

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(育休取得時))支給申請書

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(育休取得時))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

労働局長 殿

申請事業主 所在地 〒  
名称  
氏名 印

代理人又は事務代理者・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  
氏名 印  
〔代理人・事務代理者・提出代行者〕  
連絡先

|                |                        |       |         |  |              |       |
|----------------|------------------------|-------|---------|--|--------------|-------|
| 1<br>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<br><small>(日本標準産業分類の中分類を記入)</small> |              |       |
|                | ⑤資本の額若しくは出資の総額         |       | 万円      | 分類番号:<br>分類項目名:                            |              |       |
|                | ⑥記載担当者                 | 役職    | 氏名      | 連絡先電話番号                                    |              |       |
| 2<br>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入しないでください。

|         |      |          |              |       |
|---------|------|----------|--------------|-------|
| ※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      |      |          |              |       |

【育】様式第1号(注意事項)

(提出上の注意)

- この支給申請書は、【育】様式第1号②、【育】様式第2号及び【育】様式第3号の様式とともに、育児休業等支援コース支給要領0402aに記載された支給申請期間内に必要書類を添えて、人事労務管理の機能を事業所(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0402aイからリに記載する全ての書類の写し及び支給要件確認申立書(共通要領様式第1号)が添付されていることが必要です。なお、すでに当該申請を行ったことがある事業主で、提出書類の内容に変更がない場合は、【育】様式第8号に提出を省略する書類を明示することで、当該申請書類について再度の提出は必要ありません。また、リについては、次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定(ブランチナクのみん認定)を受けた事業主は提出不要です。

(記入上の注意)

- 「申請事業主」欄は、記名のうえ社印又は代表者印を押してください。
- 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、名称及び氏名を記入(押印不要)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、名称及び氏名を記入し押印してください。  
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または同施行規則第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、名称及び氏名を記入・押印し、「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、名称及び氏名を記入し、押印してください。  
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、名称及び氏名を記入してください。
- 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、過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)の数を記入してください。
- 1④欄は、日本標準産業分類に従った主な業種(中分類)を記入してください。
- 1⑤欄は、いわゆる払込み済資本額を記入してください。
- 中小企業事業主のみ対象となります。なお、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、また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、または                       | 100人以下 |
| 卸売業         | 1億円以下、または                           | 100人以下 |
| その他         | 3億円以下、または                           | 300人以下 |

- 1⑥欄については、この申請書の作成担当者を記入してください。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入してください。
- 「※労働局処理欄」には記入しないでください。

(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積極的に暴力団の維持、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

へ 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、承諾していない事業主等

リ 「支給要件確認申立書」(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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。)
- 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。
- 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。

育児休業等支援コース(育休取得時)詳細

I. 事業主

申請事業主:

①-1 育児休業制度の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)
①-2 育児のための短時間勤務制度の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)
② 育休復帰支援プラン
③ 一般事業主行動計画の策定・届出、計画の公表・労働者への周知

II. 対象労働者

※複数人となる場合は、本欄を人数分追加してください。

④ 労働者の属性
⑤ 育児休業取得者との面談、育休復帰支援プランの作成
⑥ 育休復帰支援プランに基づく引き継ぎの実施
⑦ 休業期間(※連続3か月以上の育児休業(産後休業の終了後引き続き育児休業をする場合には、産後休業を含め連続3か月以上であることが条件))
⑧ 本人確認欄
⑨ 育児休業制度について、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。

