

両立支援等助成金(再雇用者評価処遇コース)支給申請書

記載例

両立支援等助成金(再雇用者評価処遇コース)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。

2021 年 1 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 両立 太郎 印

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・事務代理人・提出代行者〕氏名 印
連絡先

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号	1234-567890-1	②労働保険番号	12-3-45-6-78-9-10	
	③申請月の初日において常時雇用する労働者の数	45 人	④業種 <small>(日本標準産業分類の中分類を記入)</small>	分類番号:58 分類項目名:飲食料品小売業 <small>日本標準産業分類に基づき記入してください。</small>	
	⑤資本の額若しくは出資の総額	4,000 万円	⑥企業規模	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 中小企業以外	
⑦記載担当者	役職	総務部人事課長	氏名	△田 △吉	
			連絡先電話番号	03-0000-1111	
2 本社等を除く事業所	No.	①事業所名	②所在地 <small>この申請書の内容について問合せに対応できる社内の方を記載してください。</small>	③雇用保険適用事業所番号	④電話番号
	1	ちよだ支店	東京都〇〇区〇〇町1-2-3	1234-567890-1	03-0000-1111
	2	みなと支店	東京都△△区△△町1-2-4	〃	03-0000-2222
	3	はるみ支店	東京都××区××町1-2-5	〃	03-0000-3333
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
10					

雇用保険適用事業所番号が同じの場合は「〃」の記号を入れるか、入力を省略してもかまいません。

※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				

【再】様式第1号(注意事項)

(提出上の注意)

- この支給申請書は、【再】様式第1号②の様式とともに、再雇用者評価処遇コース支給要領0501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0502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、すでに本助成金について支給決定を受けたことのある事業主が申請する場合、過去に提出した書類でその後変更のないものについては、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、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者の場合は、「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、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。
- 1⑥欄は、中小企業又は中小企業又は中小企業にチェックを入れてください。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)	資本額又は出資額が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

- 1⑦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。))を行った事業主等であって、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

- 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。

再雇用者評価処遇コース 詳細

記載例

I. 事業主

最初に規定した年月日を記入してください。ただし、最初の規定後、見直し等により改正を行った場合には最新の施行日を記載してください。

申請事業主: 株式会社 両立商事

① 育児・介護休業関係規定の整備		2013	年	4	月	1	日	① 労働協約	2 就業規則	
育児休業制度の措置及び育児のための所定労働時間の短縮措置の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)		2013	年	4	月	1	日	① 労働協約	2 就業規則	
介護休業制度の措置及び介護のための所定労働時間の短縮等措置の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)		2013	年	4	月	1	日	① 労働協約	2 就業規則	
② 再雇用制度の整備		2016	年	4	月	1	日	1 労働協約	② 就業規則	
再雇用制度の規定年月日(改正があった場合は直近の改正年月日)及び種類(該当する番号を○で囲む)		(改正: 2020	年	4	月	1	日)			
再雇用制度の確認事項	対象となる退職理由に、妊娠・出産・育児・介護・配偶者の転勤(転居を伴う転職を含む)が全て明記されているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		2020年3月31日以前に再雇用制度を規定していた場合であっても、2020年4月1日以降に本助成金要領に沿って改正し、要件を満たした場合は、改正後の制度適用者については支給対象となります。				
	対象者の年齢制限を置いているか。(該当する番号を○で囲む)	① 定年		② その他		※定年年齢以上であることが必須です。				
	対象者を再雇用する場合に、退職前の勤務実績を評価し処遇を決定することを明記しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		その場合、改正の年月日を記載してください。ただし、2020年3月31日以前に本助成金要領の要件を満たした再雇用制度を規定していた場合は、支給対象外です。				
③ その他の要件		支給対象労働者を採用した日の前日から起算して6か月前の日から1年を経過する日までの間に、支給対象労働者を雇入れた事業所において、雇用保険被保険者(※1)を事業主都合によって解雇(勧奨退職等を含む)したことがあるか。							<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ
		支給対象労働者に対して、法令及び就業規則に基づく賃金の全額が支払われているか。							<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※1「雇用保険被保険者」は、短期雇用特別被保険者及び日雇労働被保険者を除きます。

