

記載例

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))支給申請書

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。

〇〇 元 年 10 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。

〒

代理人・事務代理人・提出代行者 名称 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		日本標準産業分類に従って主な事業内容を記載してください。
	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 主たる事業		卸売業・小売業		
	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			④ 電話番号			この申請書の内容について問合せに対応できる方を記載してください。
	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			1234-567890-2		03-0000-2222	
	3	はるみ支店	東京都××区××町1-2-5			1234-567890-3		03-0000-3333	
	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	
			通知書送年月日	
			年 月 日	
備考				

### 出生時両立支援コース（男性労働者の育児休業）詳細

記載例

#### I. 事業主

申請事業主：株式会社 両立商事

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）	「男性労働者が育児休業を取得しやすい職場風土作りの取組年月日」より前に、本助成金の要件を満たす育児休業を取得した男性労働者がいる場合には、「1. 初めて男性の育児休業取得対象者が生じた場合」の助成の対象外です。	就業規則
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）		就業規則
② 過去の男性労働者の取得実績（該当する番号を○で囲む）	① 有 ② 無 「有」の場合、直近の取得時期（平成29年8月11日～平成29年8月28日）	
③ 男性労働者が育児休業を取得しやすい職場風土作りの取組年月日・種類（該当する番号を○で囲む）	平成31年4月1日	① 男性労働者を対象にした育児休業制度の利用を促進するための資料等の周知 ② 管理職による、子が出生した男性労働者への育児休業取得の勧奨 ③ 男性労働者の育児休業取得についての管理職向けの研修の実施 ④ その他（ ）
④ 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（該当する番号を○で囲む。次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定を受けた事業主は記載不要）		① 有 取組の内容を証明する書類及び取組を行った日付が分かる書類をご提出ください。

#### 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。

⑤ 労働者の属性		無期雇用の場合は空欄、有期雇用の場合は任期満了日を入力してください。	
氏名	○山 ○太郎	性別	男性
雇用保険被保険者番号	1234-123456-2	雇用保険被保険者となった年月日	平成24年4月1日
雇用契約期間	平成24年4月1日～ 年 月 日	雇用契約期間等の確認書類（該当する番号を○で囲む） ① 労働条件通知書 ② 雇用契約書 ③ その他（ ）	
休業の対象となった子	氏名 ○山 ○介	出生日等の確認書類（該当する番号を○で囲む） ① 母子健康手帳の該当部分 ② 健康保険証（※） ③ その他（ ）	
	出生日 ○○年7月12日	※子が対象育児休業取得期間内（子の誕生日当日を含む57日間）を含んでいる必要があります。	
⑥ 育児休業の取得実績（※14日以上（中小企業事業主の場合5日以上）であること）			
育児休業期間	○○年7月12日～○○年9月30日		
休業申出に関する書類の添付	<input checked="" type="checkbox"/> はい	就労実績の確認書類（該当する番号を○で囲む）	① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 ③ その他（ ）
	<input type="checkbox"/> いいえ	所定労働日の確認書類（該当する番号を○で囲む）	① 労働条件通知書 ② 就業規則 ③ 企業カレンダー ④ その他（ ）
本人確認欄	（署名又は記名押印） ○山 ○太郎 印	連絡先電話番号	03 - 0000 - 2222

⑦ 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。※「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
---	---

水色のセルをもれなく入力していただくと支給申請額は自動計算されます。

#### <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	今年度中における出生時両立支援コース(男性労働者の育児休業)の支給申請の有無(今回の支給申請人数を除く。) 「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. 初めて男性の育児休業取得者が生じた場合

対象労働者	支給単価	支給申請額 (A)
人 ×	<input type="checkbox"/> 中小企業 570,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 285,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業 720,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 360,000円	= 円

#### 2. 2人目以降

【中小企業】 (支給単価) 取得日数5～14日未満 <input type="checkbox"/> 142,500円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 180,000円	×	(労働者) 人	+	(支給単価) 取得日数14日～1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 237,500円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 300,000円	×	(労働者) 人	+	(支給単価) 取得日数1ヶ月以上 <input checked="" type="checkbox"/> 332,500円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 420,000円	×	(労働者) 1 人	=	支給申請額 (B) 332,500 円
---	---	---------	---	---	---	---------	---	--	---	-----------	---	---------------------

【中小企業以外】 (支給単価) 取得日数14～1ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 142,500円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 180,000円	×	(労働者) 人	+	(支給単価) 取得日数1ヶ月～2ヶ月未満 <input type="checkbox"/> 237,500円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 300,000円	×	(労働者) 人	+	(支給単価) 取得日数2ヶ月以上 <input type="checkbox"/> 332,500円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 420,000円	×	(労働者) 人	=	支給申請額 (C) 円
--	---	---------	---	---	---	---------	---	---	---	---------	---	-------------

支給申請合計額 (A) + (B) 又は (A) + (C) = 332,500 円

出生時両立支援コース（育児目的休暇）詳細

I. 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）		平成 30 年 10 月 1 日	① 労働協約	2 就業規則
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）		平成 30 年 10 月 1 日	① 労働協約	2 就業規則
①-3 育児目的休暇制度の規定年月日・種類（該当する番号を○で囲む）		平成 31 年 4 月 1 日	① 労働協約	2 就業規則
② 男性労働者が育児目的休暇を取得しやすい職場風土作りの取組年月日・種類（該当する番号を○で囲む）		平成 31 年 4 月 1 日	① 男性労働者を対象にした育児目的休暇制度の利用を促進するための資料等の周知 ② 管理職による、子の出生前後の男性労働者への育児目的休暇取得の勧奨 ③ 男性労働者の育児目的休暇取得についての管理職向けの研修の実施 ④ その他（ ）	
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（該当する番号を○で囲む。次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定を受けた事業主は記載不要）			① 有	取組の内容を証明する書類及び取組を行った日付が分かる書類をご提出ください。

II. 対象労働者

④ 労働者の属性							
氏名	○山 ○太郎	性別	男性	雇用保険被保険者番号	1234-123456-2	雇用保険被保険者となった年月日	平成 24 年 4 月 1 日
雇用契約期間	平成 24 年 4 月 1 日 ~	年	月	日	雇用契約期間等の確認書類（該当する番号を○で囲む）		
					① 労働条件通知書	2 雇用契約書	3 その他（ ）
休暇の対象となった子	氏名	○山 ○介		出生日等の確認書類（該当する番号を○で囲む）			
	出生日	〇〇 元 年 7 月 12 日	1 母子健康手帳の該当部分 ② 健康保険証（※） 3 その他（ ） ※子が対象育児休業取得者の被扶養者である場合				
⑤ 育児目的休暇の取得実績（※8日以上（中小企業事業主の場合5日以上）であることが条件）							
取得日	① 〇〇 元 年 7 月 10 日	⑥	年	月	日	※書き切れない場合は、余白に記載してください。	
	② 〇〇 元 年 7 月 11 日	⑦	年	月	日		
	③ 〇〇 元 年 7 月 25 日	⑧	年	月	日		
	④ 〇〇 元 年 8 月 1 日	⑨	年	月	日		
	⑤ 〇〇 元 年 8 月 7 日	⑩	年	月	日		
取得日数	合計						5 日
休暇申出に関する書類の添付	<input checked="" type="checkbox"/> はい	取得実績の確認書類	<input type="checkbox"/> いいえ 該当する番号を○で囲む ① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 3 その他（ ）		所定労働日の確認書類	該当する番号を○で囲む ① 労働条件通知書 2 就業規則 ③ 企業カレンダー 4 シフト表 5 その他（ ）	
本人確認欄	(署名又は記名押印)		○山 ○太郎	印	連絡先電話番号	03 - 0000 - 2222	