<支給申請額>

企業規模: 中小企業である
生産性要件に係る支給申請であるか: はい

※生産性要件に係る支給申請であるかを「はい」と選択した場合は、「生産性要件に係る支給申請の場合」の支給単価を支給申請額に記入してください。

支給申請に係る労働者について、両立支援等助成金(出生時両立支援コース(男性労働者の育児休業))の支給を受けたことがあるか。

対象労働者 × 支給単価 = 支給申請額
※生産性要件に係る支給申請の場合
中小企業285,000円
中小企業360,000円

※1事業主当たり、有期契約労働者1人、無期雇用者1人の計2人が対象。

**産休・育休復帰支援面談シート<休業前>**

上司に妊娠報告をしたら、休業前までの働き方について上司と話し合しましょう。

| 質問事項                     | 記載方法   | 記載内容   |
|--------------------------|--|--|
| 出産予定日はいつですか？             | 日付を記載してください。                                       | 年 月 日  |
| 産前休業はいつから取得しますか？         | 産前休業は、出産予定日を含め42日間取得可能です。取得する場合は、取得開始予定日を記載してください。 | 年 月 日  |
| 育休の取得予定はありますか？           | 取得予定期間を記載してください。                                   | 年 月 日～ 年 月 日<br>※出産後等、取得が決定してから、申出書を提出してください |
| 体調面で、周囲に配慮してほしいことはありますか？ | 体調面で何か気になることがあれば記載してください。                          |  |
| 業務の引き継ぎスケジュールを話し合しましょう   | 休業前に、業務の進捗状況を整理し、上司に「誰に」「いつ」「どうやって」を相談してください。      |  |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄 |       |       |
|----------|--------------|-------|-------|
|          |              |       |       |
| 面談日: / / | 人事・総務担当者サイン  | 上司サイン | 本人サイン |

休業の2か月前になったら、休業中や復帰後について上司と話し合しましょう。

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| 前回の面談からの変更点はありますか？                  | 産前休業の取得開始予定日や育休の予定期間など、前回の面談時と変更することがあれば記載してください。                        |   |
| 休業中の連絡先を教えてください（※任意）                | 休業中に会社から連絡する場合の連絡先を記載してください。郵便物送付先が期間によって異なる場合は、人事・総務担当者がわかるように記載してください。 | 1. 電話番号：<br>2. FAX：<br>3. メールアドレス：<br>4. 郵便物（ 月～ 月まで）〒<br>（ 月～ 月まで）〒<br>（ 月～ 月まで）〒  |
| 現在考えている「復帰後の就業イメージ」をお聞かせください        | 復帰前に改めて確認しますので、「現時点での」イメージに○をつけてください。                                    | ① 休業前と同じ働き方をしたい<br>② 「育児時間」（1日2回各々少なくとも30分。子どもが1歳になるまで）を利用したい<br>③ 所定内労働時間を短縮したい（期間の定め） [ 時 分～ 時<br>④ 時間外労働・休日労働・深夜労働を免除してほしい<br>⑤ その他（ |
| その他、休業に向けて上司に相談したい・伝えておきたいことはありますか？ | 何か気になることがあれば記載してください。  |   |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄 |       |       |
|----------|--------------|-------|-------|
|          |              |       |       |
| 面談日: / / | 人事・総務担当者サイン  | 上司サイン | 本人サイン |

