

【不】様式第1号②

中小企業事業主のみ対象

I. 事業主

申請事業主: 株式会社□□□□

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)	2024年4月5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)	2024年4月5日	(方法)	メール送信
③ 不妊治療両立支援プランの策定	2024年5月8日		
④ 社内ニーズの調査の実施(実施日、方法)	2024年4月5日	(方法)	アンケート
⑤ 両立支援担当者の選任(選任日、役職・氏名)	2024年4月5日	(役職・氏名)	人事課長 △△ △△

※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

⑤ 労働者の属性

氏名	〇〇 〇〇	雇用保険被保険者番号	1111-222222-5	雇用保険被保険者となった年月日	2017年4月1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()			

⑥ 両立支援担当者とは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

⑦ 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
<input checked="" type="checkbox"/> 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。)
		5 日(回)
	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
		日(回)
	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
		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)
		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
		日(回)
<input checked="" type="checkbox"/> テレワーク		テレワークを利用した日(回)数
		1 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

⑧ 本人確認欄

(氏名)	〇〇 〇〇	連絡先電話番号	090 - ×××× - ▲▲▲▲
------	-------	---------	-------------------

⑨ 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
---------------------	---

支給申請額

30万	円
-----	---

【不】様式第1号③

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：株式会社□□□□

① 労働者の属性、休暇期間

氏名	〇〇 〇〇〇	雇用保険被保険者番号	1111-22222-3	雇用保険被保険者となった年月日	2010年4月1日
不妊治療休暇期間	2024年5月23日～2024年6月19日				取得日数 20日

② 原職等復帰

復帰日	2024年6月20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 checked="" 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 その他以外 面談の結果 (該当する番号を○で囲む) ① 原職等復帰 2 その他以外
休暇前後の状況	不妊治療休暇前		職場復帰後	
事業所	千代田支店		中央支店	
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	係長		係長	
所定労働日数	週5日(月～金勤務、土・日・祝休み)		週5日(月～金勤務、土・日・祝休み)	
所定労働時間	8時間(9時～18時 休憩1時間)		8時間(9時～18時 休憩1時間)	
賃金(基本給、手当、賞与等)	月給、基本給30万円、係長手当2万円、交通費(実費)、扶養手当、賞与(6月、12月 計4.5か月分)		月給、基本給30万円、係長手当2万円、交通費(実費)、扶養手当、賞与(6月、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月～9月に連続する5日間)		賞与は人事考課による査定あり 夏季休暇(7月～9月に連続する5日間)	
休暇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	中央支店への異動は、病院及び自宅に近い支店を希望したため。			

③ 本人確認欄

上記については、記載のとおりです。	連絡先電話番号	03 - 0000 - 1111
(氏名)	〇〇 〇〇〇	

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。

 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
------	---

支給申請額

30万	円
-----	---