⑥ 育児目的休暇制度について、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> 水色のセルをもれなく入力していただくと支給申請額は自動計算されます。

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
------	--	---------------------------------	------------------	-----------------------------	---

※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。

支給単価	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 285,000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 360,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 180,000円	=	支給申請額	285,000 円
------	---	---	-------	-----------

**ご注意ください!**  
 本助成金の申請期間は、育児目的休暇の取得日数に関わらず、所定の時点（例：中小企業の場合、取得した休暇が「5日」に達した時点）が経過した日の翌日から2か月間です。

### 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

#### I. 事業主

申請事業主：株式会社 両立商事

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)	〇〇元 年 6月 1日	1 労働協約 ② 就業規則
② 介護支援プラン関係		
労働者の介護休業の取得及び職場復帰又は介護のための勤務制限制度の利用について、介護支援プランにより支援する措置を実施することを規定した年月日・確認できる書類（該当する番号を○で囲む）	平成 31 年 4 月 1 日	① 実施要領 2 通達 3 マニュアル 4 介護休業規程 5 その他 ( )
上記の規定を労働者へ周知した年月日・周知されたことがわかる書類の写し（該当する番号を○で囲む）	平成 31 年 4 月 1 日	① 社内報 2 イントラネット 3 その他 ( )

※1「介護休業関係制度」は、介護休業、介護休暇、所定外労働の制限、時間外労働の制限、深夜業の制限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、本欄を人数分追加してください。

③ 労働者の属性						
氏名	〇山 〇太郎	雇用保険被保険者番号	1111-111111-1	雇用保険被保険者となった年月日	平成 29 年 4 月 1 日	
雇用契約期間	平成 29 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 2 雇用契約書 3 その他 ( )				
対象となる要介護家族	氏名	〇山 〇子	要介護状態の確認書類（該当する番号を○で囲む） 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 ( )			
	労働者との続柄	実母	※要介護認定結果の記載のある部分 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	〇〇元 年 4 月 19 日	介護支援プランの作成日	〇〇元 年 9 月 13 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	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 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。				
面談者確認欄	上記については、記載のとおりです。 (所属) 総務部 人事課		(連絡先電話番号)	03 - 0000 - 1111 (署名又は記名押印) 田 吉 印		
⑤ 業務の整理、引き継ぎの実施						
引継を行った日	〇〇元 年 10 月 1 日	引継確認者確認欄	左記については、記載のとおりです。 (所属) みなと支店 総務課 (連絡先電話番号) 03 - 0000 - 2222 (署名又は記名押印) 川 助 印			
⑥ 介護休業期間（※合計14日以上であることが条件）						
介護休業期間	①	〇〇元 年 10 月 11 日 ~ 〇〇元 年 10 月 17 日	※書き切れない場合は、余白に記載してください。			
	②	〇〇元 年 10 月 23 日 ~ 〇〇元 年 10 月 29 日				
	③	年 月 日 ~ 年 月 日				
	④	年 月 日 ~ 年 月 日				
	⑤	年 月 日 ~ 年 月 日				
		取得実績の確認書類	取得日数 合計 14 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 ① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 ③ その他 ( )		該当する番号を○で囲む ① 労働条件通知書 2 就業規則 ③ 企業カレンダー 4 シフト表 5 その他 ( )	
⑦ 本人確認欄	(署名又は記名押印) 〇山 〇太郎 印	連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222				
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> 水色のセルをもれなく入力していただくと支給申請額は自動計算されます。

企業規模	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業である ※本コースは、中小企業のみ支給対象となります。
------	--

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
------------------	--

※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。

対象労働者	支給単価	支給申請額
1 人	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業360,000円	285,000 円

※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。

### 介護離職防止支援コース（介護休業）詳細【職場復帰時】

記載例

○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。

申請事業主：株式会社 両立商事

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	〇〇元	年	10月	11日	～	〇〇元	年	10月	17日	※書き切れない場合は、余白に記載してください。	取得日数 合計 <b>14</b> 日	
	②	〇〇元	年	10月	23日	～	〇〇元	年	10月	29日			
	③		年			～		年					
	④		年			～		年					
	⑤		年			～		年					
② 原職等復帰													
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)		① 原職等復帰		2 それ以外			
介護休業前後の部署・職務・労働条件について、休業前後の異動が分かるように記載してください。				<input type="checkbox"/> いいえ		面談の結果 (該当する番号を○で囲む)		① 原職等復帰		2 それ以外			
休業前後の状況				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ロ(ロ)を参照										<input checked="" type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
③ 本人確認欄		(署名又は記名押印) ○山 ○太郎			印		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が「はい」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> 水色のセルをもれなく入力していただくと支給申請額は自動計算されます。

企業規模	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業である ※本コースは、中小企業のみ支給対象となります。
------	--

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
------------------	--

※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。

対象労働者	支給単価	支給申請額
1 人 ×	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円 <input type="checkbox"/> 生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業360,000円	= 285,000 円

※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。  
※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。

### 介護離職防止支援コース(介護両立支援制度) 詳細

記載例

#### I. 事業主

申請事業主: 株式会社 両立商事

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)	〇〇元 年 6月 1日	1 労働協約 ② 就業規則
② 介護支援プラン関係	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。	
労働者の介護休業の取得及び職場復帰又は介護のための勤務制限制度の利用について、介護支援プランにより支援する措置を実施することを規定した年月日・確認できる書類(該当する番号を○で囲む)	平成 31 年 4 月 1 日	通達 3 マニュアル その他 ( )
上記の規定を労働者へ周知した年月日・周知されたことがわかる書類の写し(該当する番号を○で囲む)	平成 31 年 4 月 1 日	① 社内報 2 イントラネット 3 その他 ( )

※1 「介護休業関係制度」は、介護休業、介護休暇、所定外労働の制限、時間外労働の制限、深夜業の制限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、本欄を人数分追加してください。