**産休・育休復帰支援面談シート<休業中・復帰後>**

休業終了予定の1～2か月前になったら、今後の働き方について上司と話し合しましょう。

| 質問事項                                | 記載方法  | 記載内容   |
|-------------------------------------|---|--|
| 職場復帰の変更希望はありますか？                    | 変更の有無と、変更の場合は日付を記載してください。   | ①あり（ 年 月 日） ②なし  |
| 就業中の保育者（予定）を教えてください                 | 該当するものに○をつけてください。   | ①認可保育園 ②認可外保育園 ③配偶者 ④親・親族 ⑤その他（ ）  |
| 保育園利用予定の場合、現在の状況を教えてください            | 該当するものに○をつけてください。   | ①確定 ②結果連絡待ち ③第2希望以降は確定 ④未定   |
| 日常的に育児のサポートを受けられますか？                | 該当するものに○をつけてください。   | ①受けられる（配偶者／親・親族／民間サービス／その他（ ）） ②受けられない   |
| 緊急時に育児のサポートを受けられますか？                | 該当するものに○をつけてください。   | ①受けられる（配偶者／親・親族／民間サービス／その他（ ）） ②受けられない   |
| 勤務時間についての希望をお聞かせください                | 該当するものに○をつけてください。②と③については、希望期間を記載してください。                              | ① 育休取得前と同じ働き方をしたい<br>② 「育児時間」（1日2回各々少なくとも30分。子どもが1歳になるまで）を利用したい<br>③ 所定内労働時間を短縮したい [ 時 分～ 時 分 ]<br>→時間短縮を希望する場合、期間はいつまでを考えていますか？（ 年 月まで）<br>④ 深夜労働・休日労働を免除してほしい<br>→免除を希望する場合、期間はいつまでを考えていますか？（ 年 月まで）<br>⑤ その他（ ） |
| 所定外・時間外労働に関して配慮が必要ですか？              | 該当するものに○をつけてください。   | ①所定外労働の免除 ②時間外労働の制限（月24時間、年150時間まで） ③その他（  |
| 遠距離の外出や出張に関して配慮が必要ですか？              | 配慮が必要な場合は、具体的に記入してください。   |  |
| 職場復帰後の業務内容や役割分担などについての要望はありますか？     | 業務上の要望があれば記載してください。   | ※原則として育休取得時に交付した取扱通知書のとおりとなります   |
| 仕事をする上で、周囲に配慮してほしいことはありますか？         | 何か気をつけてほしいことがあれば記載してください。   |  |
| その他、復帰に向けて上司と相談したい・伝えておきたいことはありますか？ | ご自身やお子さんの体調面のことなど、気になることがあれば記載してください。（もし育休中に資格取得をした場合は、その内容を記載してください） |  |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄 |       |       |
|----------|--------------|-------|-------|
|          |              |       |       |
| 面談日: / / | 人事・総務担当者サイン  | 上司サイン | 本人サイン |

復帰から2か月後経ったら、復帰後の就業状況について上司と話し合しましょう。

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| 復帰後の就業状況について上司と共有しましょう | 現在の状況を伝えるとともに、業務・体調・育児の面などで気になることがあれば上司に相談しましょう。 |  |
|------------------------|--|--|

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄 |       |       |
|----------|--------------|-------|-------|
|          |              |       |       |
| 面談日: / / | 人事・総務担当者サイン  | 上司サイン | 本人サイン |

**育休復帰支援面談シート<休業前>**

上司に育休取得の申出をしたら、休業前までの働き方について上司と話し合しましょう。

| 質問事項                   | 記載方法  | 記載内容   |
|------------------------|---|--|
| 配偶者の出産予定日はいつですか？       | 日付を記載してください。                                  | 年 月 日  |
| 育休の取得予定日はいつですか？        | 取得予定期間を記載してください。                              | 年 月 日～ 年 月 日<br>※配偶者の出産後等、取得が決定してから、申出書を提出してください |
| 業務の引き継ぎスケジュールを話し合しましょう | 休業前に、業務の進捗状況を整理し、上司に「誰に」「いつ」「どうやって」を相談してください。 |  |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄            |
|----------|-------------------------|
|          |                         |
| 面談日: / / | 人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン |

育休の2か月前になったら、休業中や復帰後について上司と話し合しましょう。

|                                       |  |   |
|---------------------------------------|--|---|
| 前回の面談からの変更点はありますか？                    | 育休の予定期間など、前回の面談時と変更することがあれば記載してください。                                     |   |
| 育休中の連絡先を教えてください（※任意）                  | 休業中に会社から連絡する場合の連絡先を記載してください。郵便物送付先が期間によって異なる場合は、人事・総務担当者がわかるように記載してください。 | 1. 電話番号：<br>2. FAX：<br>3. メールアドレス：<br>4. 郵便物（ 月～ 月まで）〒<br>（ 月～ 月まで）〒<br>（ 月～ 月まで）〒  |
| 現在考えている「復帰後の就業イメージ」をお聞かせください          | 復帰前に改めて確認しますので、「現時点での」イメージに○をつけてください。                                    | ① 休業前と同じ働き方をしたい<br>② 「育児時間」（1日2回各々少なくとも30分。子どもが1歳になるまで）を利用したい<br>③ 所定内労働時間を短縮したい（期間の定め） [ 時 分～ 時<br>④ 時間外労働・休日労働・深夜労働を免除してほしい<br>⑤ その他（ |
| その他、育休取得に向けて上司に相談したい・伝えておきたいことはありますか？ | 何か気になることがあれば記載してください。  |   |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄            |
|----------|-------------------------|
|          |                         |
| 面談日: / / | 人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン |

