいえ

支給申請額  
30万 円

中小企業事業主のみ対象

不妊治療両立支援コース(長期休暇の加算)支給申請書

○支給申請に係る労働者

申請事業主:

① 労働者の属性、休暇期間		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
不妊治療休暇期間		年 月 日	～	年 月 日	取得日数 日	
② 原職等復帰		復帰日	年 月 日	不妊治療休暇取得の開始日から申請日において雇用保険被保険者として継続雇用している。	<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 その他 面談の結果 (該当する番号を○で囲む) 1 原職等復帰 2 その他
休暇前後の状況	不妊治療休暇前		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						
休暇前と職場復帰後で労働条件等が異なる場合はその理由		上記については、記載のとおりです。				
③本人確認欄		(氏名)	連絡先電話番号		-	-
④		不妊治療休暇制度について、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 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
------	----------------------------------

支給申請額

30万	円
-----	---

不妊治療と仕事との両立支援 面談シート 兼 不妊治療両立支援プラン

対象労働者	所属部署		氏名	
両立支援担当者	所属部署		氏名	

初 回 面 談

不妊治療と仕事を両立するうえでの課題・希望など  
 ※勤務時間の配慮、休暇、出張の可否などの希望を確認し、具体的にご記入ください。

不妊治療のために通院(予定)している病院名(所在地)

利用したい制度・働き方の希望など	利用を希望する制度及び利用開始日 (複数利用可)	利用希望の内容・通院予定など
	※該当する制度の番号に○を付け、利用を希望する期間をご記入ください。また、希望時間帯も、可能な範囲でご記入ください。なお、既に通院日が決まっている場合は、通院予定の日もご記入ください。  業務面で周囲に配慮してほしいことを確認してください。 ※業務の引継ぎについては、本人の意向も踏まえ、「誰に」「いつ」「どうやって」引継ぎをするかなどを決めてください。  業務以外で周囲に配慮してほしいこと 職場への周知など、何か気になることがあるか確認してください。	1.不妊治療休暇 ( 年 月 日 ) ※ 不妊治療を含む多様な目的で利用することができる休暇制度及び利用目的を限定しない休暇制度を含む。労働基準法第39条の規定による年次有給休暇は除く。 2.所定外労働制限制度 ( 年 月 日 ) 3.時差出勤制度 ( 年 月 日 ) 4.短時間勤務制度 ( 年 月 日 ) 5.フレックスタイム制 ( 年 月 日 ) 6.テレワーク ( 年 月 日 )

初回面談	年 月 日	両立支援担当者確認		本人確認	
------	-------	-----------	--	------	--

面談の内容を踏まえ、「支援プラン」を策定

※利用を希望する制度や利用開始日に変更がある場合は、適宜追記してください。

支援プラン	策定日	取組期間	取組内容
	年 月 日	年 月 日 年 月 日	※対象労働者の円滑な制度利用のために、制度利用期間中の業務分担の見直し等の取組内容を必ず記載してください
		両立支援担当者確認	本人確認

「支援プラン」の実施内容の確認

利用した制度、働き方の実績					
	利用状況				
実施確認	年 月 日	両立支援担当者確認		本人確認	

対象労働者	所属部署	営業部営業第2課 販売促進係	氏名	〇〇 〇〇
両立支援担当者	所属部署	人事部	氏名	△△ △△

## 初 回 面 談

不妊治療と仕事を両立するうえでの課題・希望など  
 ※勤務時間の配慮、休暇、出張の可否などの希望を確認し、具体的にご記入ください。

不妊治療外来は、水曜日の午後であるため、水曜日は、出張等を免除してほしい。  
 今のところ通院は、予約制なので、休暇の取得は予定しておらず、短時間勤務制度を利用したい。  
 急な通院日の変更に対応できるように配慮してほしい。

不妊治療のために通院(予定)している病院名(所在地)

〇〇産婦人科 (◎◎県△△市□□町1-1)

利用したい制度・働き方の希望など	利用を希望する制度及び利用開始日 (複数利用可)	利用希望の内容・通院予定など
※該当する制度の番号に○を付け、利用を希望する期間をご記入ください。 また、希望時間帯も、可能な範囲でご記入ください。 なお、既に通院日が決まっている場合は、通院予定の日もご記入ください。	1.不妊治療休暇 ( 年 月 日 ) ※ 不妊治療を含む多様な目的で利用することができる休暇制度及び利用目的を限定しない休暇制度を含む。労働基準法第39条の規定による年次有給休暇は除く。	
	2.所定外労働制限制度 ( 令和5年 6月 1日 )	
	3.時差出勤制度 ( 年 月 日 )	
	4.短時間勤務制度 ( 令和5年 6月 1日 )	(現在)8:30~17:15 ⇨ (希望)8:30~15:15
	5.フレックスタイム制 ( 年 月 日 )	
	6.テレワーク ( 年 月 日 )	
業務面で周囲に配慮してほしいことを確認してください。 ※業務の引継ぎについては、本人の意向も踏まえ、「誰に」「いつ」「どうやって」引継ぎをするかなどを決めてください。	不妊治療については、不定期な通院となったり、突然の休暇の必要性が出てくるため、特定の人に迷惑が掛からないように、日々の業務のフォロー担当者を決め、業務の状況、スケジュールを共有したい。	
業務以外で周囲に配慮してほしいこと 職場への周知など、何か気になることがあるか確認してください。	急に休むと困るなどの陰口や、不妊治療についての興味本位な噂をされるのではないかと心配している。	