③ 労働者の属性	
氏名	〇山 〇太郎 雇用保険被保険者番号 1111-111111-1 雇用保険被保険者となった年月日 平成 29 年 4 月 1 日
雇用契約期間	平成 29 年 4 月 1 日 ~ 〇〇 2 年 3 月 31 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 2 雇用契約書 3 その他 ( )
対象となる要介護家族	氏名 〇山 〇子 労働者との続柄 実母 要介護状態の確認書類(該当する番号を○で囲む) 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
④ 介護両立支援度利用者との面談、介護支援プランの作成	
介護支援プランには、対象介護両立支援度利用者の円滑な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。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
面談日	〇〇元 年 9 月 25 日 面談後に策定されていること。 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
プラン策定日	〇〇元 年 10 月 1 日 面談者確認欄 (所属) 総務部 人事課 (署名又は記名押印) △田 △吉 印
⑤ 介護両立支援制度の利用	
↓利用した制度に○を付ける(いずれか1つ)	制度利用期間(※2) 制度の利用状況
所定外労働の制限制度	年 月 日 ~ 年 月 日 制度利用開始日の前日以前3か月間の平均所定外労働時間 時間 左記期間中の所定外労働時間 時間 平均 時間
時差出勤制度	年 月 日 ~ 年 月 日 始業・終業時刻の <input type="checkbox"/> 繰り上げ <input type="checkbox"/> 繰り下げ 時間
深夜業制限制度	年 月 日 ~ 年 月 日 制度利用開始日の前日以前3か月間の深夜勤務実績 日 左記期間中の所定労働日に深夜に就労した日数(※3) 日
短時間勤務制度	年 月 日 ~ 年 月 日 所定労働時間(※4) 時間を 時間 分短縮 制度利用期間中の時間当たりの基本給等の水準及び基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(※5) 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
介護のための在宅勤務制度	年 月 日 ~ 年 月 日 左記期間中の所定労働日に在宅勤務制度を利用した日数(介護のために当該制度を利用したことが確認できない日を除く) 日
法を上回る介護休暇制度	最初に利用させた日 年 月 日 ~ 年 月 日 有給休暇であって、時間単位で取得できる制度を導入している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 期間中の所定労働日数のうち5割以上就業している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 対象家族1人につき1年度5労働日以上取得できる制度である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
介護のためのフレックスタイム制度	年 月 日 ~ 年 月 日 左記期間中の所定労働日にフレックスタイム制度を利用した日数(介護のために当該制度を利用したことが確認できない日を除く) 日
○ 介護サービス費用補助制度	最初に利用させた日 〇〇元 年 10 月 1 日 ~ 〇〇 2 年 3 月 31 日 期間中の所定労働日数のうち5割以上就業している <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 介護サービスの内容(該当する番号を○で囲む) 1 訪問介護 2 通所介護(デイサービス) 3 短期入所(ショートステイ) ④ その他 ( 訪問医療サービス ) 利用額: 420,000 円 (うち、事業主負担額 240,000 円) ※ サービスを利用した際の領収書等、及び当該サービス利用者に対して費用を補助したことを証明する書類を添付のこと。
(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。	
制度利用申出に関する書類の添付	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 該当する番号を○で囲む ① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 ③ その他 ( ) 制度利用期間分の所定労働日及び所定労働時間の確認書類 該当する番号を○で囲む 1 労働条件通知書 2 就業規則 ③ 企業カレンダー 4 シフト表 5 その他 ( )
合計42日以上介護両立支援制度利用終了後引き続き雇用保険の被保険者として1か月以上雇用しているか。 本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑥ 本人確認欄	(署名又は記名押印) 〇山 〇太郎 印 連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222

注 ※2 合計42日間以上制度利用させた期間。ただし、法を上回る介護休暇制度、介護サービス費用補助制度は制度利用開始日から6か月間となります。  
※3 所定内労働時間に深夜が含まれる労働者であることが必要です。 ※4 1日の所定労働時間が7時間以上であることが必要です。  
※5 1及び2(短縮時間分を控除している場合は、1~3の全て)が必要。

(裏面に続く)

⑦ 介護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
---	--	------------------------------

水色のセルをもれなく入力していただくと  
支給申請額は自動計算されます。

<支給申請額>

企業規模	<input type="checkbox"/> 中小企業である ※本コースは、中小企業のみ 支給対象となります。
------	---

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
----------------------	--

※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。

対象労働者	支給単価	支給申請額
<input type="text" value="1"/> 人	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業360,000円	<input type="text" value="285,000"/> 円
×		=

※1事業主当たり、1年度5人目までが対象。

面談ごとに記載ができる【介】様式第4号-2を使用しても差し支えありません

対象従業員	部署： 営業2課	氏名： 両立 進太郎
-------	----------	------------

仕事と介護の両立課題の共有

確認事項	初回面談時	プラン策定面談時
------	-------	----------

介護が必要な人について	<p>可能な範囲で、続柄、同居・別居の状況、介護を分担できる親族の有無等を確認してください。</p> <p>・父親、住まいは車で15分のところ ・脳卒中で倒れ、現在入院中 ・今後、介護が必要となるので、妻と地方に住む実の妹で分担する予定</p>	<p>※変更・追加がなければ記入不要です</p> <p>・退院して在宅介護中。</p>
-------------	--	---

両立するうえでの課題・希望	<p>勤務時間、曜日、休暇の必要性、出張の可否等を確認してください。 ※転勤があり得る場合は、介護の状況を確認したり、本人の意向を確認してください。</p> <p>・今月一杯は、入院の付き添いが必要なため、定時で退社したい。 ・退院後、ケアプランを策定し介護の体制が整うまで休みをとりたい。</p>	<p>・朝のデイサービスへの送迎を担当するため、始業時刻を9:30としたい（夕方の送迎は、妹と妻で担当）</p>
---------------	---	--

利用したい制度・働き方の希望	また、取得・利用の希望、○をつけてください。	自社で利用できる措置・制度	希望期間・時期		
	該当するもの	介護休業	XX年 XX月 XX日 ~ XX年 XX月 XX日		
	希望の時間・時期等	所定外労働の免除	XX年 XX月 XX日 ~ XX年 XX月 XX日		
	その他	始業の繰り下げ（時差出勤）		XX年 XX月 XX日 ~ XX年 XX月 XX日	

介護休業の取得予定、利用する介護制度についての種別、利用期間についての予定の記載

業務面で周囲に配慮してほしいこと（業務の引き継ぎなど）	<p>業務面で配慮してほしいことがあるか確認してください。業務の引き継ぎが必要であれば、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。</p>	<p>・現在仕掛かり中のXXは、これまでの経緯を知っているXXさんに引き継ぎをお願いしたい。 ・それ以外の業務は、当面保留しておいてかまわない。</p>	<p>・朝礼の内容を出勤後に共有して欲しい。 ・始業時刻までのフォローについては、スタッフのXXさんに引き継ぎをお願いしたい。</p>
-----------------------------	---	--	---

業務以外で周囲に配慮してほしいこと	<p>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。</p>	<p>・職場の同僚には、介護を事由に休業すること、XX頃には復帰する旨を伝えてほしい。</p>	<p>・始業時刻の繰り下げについて、職場の同僚と関係部署に周知をお願いしたい。</p>
-------------------	---------------------------------------	---	---

介護休業又は介護制度の利用開始日の前日までに、面談を1回以上行い、面談結果を踏まえて「介護支援プラン」を策定することが必要です。

面談日	XX年 XX月 XX日			XX年 XX月 XX日							
	人事・総務 担当者 サイン	<input type="radio"/>	上司サイン	<input type="radio"/>	本人サイン	<input type="radio"/>	人事・総務 担当者 サイン	<input type="radio"/>	上司サイン	<input type="radio"/>	本人サイン



パート 兼 介護支援プラン

対象従業員の両立支援に向けたプラン			
プラン策定日	取組期間	取組内容	取組状況確認日
【当面のプラン】			
XX年 XX月XX日	XX年 XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理職から職場のメンバーに対して、対象従業員が今月は定時退社すること、その後に介護休業を取得する旨を周知する。</li> <li>対象従業員が安心して休業を取得できるよう、「お互いさま意識」を醸成し、職場メンバーの協力体制を整える。</li> </ul>	XX年 XX月XX日
	XX年 XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象従業員の業務棚卸しを行い、不要不急の業務を廃止・縮小し、定時で退社できる環境を整備する。 ①</li> <li>休業中のカバー体制を検討し、引き継ぎ者への引き継ぎを行う。 ②</li> </ul>	XX年 XX月XX日
<p>助成金の対象となるためには、このような記載が必要です。</p> <p>① 所定外労働の制限制度の利用 → 制度利用期間中の業務体制の検討に関する事項（検討内容、検討結果等）</p>			
【介護支援プラン】			
XX年 XX月XX日	XX年 XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象従業員が事情により毎日始業時刻を繰り下げることを職場に周知する。</li> </ul>	XX年 XX月XX日
	③ XX月XX日 ～XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象従業員が不在となる時間帯の対応をフォローする担当者を決める。</li> <li>不在時間帯のフォロー担当者による対応方針を決め、業務引継書を作成する。</li> <li>対象従業員のスケジュールや業務の状況をフォロー担当者と共有する方法を検討する。</li> </ul>	XX年 XX月XX日
	XX月XX日 ～XX月XX日	<ul style="list-style-type: none"> <li>フォロー担当者に、不在時間帯の対応方法を説明し、必要な引き継ぎを行う。</li> </ul>	XX年 XX月XX日
		<ul style="list-style-type: none"> <li>対象従業員のスケジュールや業務の状況をフォロー担当者と共有し、フォローができる体制を整える。</li> </ul>	
<p>助成金の対象となるためには、このような記載が必要です。</p> <p>③ 始業時刻の繰り下げ（時差出勤）制度の利用 → 制度利用期間中の業務体制の検討に関する事項（検討内容、検討結果等）</p>			