**育休復帰支援面談シート<育休中・復帰後>**

育休終了予定の1～2か月前になったら、今後の働き方について上司と話し合しましょう。

| 質問事項                                | 記載方法  | 記載内容   |
|-------------------------------------|---|--|
| 職場復帰の変更希望はありますか？                    | 変更の有無と、変更の場合は日付を記載してください。   | ①あり（ 年 月 日） ②なし  |
| 就業中の保育者（予定）を教えてください                 | 該当するものに○をつけてください。   | ①認可保育園 ②認可外保育園 ③配偶者 ④親・親族 ⑤その他（ ）  |
| 保育園利用予定の場合、現在の状況を教えてください            | 該当するものに○をつけてください。   | ①確定 ②結果連絡待ち ③第2希望以降は確定 ④未定   |
| 日常的に育児のサポートを受けられますか？                | 該当するものに○をつけてください。   | ①受けられる（配偶者／親・親族／民間サービス／その他（ ）） ②受けられない   |
| 緊急時に育児のサポートを受けられますか？                | 該当するものに○をつけてください。   | ①受けられる（配偶者／親・親族／民間サービス／その他（ ）） ②受けられない   |
| 勤務時間についての希望をお聞かせください                | 該当するものに○をつけてください。②と③については、希望期間を記載してください。                              | ① 育休取得前と同じ働き方をしたい<br>② 「育児時間」（1日2回各々少なくとも30分。子どもが1歳になるまで）を利用したい<br>③ 所定内労働時間を短縮したい [ 時 分～ 時 分 ]<br>→時間短縮を希望する場合、期間はいつまでを考えていますか？（ 年 月まで）<br>④ 深夜労働・休日労働を免除してほしい<br>→免除を希望する場合、期間はいつまでを考えていますか？（ 年 月まで）<br>⑤ その他（ ） |
| 所定外・時間外労働に関して配慮が必要ですか？              | 該当するものに○をつけてください。   | ①所定外労働の免除 ②時間外労働の制限（月24時間、年150時間まで） ③その他（  |
| 遠距離の外出や出張に関して配慮が必要ですか？              | 配慮が必要な場合は、具体的に記入してください。   |  |
| 職場復帰後の業務内容や役割分担などについての要望はありますか？     | 業務上の要望があれば記載してください。   | ※原則として育休取得時に交付した取扱通知書のとおりとなります   |
| 仕事をする上で、周囲に配慮してほしいことはありますか？         | 何か気をつけてほしいことがあれば記載してください。   |  |
| その他、復職に向けて上司と相談したい・伝えておきたいことはありますか？ | 配偶者やお子さんの体調面のことなど、気になることがあれば記載してください。（もし育休中に資格取得をした場合は、その内容を記載してください） |  |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄            |
|----------|-------------------------|
|          |                         |
| 面談日: / / | 人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン |

育休復帰から2か月後経ったら、復帰後の就業状況について上司と話し合しましょう。

|                        |  |  |
|------------------------|--|--|
| 復帰後の就業状況について上司と共有しましょう | 現在の状況を伝えるとともに、業務・体調・育児の面などで気になることがあれば上司に相談しましょう。 |  |
|------------------------|--|--|

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄            |
|----------|-------------------------|
|          |                         |
| 面談日: / / | 人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン |

取得予定者 [部署： 社員番号： 氏名： ] ※面談が終わったら、人事・総務担当者は「原本」を、上司と本人は「本シートのコピー」を保管してください。

**産休・育休復帰支援面談シート<休業前>**

労働者から育休取得の申出を受けたら、休業までの働き方について本人と話し合しましょう。

| 質問事項                     | 確認方法   | 内容  |
|--------------------------|--|---|
| 出産予定日はいつですか？             | 日付を確認してください。   | 年 月 日   |
| 産前休業はいつから取得しますか？         | 産前休業は、出産予定日を含め42日間取得可能です。取得する場合は、取得開始予定日を確認してください。   | 年 月 日   |
| 育休取得の要件を満たしていますか？        | 要件の確認をしたら、口の中にチェックをつけてください。                          | <input type="checkbox"/> 以下2つの要件を満たしており、育休取得が可能<br>1. 同一の事業主に引き続き1年以上雇用されている<br>2. 子どもが1歳6か月に達する日までに、労働契約の期間が満了しており、かつ、契約が更新されないことが明らかでない |
| 育休の取得予定はありますか？           | 取得予定期間を確認してください。                                     | 年 月 日～ 年 月 日<br>※出産後等、取得が決定してから、申出書を提出してください  |
| 体調面で、周囲に配慮してほしいことはありますか？ | 体調面で何か気になることがあるか確認し、記載してください。                        |   |
| 業務の引き継ぎスケジュールを話し合しましょう   | 休業前に、業務の進捗状況を整理し、本人と「誰に」「いつ」「どうやって」引き継ぎを行うか相談してください。 |   |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄            |
|----------|-------------------------|
| 面談日： / / | 人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン |

休業の2か月前になったら、休業中や復帰後について本人と話し合しましょう。

|  |  |   |
|--|--|---|
| 前回の面談からの変更点がありますか？                       | 産前休業の取得開始予定日や育休の予定期間など、前回の面談時から変更点があるか確認してください。                          |   |
| 休業中の連絡先を教えてください（※任意）                     | 休業中に会社から連絡する場合の連絡先を確認してください。郵便物送付先が期間によって異なる場合は、人事・総務担当者がわかるように記載してください。 | 1. 電話番号：<br>2. FAX：<br>3. メールアドレス：<br>4. 郵便物（月～月まで）〒<br>（月～月まで）〒<br>（月～月まで）〒  |
| 現在考えている「復帰後の就業イメージ」（出勤日数や労働時間等）をお聞かせください | 復帰前に改めて確認しますので、「現時点での」イメージを確認し、○をつけてください。                                | ① 休業前と同じ働き方をしたい<br>② 契約上の出勤日や日数を変更したい [ ]<br>③ 契約上の労働時間を変更したい [ 時 分～ 時 分 ]<br>④ 「育児時間」（1日2回各々少なくとも30分。子どもが1歳になるまで）を利用したい<br>⑤ 時間外労働・休日労働・深夜労働を免除してほしい<br>⑥ その他（ ） |
| その他、休業に向けての相談・連絡事項はありますか？                | 何か気になることがあるか確認し、記載してください。  |   |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄            |
|----------|-------------------------|
| 面談日： / / | 人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン |

**産休・育休復帰支援面談シート<休業中・復帰後>**

休業終了予定の1～2か月前になったら、今後の働き方について本人と話し合しましょう。

| 質問事項                            | 確認方法   | 内容   |
|---------------------------------|--|--|
| 職場復帰日の変更希望はありますか？               | 変更の有無と、変更の場合は日付を確認してください。  | ① あり（年 月 日） ② なし   |
| 就業中の保育者（予定）を教えてください             | 該当するものに○をつけてください。  | ① 認可保育園 ② 認可外保育園 ③ 配偶者 ④ 親・親族 ⑤ その他（ ）   |
| 保育園利用予定の場合、現在の状況を教えてください        | 該当するものに○をつけてください。  | ① 確定 ② 結果連絡待ち ③ 第2希望以降は確定 ④ 未定   |
| 日常的に育児のサポートを受けられますか？            | 該当するものに○をつけてください。  | ① 受けられる（配偶者 / 親・親族 / 民間サービス / その他（ ）） ② 受けられない   |
| 緊急時に育児のサポートを受けられますか？            | 該当するものに○をつけてください。  | ① 受けられる（配偶者 / 親・親族 / 民間サービス / その他（ ）） ② 受けられない   |
| 出勤日数や労働時間等についての希望をお聞かせください      | 該当するものに○をつけてください。  | ① 育休取得前と同じ働き方をしたい<br>② 契約上の出勤日や日数を変更したい [ ]<br>③ 契約上の労働時間を変更したい [ 時 分～ 時 分（1日 時間） ]<br>※②、③の場合、月間の労働時間を算出し、雇用保険・健康保険・厚生年金への加入の観点から問題がないか、確認してください<br>④ 「育児時間」（1日2回各々少なくとも30分。子どもが1歳になるまで）を利用したい<br>⑤ 深夜労働・休日労働を免除してほしい<br>⑥ その他（ ） |
| 所定外・時間外労働に関して配慮が必要ですか？          | 該当するものに○をつけてください。  | ① 所定外労働の免除 ② 時間外労働の制限（月24時間、年150時間まで） ③ その他（ ）   |
| 遠距離の外出や出張に関して配慮が必要ですか？          | 配慮が必要な場合は、具体的に確認してください。  |  |
| 職場復帰後の業務内容や役割分担などについての要望はありますか？ | 業務上の要望があるか確認してください。  |  |
| 仕事をする上で、周囲に配慮してほしいことはありますか？     | 何か気をつけてほしいことがあるか確認してください。  |  |
| その他、復職に向けて相談・連絡事項はありますか？        | 本人やお子さんの体調面のことなど、懸念点を確認し記載してください。（育休中に資格取得をしたか確認し、その内容を記載してください） |  |

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄            |
|----------|-------------------------|
| 面談日： / / | 人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン |

育休復帰から2か月経ったら、復帰後の就業状況について本人と話し合しましょう。

|                     |   |  |
|---------------------|---|--|
| 復職後の就業状況について共有しましょう | 現在の状況とともに、業務・体調・育児の面などで気になることがあるか確認しましょう。 |  |
|---------------------|---|--|

| 上司 記入欄   | 人事・総務担当者 記入欄            |
|----------|-------------------------|
| 面談日： / / | 人事・総務担当者サイン 上司サイン 本人サイン |

取得予定者 [部署： 社員番号： 氏名： ] ※面談が終わったら、営業担当者は「原本」を、本人は「本シートのコピー」を保管してください。

**産休・育休復帰支援面談シート<休業前>**

派遣労働者から妊娠報告を受けたら、営業担当は休業までの働き方について本人と話し合います。

| 質問事項                     | 確認方法   | 内容  |
|--------------------------|--|---|
| 出産予定日はいつですか？             | 日付を確認してください。                                       | 年 月 日   |
| 産前休業はいつから取得しますか？         | 産前休業は、出産予定日を含め42日間取得可能です。取得する場合は、取得開始予定日を確認してください。 | 年 月 日   |
| 育休取得の要件を満たしていますか？        | 要件の確認をしたら、□の中にチェックをつけてください。                        | <input type="checkbox"/> 以下2つの要件を満たしており、育休取得が可能<br>1. 同一の事業主に引き続き1年以上雇用されている<br>2. 子どもが1歳6か月に達する日までに、労働契約の期間が満了しており、かつ、契約が更新されないことが明らかでない |
| 育休の取得予定はありますか？           | 取得予定期間を確認してください。                                   | 年 月 日～ 年 月 日<br>※出産後等、取得が決定してから、申出書を提出してください  |
| 体調面で、周囲に配慮してほしいことはありますか？ | 体調面で何か気になることがあるか確認してください。                          |   |

| 営業担当 特記事項記入欄 |         |       |  |
|--------------|---------|-------|--|
| 面談日： / /     | 営業担当サイン | 本人サイン |  |