初回面談	令和5年5月1日	両立支援担当者確認	本人確認
------	----------	-----------	------

面談の内容を踏まえ、「支援プラン」を策定

※利用を希望する制度や利用開始日に変更がある場合は、適宜追記してください。

支援プラン	策定日	取組期間	取組内容
	令和5年5月10日	令和5年5月20日 令和5年 6月 1日 ~6月30日	※対象労働者の円滑な制度利用のために、制度利用期間中の業務分担の見直し等の取組内容を必ず記載してください ○不妊治療への理解を深めるため、不妊治療の内容や職場での配慮について周知を行う。 ①対象労働者の業務の棚卸を行い、不要不急の業務を停止・縮小し、不定期な短時間勤務を可能にする環境を整備する。 ②短時間勤務制度利用時のカバー体制を検討し、フォローアップの担当者に対する業務の共有と引継ぎを行う。 ③対象労働者が不在になる時間帯の対応をフォローする担当者を定める。 不在時間帯のフォロー担当者の対応方針を決め、業務の申込書を作成する。 対象労働者のスケジュールや業務をフォロー担当者で共有する方法を検討する。 フォロー担当者に不在時間帯の対応方法を説明し、必要な引継ぎを行う。
		両立支援担当者確認	本人確認

「支援プラン」の実施内容の確認

利用した制度、働き方の実績	6月は、所定外労働を制限し、希望日(通院日等)の短時間勤務を利用した。 上記以外の日には、所定外労働の制限制度を利用し、定時退庁した。 不妊治療外来の受診、不妊治療のための検査、検体の提出のため、短時間勤務制度の利用により、5回通院。		
利用状況	通院日:6月2日、6月9日、6月16日、6月23日、6月30日		
実施確認	令和5年6月30日	両立支援担当者確認	本人確認

提出を省略する書類についての確認書（不妊治療両立支援コース・長期休暇の加算分）

申請事業主	
事業主名	
<p>両立支援等助成金（不妊治療両立支援コース）支給要領 0401 に基づき、                      前回（    年    月    日）申請の不妊治療両立支援コース  <u>（環境整備、休暇の取得等）</u>の申請時から変更がないため、以下の書類の添付を省略しま                      す。</p> <p>1 不妊治療休暇・両立支援制度を利用しやすい職場風土の取組として、企業トップが制度                      の利用促進についての方針を労働者に周知していることを確認できる書類。周知日が確認                      できるもの。                      （例：書面について全労働者へメール送信、回覧、掲示、配付等により周知した場合、日付が確認できるもの                      （メール送信、回覧の場合は労働者に送信・回覧されたことが確認できるもの、社内に掲示した場合は写                      真等）</p> <p>2 本社等及び支給対象労働者が生じた事業所等の労働協約又は就業規則（※）のうち、不                      妊治療休暇制度又は不妊治療と仕事との両立支援制度等を規定していることが確認で                      きる部分                      ※ 就業規則の作成及び労働基準監督署への届出義務のない常時 10 人未満の労働者を雇用する事業主の場                      合で、就業規則の作成・届出をしていない場合の、制度の措置が明文により定められており、労働者に                      周知されていることを確認できる書類（社内への周知日が確認できるもの）                      （例：明文化された書面について労働者へメール送信、回覧、掲示、配布等により周知した場合、日付                      が確認できるもの等）</p> <p>3 労働者を対象に、不妊治療と仕事との両立のためのニーズを調査したことが確認できる                      書類（例：社内アンケート調査票、自己申告書、調査結果の集計票、結果報告書等）</p> <p>4 支給対象労働者が不妊治療を受けていることを確認できる書類（医師等が交付する証明                      書類）                      ※ 環境整備・休暇の取得等助成金と同一の労働者で長期休暇加算助成金を申請する場                      合に限る。</p>	<p>←前回の申請年月日                      を記載の上、該当す                      る助成金を○で囲ん                      てください。</p> <p>↓該当する項目をチ                      ェックして下さい。</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>