利用した制度・働き方の実績	<p>【当面のプラン】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>XX月は所定外労働を免除した。</li> <li>XX月XX日からXX月XX日まで、介護休業を取得した。</li> <li>XX月XX日からXX月XX日まで、始業時刻を9:30に引き下げる時差出勤制度を利用した。</li> </ul>
---------------	--

介護休業の取得実績、利用する介護制度についての種別、利用期間についての実績の記載が必要です。

フォロー面談	<ul style="list-style-type: none"> <li>父の症状が安定しているため、当面はデイサービスの利用を継続していきたい。引き続き、始業時刻を9:30からとする時差出勤制度を利用したい。</li> <li>また、宿泊が必要な出張は避けたい。</li> </ul>
--------	---

介護休業終了後1か月以内、又は、介護制度を6週間（又は42日）の利用後1か月以内にフォロー面談を実施し、記録してください。

面談日	XX年 XX月 XX日	人事・総務担当者サイン	<input type="radio"/>	上司サイン	<input type="radio"/>	本人サイン	<input type="radio"/>
-----	-------------	-------------	-----------------------	-------	-----------------------	-------	-----------------------

育児休業等支援コース（育休取得時）詳細

記載例

I. 事業主

申請事業主：株式会社 両立商事

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）	平成 31 年 4 月 1 日	1 労働協約	② 就業規則
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）	平成 31 年 4 月 1 日	1 労働協約	② 就業規則
② 育休復帰支援プランによる支援を実施する旨の規定・周知			
労働者の育児休業の取得及び職場復帰について育休復帰支援プランにより支援する措置を実施することを規定した年月日・確認できる書類（該当する番号を○で囲む）	平成 31 年 4 月 1 日	1 実施要領 ④ 育児休業規則	2 通達 5 その他（ ） 3 マニュアル
上記の規定を労働者へ周知した年月日・周知されたことがわかる書類の写し（該当する番号を○で囲む）	平成 31 年 4 月 1 日	1 社内報 3 その他（ ）	② イン트라ネット
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（該当する番号を○で囲む。次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定を受けた事業主は記載不要）		① 有	2 無

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			
氏名	○山 ○子	雇用保険被保険者番号	1234-123456-2
雇用契約期間	平成 25 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）	平成 25 年 4 月 1 日
育休復帰支援プラン策定日における雇用期間の定め		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	① 労働条件通知書 2 雇用契約書 3 その他（ ）
休業の対象となった子	氏名 ○山 ○介 出生日 ○○ 年 7 月 12 日	出生日等の確認書類（該当する番号を○で囲む）	① 母子健康手帳の該当部分 2 健康保険証（※） 3 その他（ ）
⑤ 育児休業取得者との面談、育休復帰支援プランの作成			
初回面談の実施日	平成 31 年 4 月 13 日	面談実施後に作成されていること。	取得者の上司又は人事労務担当者と対象育児休業取得した上で結果について「面談シート」(【育】様式第2号)
育休復帰支援プランの作成日	平成 31 年 4 月 18 日	面談結果を踏まえて、育休復帰支援プラン（【育】様式第3号）を作成している	
i 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 checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ii 同プランに、当該労働者の育児休業中の職場に関する情報及び資料の提供に関する措置が定められている。		<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。 (所属) 総務部人事課	(連絡先電話番号) 03 - 0000 - 1111 (署名又は記名押印) △田 △吉 印	
⑥ 育休復帰支援プランに基づく引き継ぎの実施			
引継を完了した日	○○ 年 5 月 22 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 (所属) みなと支店総務課 (署名又は記名押印) ▲川 ▲夫 印
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））			
i 産前休業期間	○○ 年 6 月 1 日 ~ ○○ 年 7 月 12 日	休業申出に関する書類の添付	休業前後の就労実績の確認書類（該当する番号を○で囲む）
ii 産後休業期間	○○ 年 7 月 13 日 ~ ○○ 年 9 月 6 日	<input checked="" type="checkbox"/> はい	① 出勤簿またはタイムカード
iii 育児休業期間	○○ 年 9 月 7 日 ~ ○○ 年 10 月 31 日	<input type="checkbox"/> いいえ	② 貸金台帳 3 その他 本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。
⑧ 本人確認欄	(署名又は記名押印) ○山 ○子 印	連絡先電話番号	03 - 0000 - 2222
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。※「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 ※本コースは、中小企業のみ支給対象となります。	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
------	--	------------------	--

※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。

対象労働者	支給単価	支給申請額
1 人 ×	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業360,000円	= 285,000 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。

育休復帰支援プラン

計画策定日：平成 31年 3月 28日

対象従業員 氏名		○山 ○美	
予定	出産予定日	令和1年6月8日	
	産前休業開始日	平成31年4月28日	
	育児休業取得期間	令和1年8月2日～令和1年9月20日	
実績	出産日	令和1年6月8日	
	産前休業開始日	平成31年4月28日	
	育児休業開始日	令和1年8月4日	
育休取得・職場復帰に関する確認事項	法律で定められた措置・制度の周知状況	対象従業員に説明した日	平成 31年 3月 17日
	対象従業員の希望の確認	初回面談日	平成 31年 3月 22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 ・所定外労働が多い・体力を要する仕事を中心である ・作業手順等の変更が多い ・その他（ ）	
		女性従業員	男性従業員
助成金の対象となるためには、次の記載が必要です。 ①業務の整理・引き継ぎに関する措置 ②育児休業中の職場に関する情報及び資料の提供に関する措置			有期契約労働者 ( )
取組期間	取組内容		取組状況確認日
平成31年3月	① ・対象従業員の業務棚卸しを行い、省略・廃止できる業務を洗い出す ・また、職位上位者に委ねる業務、周囲の従業員に広く分担させる業務、外部化できる業務、対象従業員の育休中は一旦保留しておくことのできる業務に振り分ける		平成31年4月5日
平成31年3月～平成31年4月	・新たに業務を分担する従業員が、対象従業員が休業に入るまでの間に業務を引き継ぐことができるよう、引継ぎ計画を作成し、引継ぎを行う ・並行して、当該担当者の負荷が過重とならないよう、既存業務の一部を停止する。		平成31年4月16日
平成31年4月～平成31年9月(休業中)	② ・休業中の従業員に対して、職場の状況や業務内容の変更などの情報提供を継続的に行う		

育児休業等支援コース（職場復帰時）詳細

記載例

○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。申請事業者：株式会社 両立商事

Table with 4 columns: 氏名, 雇用保険被保険者番号, i 産後休業期間, ii 育児休業期間. Includes callout: 職場復帰時の支給を受けるには、育休取得時の支給を受けた事業主が、同一の対象育児休業取得者について、所定の要件を満たす必要があります。

Table with 4 columns: 情報提供を行った日, 情報提供の内容, 面談者確認欄, 計. Includes callout: 情報・資料の提供は、対象育児休業取得者の育児休業終了後の職場復帰を円滑にするためのものである必要があります。

Table with 4 columns: 復帰日, 育休休業前, 育休休業後, 希望/結果. Includes callout: 各面談の結果については、面談シート（【育】様式第2号）に記載されている必要があります。

Table with 4 columns: 育休取得者本人確認欄, (署名又は記名押印), 連絡先電話番号. Includes callout: 本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

Table with 2 columns: 育休取得者本人確認欄, はい/いいえ. Includes callout: 本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

<支給申請額>

Form with 3 boxes: 企業規模 (中小企業), 生産性要件に係る支給申請であるか (はい), 職場支援加算の申請有無 (有).