II. 対象労働者

④ 労働者の属性		氏名	○山 ○子		雇用保険被保険者番号	1111-1111111-2	再雇用した事業所名称	株式会社 両立商事 みなと支店	雇用保険適用事業所番号	1234-567890-1								
雇用契約期間等		期間の定めのない雇用契約日:	2020	年	7	月	1	日										
		再雇用に係る採用年月日:	2020	年	4	月	1	日										
		雇用保険被保険者となった年月日(再雇用時):	2020	年	7	月	1	日										
(1回目の申請時のみ)		期間の定めのない雇用契約の締結日から起算して6か月の間の就労割合が5割以上であるか(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ		(同一の労働者に係る2回目の申請時のみ)期間の定めのない雇用契約の締結日から起算して6か月の間が経過する日の翌日から6か月間について5割以上であるか(※3)											
⑤ 退職時及び雇用履歴に関する情報		期間の定めのない雇用契約を締結し、雇用保険被保険者として6か月以上支給申請日まで継続雇用している必要があります。																
i 退職した事業所名		株式会社 両立商事 みなと支店			雇用保険適用事業所番号		1234-567890-1											
ii iにおける採用年月日(被保険者資格取得日)		2011	年	4	月	1	日	iii 退職年月日(被保険者資格喪失日)	2015	年	9	月	30	iv 在職期間(ii~iii)※1年以上が要件	4	年	6	月
v 退職理由		<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 介護 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者の転勤(配偶者の転居を伴う転職を含む)																
雇用履歴等(該当する番号を○で囲む) ※以下のア~エの全てが「無」であることが必要です。		ア 退職後、再雇用に係る採用日の前日までに申請事業主・関連事業主と雇用、請負、委任の関係にあった、又は、出向、派遣、請負、委任の関係により当該事業主等の事業所において就労したことがあるか。																
		1 有 ② 無																
		イ 退職後、再雇用に係る採用日の前日までに、申請事業主と資金的・経済的・組織的関連性等からみて密接な関係にある次のいずれかに該当する関連事業主に雇用されていたか。 a 当該事業主と支給対象事業主のいずれか一方の発行済株式数又は出資の総額に占める他方の所有株式数又は出資の割合が5割を超える b 代表者が同一又は取締役を兼務している者がいずれかの取締役会の過半数を占めている																
		1 有 ② 無																
		ウ 申請事業主の代表者又は取締役の3親等以内の親族(配偶者、3親等以内の血族及び姻族)であるか。																
		1 有 ② 無																
		エ 申請事業主又は関連事業主の事業所を退職する際、妊娠・出産・育児・介護、配偶者の転勤(転居を伴う転職を含む)及びこれらの事由に基づく法律上の休業又は勤務制度の利用等を理由として、解雇された、又は退職勧奨その他不利益な取り扱いを受けたことがあるか。																
		1 有 ② 無																
⑥ 再雇用者本人確認欄		上記については、記載のとおりです。(署名又は記名押印)		○山 ○子		印		連絡先電話番号		03 - 1111 - 2222								

※3 詳細の算定方法については支給要領0302を参照してください。

⑦ 再雇用制度について、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 <input type="checkbox"/> 中小企業以外	生産性要件に係る支給申請であるか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	過去、同コースにおける支給申請の有無(今回の支給申請に係る再雇用者を除く。) 「有」の場合は、前回の支給申請までの支給申請人数を記入。	<input type="checkbox"/> 有 (人) <input checked="" type="checkbox"/> 無
------	---	------------------	--	--	---

※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。
※1事業主当たり、5人目まで支給。

1. 再雇用者1人目

(1) 1回目の支給(再雇用後、期間の定めのない雇用契約で6か月の継続雇用後)	(2) 2回目の支給(再雇用後、期間の定めのない雇用契約で1年の継続雇用後)
対象労働者 1 人 × 支給単価 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 190,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 142,500円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業 240,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 180,000円 支給申請額(A) = 190,000 円	対象労働者 1 人 × 支給単価 <input type="checkbox"/> 中小企業 190,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 142,500円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業 240,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 180,000円 支給申請額(B) = 円

2. 再雇用者2人目から6人目まで

(1) 1回目の支給(再雇用後、期間の定めのない雇用契約で6か月の継続雇用後)	(2) 2回目の支給(再雇用後、期間の定めのない雇用契約で1年の継続雇用後)
対象労働者 人 × 支給単価 <input type="checkbox"/> 中小企業 142,500円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 95,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業 180,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 120,000円 支給申請額(C) = 円	対象労働者 人 × 支給単価 <input type="checkbox"/> 中小企業 142,500円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 95,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業 180,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 120,000円 支給申請額(D) = 円
支給申請合計額 (A) + (C) + (D) 又は (B) + (C) + (D) の合計 = 190,000 円	