

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

2023 年 8 月 1 日

東京 労働局長 殿

人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所(本社等)の所在地を管轄する労働局に申請してください。

申請事業主 所在地

〒000-0000

東京都〇〇区〇〇町1-2-3

名称

株式会社 両立商事

氏名

代表取締役 両立 太郎

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。

代理人・事務代理人・提出代行者

所在地

〒000-0000

東京都〇〇区〇〇町4-5-6

名称

◇川社会保険労務士事務所

氏名

社会保険労務士 ◇川 ◇郎

連絡先

03-000

日本標準産業分類に基づき記入してください。

Table with 6 main sections: 1. 申請事業主 (Application Business Owner), 2. 本社等を除く事業所 (Businesses other than the main company), 3. ①雇用保険適用事業所番号, 4. ②労働保険番号, 5. ③申請月の初日において常時雇用する労働者の数, 6. ④主たる業種, 7. ⑤資本の額若しくは出資の総額, 8. ⑥記載担当者, 9. 所属/役職, 10. 総務部人事課長, 11. 氏名, 12. 連絡先電話番号, 13. 連絡先メールアドレス, 14. No., 15. ①事業所名, 16. ②所在地, 17. ③雇用保険適用事業所番号, 18. ④電話番号.

※労働局処理欄には記入しないでください。

Table with 2 main sections: 1. 局長 部(室)長, 2. 担当, 3. 受理年月日, 4. 受理番号, 5. 起案年月日, 6. 支給(不支給)決定年月日, 7. 決定番号, 8. 支給決定額, 9. 通知書発送年月日, 10. 備考.

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

① 介護休業関係制度(※1)の規定年月日・種類 (該当する番号を○で囲む)	2013 年 5 月 1 日	1 労働協約	2 就業規則
② 介護休業開始の年月日 最初に規定した年月日を記入してください。 ※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。	2023 年 5 月 15 日	1 実施要領 4 介護休業規程条 7 その他()	2 通達 5 社内報 3 マニュアル 6 イントラネット

※1「介護休業関係制度」は、介護休業及び所定労働時間の短縮等の措置をいいます。

II. 対象労働者

※複数人となる場合は、本欄を複数入力してください。加えて、有期雇用の方は雇用契約満了日も入力してください。

③ 労働者の属性		氏名		○山 ○太郎	標準労働者番号	1111-111111-1	雇用保険被保険者となった年月日	2017 年 4 月 1 日					
雇用契約期間		2017 年 4 月 1 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 労働条件通知書または雇用契約書 2 その他()								
対象となる要介護家族		氏名		○山 ○子	要介護状態の確認書類(該当する番号を○で囲む)								
労働者との続柄		実母				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()							
						※要介護認定結果の記載のある部分							
介護休業取得の直前において在宅勤務している		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		面談実施以降に作成されていること。									
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			2023 年 5 月 15 日			介護支援プランの作成日			2023 年 5 月 17 日				
対象介護休業取得者の上司又は人事労務担当者と対象介護休業取得者が面談を実施した上で結果について記録しているか。【介】様式第4号「仕事と介護の両立支援面談シート兼介護支援プラン」				<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		面談結果を踏まえて介護支援プランを作成しているか。【介】様式第4号「仕事と介護の両立支援面談シート兼介護支援プラン」				<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
同プランに、当該労働者の業務の整理、引き継ぎに関する措置が定められている。				<input type="checkbox"/> いいえ						<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
面談者確認欄		上記については、記載のとおりです。			(連絡先電話番号)		03 - 0000 -		業務を引継いだ労働者ではなく引継ぎを確認した者の記名。				
		(所属) 総務部人事課			(氏名)		△田 △吉						
⑤ 業務の整理、引き継ぎの実施													
引継を行った日		2023 年 5 月 29 日		引継確認者確認欄		左記については、記載のとおりです。			(連絡先電話番号)		03 - 0000 - 1111		
						(所属)		みなと支店 総務課		(氏名)		○○ 花子	
⑥ 介護休業期間(※合計5日以上であることが条件)													
介護休業期間		① 2023 年 6 月 1 日 ~ 2023 年 6 月 16 日		※書き切れない場合は		所定労働日ベースで5日以上取得していることが必要		取得日数		合計		12 日	
		② 年 月 日 ~ 年 月 日		※法定通りの制度である場合は3回までです。4回等に規定している場合のみ対象となります。									
		③ 年 月 日 ~ 年 月 日											
		④ 年 月 日 ~ 年 月 日											
		⑤ 年 月 日 ~ 年 月 日											
休業申出に関する書類の添付		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		取得実績の確認書類		該当する番号を○で囲む		所定労働日の確認書類		該当する番号を○で囲む			
				1 出勤簿またはタイムカード		1 労働条件通知書(雇用契約書) 2 就業規則		3 企業カレンダー 4 シフト表		5 その他()			
				2 賃金台帳 3 その他()									
⑦ 本人確認欄													
上記については、記載のとおりです。		(氏名)		○山 ○太郎		連絡先電話番号		03 - 0000 - 0000					