※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人 × 285,000円 + 1人 × 190,000円 = 475,000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。

両立支援助等成金(育児休業等支援コース(職場復帰時/職場支援加算))実施結果書

記載例

事業主名	株式会社 両立商事	支給に係る育児休業 取得者の氏名	○山 ○子
------	-----------	---------------------	-------

1 支給申請に係る労働者

業務代替者①	① フリガナ氏名	▲タニ ▲ジロウ ▲谷 ▲次郎	② 所属部署・担当業務	みなと支店 営業部 法人営業担当
	③ 雇用保険被保険者番号	1234-123456-1	④ 採用年月日	平成 25 年 4 月 1 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名			
	面談を行った年月日	〇〇 元 年 5 月 16 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 総務部 人事課 署名又は記名押印 ▲田 ▲吉 印		連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2~3については、記載のとおりです。 所属 みなと支店 営業部 署名又は記名押印 ▲谷 ▲次郎 印		連絡先電話番号 03 - 0000 - 3333
業務代替者②	① フリガナ氏名	▲タ ▲サブロウ ▲田 ▲三郎	② 所属部署・担当業務	みなと支店 営業部 管理担当
	③ 雇用保険被保険者番号	1234-123456-1	④ 採用年月日	平成 25 年 4 月 1 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名			
	面談を行った年月日	〇〇 元 年 5 月 16 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 総務部 人事課 署名又は記名押印 ▲田 ▲吉 印		連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2~3については、記載のとおりです。 所属 みなと支店 営業部 署名又は記名押印 ▲田 ▲三郎 印		連絡先電話番号 03 - 0000 - 3333
業務代替者③	① フリガナ氏名		② 所属部署・担当業務	
	③ 雇用保険被保険者番号		④ 採用年月日	年 月 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名			
	面談を行った年月日	年 月 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 署名又は記名押印 印		連絡先電話番号 - -
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2~3については、記載のとおりです。 所属 署名又は記名押印 印		連絡先電話番号 - -
業務代替者④	① フリガナ氏名		② 所属部署・担当業務	
	③ 雇用保険被保険者番号		④ 採用年月日	年 月 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名			
	面談を行った年月日	年 月 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 署名又は記名押印 印		連絡先電話番号 - -
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2~3については、記載のとおりです。 所属 署名又は記名押印 印		連絡先電話番号 - -

2 業務見直しの内容、業務分担

業務見直しは、休業前である必要があります。

業務見直しを実施した年月日	平成 31 年 4 月 24 日
業務見直し結果	具体的内容
○ a 業務の一部の休止・廃止	みなと地区における法人営業に係るマーケティングは、現在の営業方針を継続することとし、新規企画の作成、実施を当面停止する。
○ b 手順・工程の見直し等による効率化、業務量の減少	納期・在庫管理をシステム化することにより、管理表の作成や課員への共有の負担を減少させる。
c マニュアル等の作成による業務、作業手順の標準化	
育児休業取得者及び業務代替者が所属する部署全体又は事業所全体の業務分担が確認できる資料	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

	業務分担	
	育児休業前	育児休業中(業務代替期間)
育児休業取得者	みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施、その他付随する業務	
業務代替者	① みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施	みなと地区における法人営業に係るマーケティングの実施(育児休業取得者の引継ぎ案件を含む)
	② 法人営業に係る商品の受発注、納期・在庫管理	法人営業に係る商品の受発注、納期・在庫管理・育児休業取得者担当顧客のアフターフォロー
	③	
	④	

3 制度等の運用実績

賃金規定の整備は、休業前である必要があります。

業務を代替する労働者に対する賃金増額制度を規定した年月日	平成 31 年 4 月 18 日
業務代替者1人当たり支給した1か月当たりの賃金増額(増額賃金欄)が1万円以上である	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当
業務代替者の月当たり所定外労働時間が、7時間を下回る	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

業務代替期間	自	〇〇 元 年 5 月 31 日	〇〇 元 年 7 月 1 日	〇〇 元 年 8 月 1 日	
	至	〇〇 元 年 6 月 30 日	〇〇 元 年 7 月 31 日	〇〇 元 年 8 月 31 日	
業務代替者	①	所定外労働時間	6 時間 0 分	4 時間 0 分	4 時間 0 分
		増額賃金	月当たり 12,500 円	月当たり 12,500 円	月当たり 12,500 円
	②	所定外労働時間	6 時間 0 分	4 時間 0 分	4 時間 0 分
		増額賃金	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円
	③	所定外労働時間	時間 分	時間 分	時間 分
		増額賃金	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円
	④	所定外労働時間	時間 分	時間 分	時間 分
		増額賃金	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円

賃金制度運用実績が把握できる業務代替者の賃金台帳業務代替者の所定労働時間及び勤務実績が確認できるものの提出が必要です。

(注)各欄ともに記載しきれない場合は任意様式を添付してください。

育児休業等支援コース(代替要員確保時)詳細

記載例

I. 事業主

申請事業主: 株式会社 両立商事

Table with 4 main rows detailing regulations (制度等の規定), conditions for leave (育児休業取得者が有期契約労働者である場合), general business plans (一般事業主行動計画), and recognition criteria (次世代育成支援対策推進法).

II. 労働者

※支給申請に係る労働者が複数人となる場合(いわゆる「玉突き」の場合を含む)は、<【育】様式第6号<続紙>>に記載してください。

Main form table for worker details, including sections for worker attributes (労働者の属性), leave periods (休業期間), business replacement status (業務の代替及び原職等復帰の状況), and replacement staff assurance (代替要員の確保).