休業の2か月前になったら、休業中や復帰後について本人と話し合います。

|  |  |   |
|--|--|---|
| 前回の面談からの変更点がありますか？                       | 産前休業の取得開始予定日や育休の予定期間など、前回の面談時から変更点があるか確認してください。                          |   |
| 休業中の連絡先を教えてください（※任意）                     | 休業中に会社から連絡する場合の連絡先を確認してください。郵便物送付先が期間によって異なる場合は、人事・総務担当者がわかるように記載してください。 | 1. 電話番号：<br>2. FAX：<br>3. メールアドレス：<br>4. 郵便物（ 月～ 月まで）〒（ 月～ 月まで）〒（ 月～ 月まで）〒  |
| 現在考えている「復帰後の就業イメージ」（出勤日数や労働時間等）をお聞かせください | 復帰前に改めて確認しますので、「現時点での」イメージを確認し、○をつけてください。                                | ① 休業前と同じ働き方をしたい<br>② 契約上の出勤日や日数を変更したい<br>③ 契約上の労働時間を変更したい [ 時 分～ 時 分 ]<br>④ 「育児時間」（1日2回各々少なくとも30分。子どもが1歳になるまで）を利用したい<br>⑤ 時間外労働・休日労働・深夜労働を免除してほしい<br>⑥ その他（ ） |

| 営業担当 特記事項記入欄 |         |       |  |
|--------------|---------|-------|--|
| 面談日： / /     | 営業担当サイン | 本人サイン |  |

**産休・育休復帰支援面談シート<休業中・復帰後>**

休業終了予定の1～2か月前になったら、今後の働き方について本人と話し合います。

| 質問事項                                   | 確認方法                              | 内容   |
|--|-----------------------------------|--|
| 職場復帰日の変更希望はありますか？                      | 変更の有無と、変更の場合は日付を確認してください。         | ① あり（ 年 月 日） ②なし   |
| 就業中の保育者（予定）を教えてください                    | 該当するものに○をつけてください。                 | ① 認可保育園 ② 認可外保育園 ③ 配偶者 ④ 親・親族 ⑤ その他（ ）   |
| 保育園利用予定の場合、現在の状況を教えてください               | 該当するものに○をつけてください。                 | ① 確定 ② 結果連絡待ち ③ 第2希望以降は確定 ④ 未定   |
| 日常的に育児のサポートを受けられますか？                   | 該当するものに○をつけてください。                 | ① 受けられる（配偶者 / 親・親族 / 民間サービス / その他（ ）） ② 受けられない   |
| 緊急時に育児のサポートを受けられますか？                   | 該当するものに○をつけてください。                 | ① 受けられる（配偶者 / 親・親族 / 民間サービス / その他（ ）） ② 受けられない   |
| 出勤日数や労働時間等についての希望をお聞かせください             | 該当するものに○をつけてください。                 | ① 育休取得前と同じ働き方をしたい<br>② 契約上の出勤日や日数を変更したい<br>[ ]<br>③ 契約上の労働時間を変更したい<br>[ 時 分～ 時 分（1日 時間） ]<br>※②、③の場合、月間の労働時間を算出し、雇用保険・健康保険・厚生年金への加入の観点から問題がないか、確認してください<br>④ 「育児時間」（1日2回各々少なくとも30分。子どもが1歳になるまで）を利用したい<br>⑤ 深夜労働・休日労働を免除してほしい<br>⑥ その他（ ） |
| 所定外・時間外労働に関して配慮が必要ですか？                 | 該当するものに○をつけてください。                 | ① 所定外労働の免除 ② 時間外労働の制限（月24時間、年150時間まで） ③ その他（ ）   |
| 遠距離の外出や出張に関して配慮が必要ですか？                 | 配慮が必要な場合は、具体的に確認してください。           |  |
| 職場復帰後の業務内容や役割分担などについての要望はありますか？        | 業務上の要望があるか確認してください。               |  |
| その他、復帰に向けて相談・連絡事項、派遣先に伝えておきたいことはありますか？ | 本人やお子さんの体調面のことなど、懸念点を確認し記載してください。 |  |

| 営業担当 特記事項記入欄 |         |       |  |
|--------------|---------|-------|--|
| 面談日： / /     | 営業担当サイン | 本人サイン |  |