⑧ 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また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>

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

個別周知・環境整備加算の申請	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は【介】様式第7号と必要書類も添付すること。 <input checked="" type="checkbox"/> 無
----------------	---

対象労働者 1 人 × 支給単価 中小企業300,000円 + 加算の対象労働者 0 人 × 支給単価 中小企業150,000円 = 支給申請額 300,000 円

※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

記載例

介護離職防止支援コース(介護休業)詳細【職場復帰時】

申請事業主: 株式会社 両立商事

○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。

① 労働者の属性、休業期間

氏名	○山 ○太郎		雇用保険被保険者番号	1111-111111-1											
介護休業期間	①	2023	年	6	月	1	日	～	2023	年	6	月	16	日	※書き切れない場合は、余白
	②		年		月		日	～		年		月		日	※法定通りの制度である場合、分割して休業を取得できるのは3回までです。4回以上の分割については、就業規則等に規定している場合のみ対象となります。
	③		年		月		日	～		年		月		日	
	④		年		月		日	～		年		月		日	
	⑤		年		月		日	～		年		月		日	
介護休業取得の直前又は職場復帰時において在宅勤務している		<input type="checkbox"/> はい		<input checked="" type="checkbox"/> いいえ		(在宅勤務)本人の希望		<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ					

職場復帰時の支給を受けるには、休業取得時の支給を受けた事業主が、同一の対象介護休業取得者・同一の介護休業について、所定の要件を満たす必要があります。

取得日数 合計 12 日

所定労働日ベースで5日以上取得していることが必要

② 原職等復帰

復帰日	2023	年	6	月	17	日	介護休業終了後、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。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	労働者の希望 (該当する番号を○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 1 原職等復帰	<input type="radio"/> 2 それ以外
								<input type="checkbox"/> いいえ	面談の結果 (該当する番号を○で囲む)	<input checked="" type="radio"/> 1 原職等復帰	<input type="radio"/> 2 それ以外
休業終了後のフォロー面談を行った日	2023	年	6	月	19	日	面談者確認欄 (所属) 総務部人	左記については、記載の(所属) 総務部人	原職・原職相当職への復帰の場合には、こちらに○をしてください。 ※例は「原職相当職」への復帰	03 - 0000 - 1111	△田 △吉
dd	介護休業前					職場復帰後					
事業所	みなと支店					はるみ支店					
部署・係	総務課経理係					総務課経理係					
職務	事務職					事務職					
役職	主任					主任					
所定労働日数	週5日(土～水勤務、木金休み)					週5日(月～金勤務、土日祝休み)					
所定労働時間	8時間(9～18時 休憩1時間)					8時間(9～18時 休憩1時間)					
賃金(基本給、手当、賞与等)	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)					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)					
休業前と職場復帰後で労働条件等が異なっている場合はその理由	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。所定労働日の変更は、土日は介護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。										
介護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。 ※詳細の算定方法については支給要領0301a口(口)を参照										<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

③ 本人確認欄

上記については、記載のとおりです。

(氏名) ○山 ○太郎

連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222

④ 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 ※「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を受けたり、支給した助成金の全部また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	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業である	業務代替支援加算の申請	<input checked="" type="checkbox"/> 有(新規雇用) <input type="checkbox"/> 有(手当支給等) <input type="checkbox"/> 無
------	---	-------------	--

※対象労働者1名につきいずれか1つのみ申請可能。 ※「有」の場合は【介】様式第6号①又は②と必要書類も添付すること。

対象労働者 1 人 × 支給単価 中小企業300,000円

うち業務代替支援加算(新規雇用)の対象労働者 1 人 × 支給単価 中小企業200,000円

うち業務代替支援加算(手当支給等)の対象労働者 0 人 × 支給単価 中小企業50,000円 = 支給申請額 500,000

※休業取得時と同一の対象介護休業取得者である場合のみ。