⑩ 就労実績等の確認		
育児休業取得者と代替要員の部署、職務及び所定労働時間（対象育児休業取得者については、育児休業取得前と復帰後のそれぞれのもの）、所定労働日または所定労働日数が確認できる書類を添付しているか。（該当する番号を○で囲む）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※対象育児休業取得者と代替要員の双方について確認できることが必要です ① 組織図      ② 労働条件通知書      ③ 就業規則 4 企業カレンダー      5 その他（      ）
対象育児休業取得者の育児休業期間、育児休業終了後の就労実績が確認できる書類を添付しているか。（該当する番号を○で囲む）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※休業取得前1か月分、育休期間分及び育休終了後6か月分がわかる資料 ① 出勤簿またはタイムカード      ② 賃金台帳 3 その他（      ）
代替要員の就労実績の確認書類を添付しているか。（該当する番号を○で囲む）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※代替の雇入れ日から対象育児取得者の育休終了日までの分がわかる資料 ① 出勤簿またはタイムカード      ② 賃金台帳 3 その他（      ）
代替要員が新たに雇入れられたまたは新たに派遣された時期が確認できる書類を添付しているか。（該当する番号を○で囲む）	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	1 労働条件通知書      2 辞令      ③ 労働者派遣契約書 4 派遣先管理台帳      5 その他（      ）

（注）※1）詳細の算定方法については支給要領0301cホを参照してください。  
 ※2）複数の労働者で代替している場合のb. 代替要員欄は合算した時間等を記載してください。

⑪ 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。※「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 ※本コースは、中小企業のみ支給対象となります。	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	過去に同コース（代替要員確保時）での受給の有無（今回の支給申請人数を除く。）「有」の場合は、前回の支給申請までの受給人数を記入。 <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。

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

対象労働者 1 人	支給単価 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業475,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業600,000円	+	有期契約労働者加算の対象労働者 1 人	支給単価 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業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120,000円	=	支給申請額 570,000 円
--------------	---	---	------------------------	--	---	--------------------

※1 事業主当たり、1年度10人まで支給（最初に支給決定された対象労働者の原職等復帰日から起算して6か月を経過する日の翌日から5年以内に要件を満たすことが必要）。  
 ※次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定を受けた事業主（くるみん認定事業主）は、平成37年3月31日まで延べ50人まで支給対象。



育児休業等支援コース（代替要員確保時）支給申請に係る労働者名簿

申請事業主：株式会社 両立商事

① 労働者の属性											
氏名	○井 ○子			雇用保険被保険者番号	1234-123456-1		雇用保険被保険者となった年月日	平成 26 年 4 月 1 日			
雇用契約期間	平成 26 年 4 月 1 日 ~			年	月	日	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、産後休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間における雇用契約期間の定め			<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
休業の対象となった子	氏名	○井 ○吾			出生日等の確認書類（該当する番号を○で囲む）						
	出生日	○○ 元 年 7 月 12 日			① 母子健康手帳の該当部分		2 健康保険証（※）		3 その他（		
(育児休業取得者が派遣労働者の場合) 休業前から支給要件を全て満たすまでの期間について、同一の労働者派遣事業を行う事業主に雇用されている										<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
② 休業期間（※連続1か月以上育児休業を取得した期間（産後休業期間を含む）が合計して3か月以上であることが条件）											
i 産後休業期間	○○ 元 年 7 月 13 日 ~			○○ 元 年 9 月 6 日		休業申出に関する書類の添付					
ii 育児休業期間	○○ 元 年 9 月 7 日 ~			○○ 元 年 12 月 31 日		<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
③ 業務の代替及び原職等復帰の状況											
復帰日	○○ 2 年 1 月 1 日			育児休業終了後、引き続き雇用保険の被保険者として6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か。			<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		原職等復帰日から起算して6か月の間の就労割合が5割以上であるか。（※1）		
	a. 育児休業取得者（休業前）			b. 代替要員			c. 育児休業取得者（原職等復帰後）				
事業所・部署	みなと支店 営業課			代替要員①②共に、みなと支店 営業課			みなと支店 営業課				
職務	みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施（○○元年5月以降、外回りは免除）			代替要員①②共に、みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施			みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施				
(厚生労働省編職業分類の中分類)	28 営業・販売関連事務の職業						28 営業・販売関連事務の職業				
所定労働時間（※2）	所定労働時間 : 8 時間 00 分			所定労働時間 : 8 時間 00 分			所定労働時間 : 7 時間 00 分				
	所定労働日又は所定労働日数 : 週5日（土日祝休み）			所定労働日又は所定労働日数 : 週5日（土日祝休み）			所定労働日又は所定労働日数 : 週5日（土日祝休み）				
職制上の地位	主任			代替要員①②共に、主任扱い			主任				
上記に係る手当の有無	有（管理手当）			無			有（管理手当）				
備考	平成30年5月以降の外回り免除は、本人の軽易業務転換請求による			別添賃金規定のとおり、管理手当については直接雇用者にも支給するため、派遣労働者である代替要員には不支給			育児のための短時間勤務制度利用により、所定労働時間を変更				
④ 育休取得者本人確認欄	上記①~③（代替要員に係る内容を除く）については、記載のとおりです。 (署名又は記名押印) ○井 ○子 印						連絡先電話番号 03 - 0000 - 2222				
⑤ 代替要員の確保											
代替要員①氏名	▲藤 ▲美			雇入れの方法		<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input checked="" type="checkbox"/> 労働者派遣		育児休業期間（産後休業期間を含む）のうち、代替要員の要件を満たして勤務した期間			
採用日	○○ 元 年 7 月 13 日		期間	<input type="checkbox"/> 無期 <input checked="" type="checkbox"/> 有期 : ○○ 元 年 12 月 31 日まで		○○ 元 年 7 月 13 日 ~ ○○ 元 年 12 月 31 日					
(※複数の労働者で代替している場合のみ記載) 所定労働時間 : 4 時間 分 所定労働日又は所定労働日数 : 週5日（土日祝休み）											
代替要員②氏名	○川 ○子			雇入れの方法		<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input checked="" type="checkbox"/> 労働者派遣		育児休業期間（産後休業期間を含む）のうち、代替要員の要件を満たして勤務した期間			
採用日	○○ 元 年 7 月 13 日		期間	<input type="checkbox"/> 無期 <input checked="" type="checkbox"/> 有期 : ○○ 元 年 12 月 31 日まで		○○ 元 年 7 月 13 日 ~ ○○ 元 年 12 月 31 日					
(※複数の労働者で代替している場合のみ記載) 所定労働時間 : 4 時間 分 所定労働日又は所定労働日数 : 週5日（土日祝休み）											
代替要員③氏名				雇入れの方法		<input type="checkbox"/> 新規雇用 <input type="checkbox"/> 労働者派遣		育児休業期間（産後休業期間を含む）のうち、代替要員の要件を満たして勤務した期間			
採用日	年	月	日	期間	<input type="checkbox"/> 無期 <input type="checkbox"/> 有期 : 年 月 日まで		年 月 日 ~ 年 月 日				
(※複数の労働者で代替している場合のみ記載) 所定労働時間 : 時間 分 所定労働日又は所定労働日数 :											
⑥ 就労実績等の確認											
育児休業取得者と代替要員の部署、職務及び所定労働時間（対象育児休業取得者については、育児休業取得前と復帰後のそれぞれのもの）、所定労働日または所定労働日数が確認できる書類を添付しているか。（該当する番号を○で囲む）				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※対象育児休業取得者と代替要員の双方について確認できることが必要です ① 組織図 ② 労働条件通知書 ③ 就業規則 4 企業カレンダー 5 その他（					
対象育児休業取得者の育児休業期間、育児休業終了後の就労実績が確認できる書類を添付しているか。（該当する番号を○で囲む）				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※休業取得前1か月分、育休期間分及び育休終了後6か月分がわかる資料 ① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 3 その他（					
代替要員の就労実績の確認書類を添付しているか。（該当する番号を○で囲む）				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※代替の雇入れ日から対象育児休業取得者の育休終了日までの分がわかる資料 ① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 3 その他（					
代替要員が新たに雇入れられたまたは新たに派遣された時期が確認できる書類を添付しているか。（該当する番号を○で囲む）				<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		1 労働条件通知書 2 辞令 ③ 労働者派遣契約書 4 派遣先管理台帳 5 その他（					