復帰から2か月経ったら、復帰後の就業状況について本人と話し合います。

|                          |  |  |
|--------------------------|--|--|
| 復帰後の就業状況について営業担当と共有しましょう | 現在の状況を伝えるとともに、業務・体調・育児の面などで気になることがあれば営業担当に相談しましょう。 |  |
|--------------------------|--|--|

| 営業担当 特記事項記入欄 |         |       |  |
|--------------|---------|-------|--|
| 面談日： / /     | 営業担当サイン | 本人サイン |  |

<派遣先>

取得予定者

[部署名：

氏名：

]

※面談が終わったら、派遣先の上司は「原本」を、本人は「本シートのコピー」を保管してください。

## 面談シート

派遣先の上司は派遣労働者から妊娠報告を受けたら、休業までの働き方について本人と話し合しましょう。

| 質問事項 |                          | 確認方法  | 内容 |
|------|--------------------------|---|----|
| 必須項目 | 体調面で、周囲に配慮してほしいことはありますか？ | 体調面で何か気になることがあるか確認し、記載してください。   |    |
| 任意項目 | 担当業務の整理を行いましょう           | 休業後も業務が円滑に進むよう、業務内容と進捗状況を本人と整理、確認してください。<br>業務引き継ぎが発生する場合は、そのスケジュールも相談してください。 |    |

## 派遣先上司 特記事項記入欄

面談日：

／ ／

派遣先上司  
サイン

本人サイン



育休復帰支援プラン

計画策定日： 年 月 日

| 対象従業員 氏名                  |                    |   |             |
|---------------------------|--------------------|---|-------------|
| 予定                        | 出産予定日              |   |             |
|                           | 産前休業開始日            |   |             |
|                           | 育児休業取得期間           |   |             |
| 実績                        | 出産日                |   |             |
|                           | 産前休業開始日            |   |             |
|                           | 育児休業開始日            |   |             |
| 育休取得・職場<br>復帰に関する<br>確認事項 | 法律で定められた措置・制度の周知状況 | 対象従業員に<br>説明した日   | 年 月 日       |
|                           | 対象従業員の希望の確認        | 初回面談日   | 年 月 日       |
|                           | 職場の状況              | 代替要員の確保が難しい・シフト制（土日勤務・夜勤あり）である<br>・所定外労働が多い・体力を要する仕事を中心である<br>・作業手順等の変更が多い<br>・その他（ ） |             |
|                           | 対象従業員の状況           | 女性従業員 ・ 男性従業員 ・ 役職者 ・ 有期契約労働者<br>専門性の高い職種 ・ その他（ ）                                    |             |
| 取組計画                      |                    |   | 取組状況<br>確認日 |
| 取組期間                      | 取組内容               |   |             |
|                           |                    |   |             |
|                           |                    |   |             |
|                           |                    |   |             |

助成金の対象となるには、次の順に実施する必要があります。

| 取組内容                        | 日付記載欄   |
|-----------------------------|---------|
| ①育児休業に係る子の妊娠の事実の報告          |         |
| ②面談                         | 初回面談日   |
| ③面談内容に基づく育休復帰プランの策定         | 計画策定日   |
| ④プランに基づく業務の整理・棚卸し           | 取組状況確認日 |
| ⑤プランに基づく業務の引継               | 取組状況確認日 |
| ⑥育児休業の開始（又は産前休業・産後休業）       | 育児休業開始日 |
| ⑦育児休業取得者への職場に関する情報提供及び資料の提供 | 取組状況確認日 |