(注) ※1) 詳細の算定方法については支給要領0301cホを参照してください。

※2) 複数の労働者で代替している場合の「b. 代替要員」欄は合算した時間等を記載してください。

<【育】様式第6号<続紙②>> ※支給申請に係る「玉突き労働者」が発生する場合は、こちらを活用してください。

記載例

- ※ 対象育児休業取得者1人につき1枚作成
- ※ 玉突き労働者がいない場合は作成不要

	対象育児休業取得者		玉突き労働者		代替要員 <玉突き労働者の代替>	
	休業前	復職後	異動前 (対象者育休前)	異動後 (対象者育休中)		
対象労働者 氏名	両立 花子		○田 ○美		代替 ○子	
事業所・部署	本社 経営戦略部	本社 経営戦略部	本社 営業本部	本社 経営戦略部	本社 営業本部	
(厚生労働省編 職業分類の中分 類)	A04 管理的職業従事者	A04 管理的職業従事者	B18 経営・金融・保険 専門職業従事者	A04 管理的職業従事者	B18 経営・金融・保険 専門職業従事者	
職務名	経営戦略室長	コンプライアンス室長	経営コンサルタント	経営戦略室長	経営コンサルタント	
職務内容	・市場調査 ・経営戦略 のとりまとめ	・コンプライアンス教育 ・コンプライアンス違反对 のとりまとめ	・コンサルティング ・講演	・市場調査 ・経営戦略 のとりまとめ	・コンサルティング ・講演	
所定労働時間	9:00 ~ 18:00 (1日 8時間 分)	9:00 ~ 18:00 (1日 8時間 分)	9:00 ~ 18:00 (1日 8時間 分)	9:00 ~ 18:00 (1日 8時間 分)	9:00 ~ 18:00 (1日 8時間 分)	: ~ : (1日 時間 分)

育児休業等支援コース(職場復帰後支援)詳細【子の看護休暇制度】

記載例

I. 事業主

申請事業主: 株式会社 両立商事

Table with 4 main rows regarding childcare leave regulations. Row 1: ①-1 育児休業制度の規定年月日・種類 (平成31年4月1日, 労働協約, 就業規則). Row 2: ①-2 育児のための短時間勤務制度の規定年月日・種類 (平成31年4月1日, 労働協約, 就業規則). Row 3: ② 子の看護休暇制度の規定年月日・種類 (平成31年4月1日, 労働協約, 就業規則). Includes sub-rows for leave types with checkboxes (はい/いいえ) and a highlighted note 'いずれも該当する必要があります'. Row 4: ③ 保育サービス費用補助制度の導入時助成を受けているか (有, 無). Row 5: ④ 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 (有, 無).

II. 労働者

※支給申請に係る労働者が複数人となる場合、<【育】様式第7号<続紙>>に記載してください。

Table with 2 main sections: ⑤ 労働者の属性 and ⑥ 休業期間. Section ⑤ includes fields for name (山 子), employment insurance number (1234-123456-1), dates (平成26年4月1日), and contract type (労働条件通知書). Section ⑥ includes childcare leave periods (産後休業: 7月13日~9月6日, 育児休業: 9月7日~10月31日), return date (11月1日), and a detailed comparison of work conditions before and after leave (e.g., department, position, salary). Section ⑦ 育児休業から復帰後の子の看護休暇取得実績 (取得時間: 計28時間). Section ⑧ 育休取得者本人確認欄 (署名: 山 子, 電話番号: 03-0000-2222).

Row ⑨ 育児休業制度及び子の看護休暇制度について、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運用しているか。 (はい/いいえ)

(裏面に続く)

< 支給申請額 >

企業規模 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業である ※本コースは、中小企業のみ支給対象となります	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	本助成金の要件を満たす制度を新たに導入した時期 <input checked="" type="checkbox"/> 平成30年4月1日以降 <input type="checkbox"/> 平成30年3月31日以前
---	--	---

※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。

過去に同コース（職場復帰後支援）での看護休暇制度利用に係る受給の有無（今回の支給申請人数を除く。） 「有」の場合は、前回の支給申請までの受給人数を記入。	<input type="checkbox"/> 有（      人 ） <input checked="" type="checkbox"/> 無
---	---

1. 制度導入時

支給単価 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業360,000円	=	支給申請額 (A) 285,000 円	平成30年3月31日時点で本助成金の要件を満たした制度をすでに導入している場合、「2. 制度利用時」の助成のみ申請可能です。
---	---	------------------------	--

※1事業主当たり1回限り。  
 ※既に保育サービス費用補助制度の導入時助成を受けた事業主は支給対象外。

2. 制度利用時

取得時間 28 時間	×	支給単価 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 1,000円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業 1,200円	=	支給申請額 (B) 28,000 円
---------------	---	---	---	-----------------------

※最初の支給申請日から3年以内に5人まで支給対象。  
 ※1事業主当たり1年度につき200時間（生産性要件を満たした事業主は240時間）を上限とする。

---

支給申請合計額 (A) + (B)	=	313,000 円
-------------------	---	-----------

育児休業等支援コース（職場復帰後支援）詳細【保育サービス費用補助制度】

記載例

I. 事業主

申請事業主：株式会社 両立商事

Table with 4 rows and 4 columns. Row 1: 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) | 平成 31 年 4 月 1 日 | ① 労働協約 | 2 就業規則. Row 2: 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) | 平成 31 年 4 月 1 日 | ① 労働協約 | 2 就業規則. Row 3: ② 保育サービス費用補助制度の規定年月日・種類 (該当する番号を○で囲む) | 平成 31 年 4 月 1 日 | ① 労働協約 | 2 就業規則. Row 4: ③ 子の看護休暇制度の導入時助成を受けているか。 | 1 有 | ② 無.

II. 労働者

※支給申請に係る労働者が複数人となる場合、<【育】様式第7号<続紙>>に記載してください。

Table with 9 main sections. Section 5: 労働者の属性. Section 6: 休業期間 (※育児休業 (産後休業含む) を1か月以上取得していることが条件) 及び復帰の状況. Section 7: 育児休業から復帰後の保育サービス利用実績. Section 8: 育休取得者本人確認欄. Section 9: 育児休業制度及び保育サービス費用補助制度について、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。

(裏面に続く)

< 支給申請額 >

企業規模 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業である ※本コースは、中小企業のみ支給対象となります。	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	本助成金の要件を満たす制度を新たに導入した時期 <input checked="" type="checkbox"/> 平成30年4月1日以降 <input type="checkbox"/> 平成30年3月31日以前
--	--	---

※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。

過去に同コース（職場復帰後支援）での保育サービス費用補助に係る支給申請の有無（今回の支給申請人数を除く。）「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
---	---

1. 制度導入時

支給単価 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業285,000円  ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業360,000円	=	支給申請額 (A) <b>285,000</b> 円	平成30年3月31日時点で本助成金の要件を満たした制度をすでに導入している場合、「2. 制度利用時」の助成のみ申請可能です。

※1事業主当たり1回限り。  
※既に子の看護休暇制度の導入に係る支給を受けた事業主は支給対象外。

2. 制度利用時

事業主負担額 <b>240,000</b> 円	×	助成率 <b>2 / 3</b>	=	支給申請額 (B) <b>160,000</b> 円
----------------------------	---	---------------------	---	-------------------------------

※最初の支給申請日から3年以内に5人まで支給対象。  
※1事業主当たり1年度につき200,000円（生産性要件を満たした事業主は240,000円）を上限とする。

---

支給申請合計額 (A) + (B) = **445,000** 円

育児休業等支援コース（職場復帰後支援）支給申請に係る労働者名簿

① 労働者の属性					
氏名	○山 ○子		雇用保険被保険者番号	1234-123456-1	
雇用契約期間	平成 26 年 4 月 1 日 ~ 年 月 日		雇用保険被保険者となった年月日 平成 26 年 4 月 1 日		
休業の対象となった子	氏名	○山 ○介		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 2 雇用契約書 3 その他（ ）	
	出生日	〇〇 元 年 7 月 12 日		出生日等の確認書類（該当する番号を○で囲む） ① 母子健康手帳の該当部分 2 健康保険証（※） 3 その他（ ） ※子が対象育児休業取得者の被扶養者である場合	
② 休業期間（※育児休業（産後休業含む）を1か月以上取得していることが条件）及び復帰の状況					
i 産後休業期間	〇〇 元 年 7 月 13 日 ~ 〇〇 元 年 9 月 6 日		休業取得前1か月分、育児休業期間分及び育児休業終了後6か月分の就労実績が分かる書類（該当する番号を○で囲む）		
ii 育児休業期間	〇〇 元 年 9 月 7 日 ~ 〇〇 元 年 10 月 31 日		① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳		
復帰日	〇〇 元 年 11 月 1 日 ~		3 その他（ ）		
育児休業取得者が提出した育児休業申出書の写しを添付しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		育児休業終了後、引き続き雇用保険の被保険者として6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か。 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
休業前後の状況	育児休業前		職場復帰後		
事業所	みなと支店		はるみ支店		
部署・係	営業課 法人営業担当		営業課 法人営業担当		
職務	みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施		みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施		
役職	チーフ		チーフ		
所定労働日数	週5日（土～水勤務、木金祝休み）		週5日（月～金勤務、土日祝休み）		
所定労働時間	8時間（9～18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）、土日勤務手当		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（本人希望であるか）	はるみ支店への異動は、保育所送迎等のため、自宅により近い事業所を希望したため。それに伴い職務内容も変更。所定労働日の変更は、土日は子を保育所に預けられないため、土日休みの勤務形態を希望したため。それに伴い土日勤務手当は不支給。				
③ 育児休業から復帰後の子の看護休暇取得実績					
看護休暇取得者が提出した休暇取得申出に係る書類の写しを添付しているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		看護休暇制度取得時間	計 30 時間	※取得日及び利用時間数がわかる資料を添付すること。（出勤簿又はタイムカード、賃金台帳） ※育児休業からの復帰後、6か月以内に20時間以上の利用があることが必要です。
④ 育児休業から復帰後の保育サービス利用実績					
対象育児休業取得者が保育サービスを利用する際に受領した領収書等及び申請事業主が当該保育サービス利用者に対して費用の一部又は全部を補助したことを証する書類を添付しているか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
保育サービスの内容	該当する番号を○で囲む。 1 ベビーシッター 2 一時預かり 3 ファミリーサポートセンター 4 家事支援サービス 5 その他（ ）		保育サービス利用額	計 円 うち、事業主が負担した額： 円 ※育児休業からの復帰後、6か月以内に3万円以上の事業主による利用補助があることが必要です。 ※保育サービスを利用した際の領収書等、及び当該サービス利用者に対して費用を補助したことを証明する書類を添付のこと。	
⑤ 育休取得者本人確認欄	上記については、記載のとおりです。 (署名又は記名押印) ○井 ○子 印			連絡先電話番号	03 - 0000 - 2222

再雇用者評価処遇コース 詳細

記載例

I. 事業主

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			
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)	平成 25 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)	平成 25 年 4 月 1 日	① 労働協約	2 就業規則
② 再雇用制度の整備			
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)	平成 28 年 4 月 1 日 (改正：平成 29 年 4 月 1 日)	1 労働協約	② 就業規則
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・配偶者の転勤が全て明記されているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	平成29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、平成29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。その場合、改正の年月日を記載してください。ただし、平成29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。
	退職者が、退職理由と再雇用の希望申出を登録する制度となっているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	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要です	
	離職期間の制限を置いているか。 (該当する番号を○で囲む。有の場合は当該期間)	① 有 ( 5 年 ) 2 無 ※有の場合、3年以上であることが必要	
	対象者を再雇用する場合に、退職前の勤務実績を評価して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 ※退職前と異なる雇用形態及び職種で雇用する場合は、退職前の配置、経験、勤続年数等を評価して賃金の格付けを決定している場合には、対象となります。	
	退職後の就業経験、能力開発の実績を評価して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 ※具体的には、退職から再雇用までの間に、他の事業主のもとで就業実績がある場合や、職業訓練の受講や資格取得等の実績がある場合に、当該実績を評価して処遇に反映させる場合に対象となります。	
再雇用後の中長期的な配置、昇進、昇給等の処遇について、職務や能力等が同等の他の労働者と比較して合理的な理由なく低く取り扱うものでない制度となっているか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※再雇用者の中長期的な処遇は退職前の勤務実績及び退職から再雇用までの就業経験、能力開発の実績を踏まえた取り扱いを検討すること。再雇用制度利用者の配置、昇進、昇給等を一律に制限するなどの場合は助成対象外です。		
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		
上記期間において、支給対象労働者を雇入れた事業所で雇用する雇用保険被保険者(※1)を、特定受給資格者となる離職理由(※2)により、当該再雇用に係る採用日における雇用保険被保険者数の6パーセントを超えて、かつ4人以上離職させているか。	<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、短期雇用特例被保険者及び日雇労働被保険者を除きます。

※2 「特定受給資格者となる離職理由」とは、雇用保険の離職票上の離職区分コード1A(解雇等)又は3A(勧奨退職の他、事業縮小や賃金大幅低下等による正当理由自己都合離職等)に該当する離職理由を指します。

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： 再雇用に係る採用年月日： 雇用保険被保険者となった年月日： (再雇用時)	○○ 年 7 月 1 日 平成 31 年 4 月 1 日 ○○ 年 7 月 1 日	再雇用者の評価 a 評価した要素 <input checked="" type="checkbox"/> 経験 <input type="checkbox"/> 能力 <input checked="" type="checkbox"/> 資格 <input type="checkbox"/> その他 (具体的内容) ○退職前4年半の営業事務職の業務経験 ○退職後に取得した「宅地建物取引士(宅地建物取引主任者)」の資格
(1回目申請時のみ) 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	「再雇用に係る採用年月日」と「期間の定めのない雇用契約日」は必ずしも一致しなくても差し支えありませんが、採用年月日から1年以内に期間の定めのない雇用契約を締結している必要があります。	
⑤ 退職時及び雇用履歴に関する情報			
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)	平成 23 年 4 月 1 日	iii 退職年月日 (被保険者資格喪失日)	平成 27 年 9 月 30 日
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 <input type="checkbox"/> その他 ( )	vi 退職理由及び再雇用希望 の確認書類	① 有 2 無	① 雇用希望者登録者名簿 ② 再雇用に係る申立書 3 その他 ( )
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、申請事業主と資本的・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6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へを参照してください。

(裏面に続く)



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 type="checkbox"/> 中小企業 <input checked="" 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 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; text-align: center; margin: 5px auto;">1</div> 人 ×	支給単価 <input type="checkbox"/> 中小企業 190,000円 <input checked="" 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) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; text-align: center; margin: 5px auto;">142,500</div> 円		対象労働者 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> 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) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> 円
---	---	---	---	--	--	--	---	--

2. 再雇用者2人目から5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 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> 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) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> 円		対象労働者 <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> 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) <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> 円
--	---	---	--	--	--	---	---	--

支給申請合計額  
 (A) + (C) + (D) 又は (B) + (C) + (D) の合計 = 142,500 円