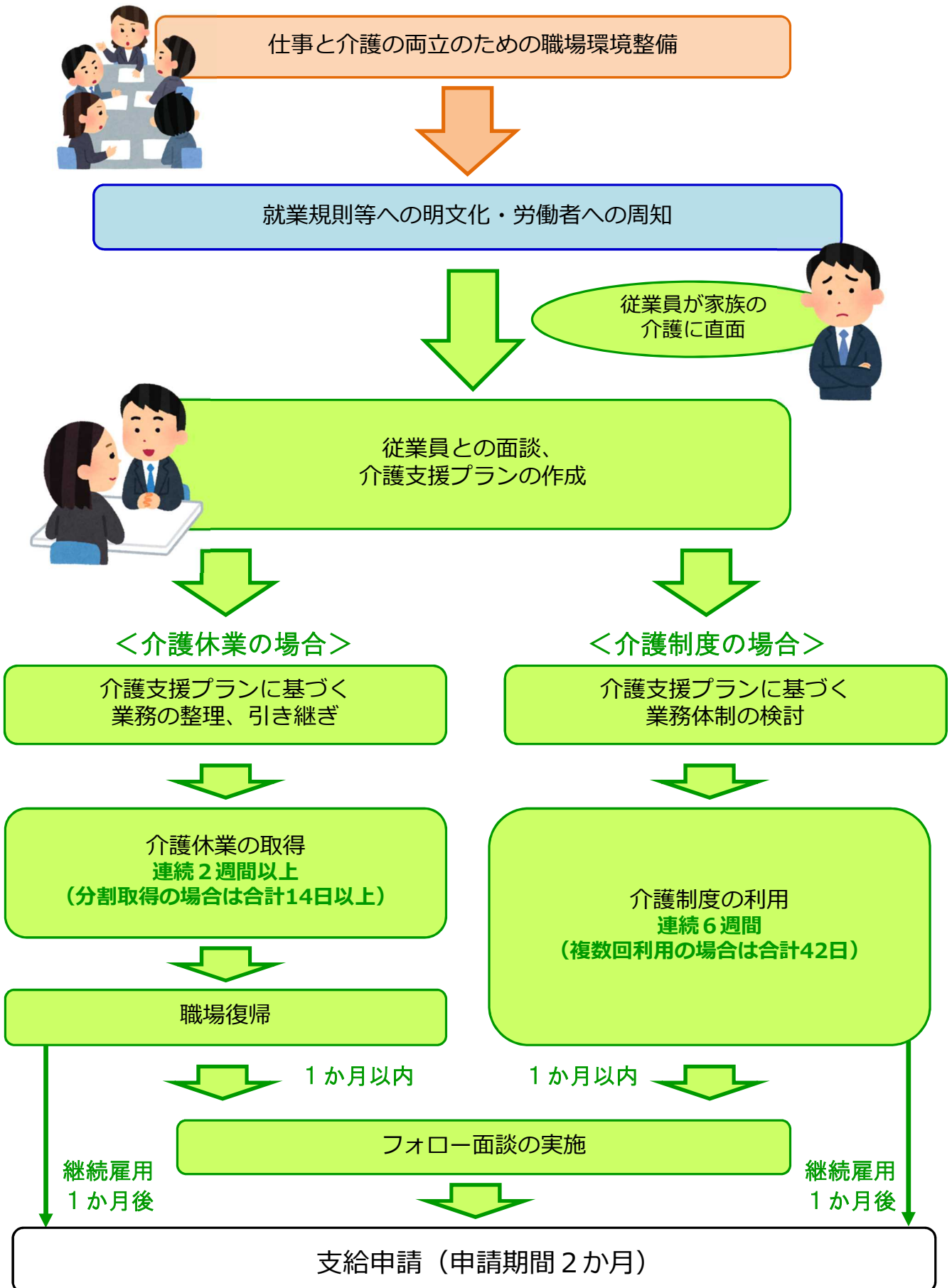


介護離職防止支援コース

支給申請までの流れ



1 次のAに掲げる全ての要件に該当しかつBまたはCに該当する対象労働者が生じた事業主が対象となります。

A 仕事と介護の両立のための職場環境整備

| チェック項目(下線部については、以下の「解説」を参照してください。) | ✓ |
|--|---|
| <p>① 「労働者の仕事と介護の両立に関する実態把握」のため、アンケート調査を行った。</p> <p>(注) 平成27年4月1日以降に厚生労働省が指定する所定の調査票（(介)参考様式1）を使用して実施したものが対象です。アンケート項目を減らした場合は対象とはなりません。</p> <p>調査対象は、原則として雇用する雇用保険被保険者全員としてください。ただし、常時雇用する雇用保険被保険者が100人以上の事業主は少なくとも100人以上を調査対象としてください。</p> <p>アンケートは、回収率が3割以上または回収数が100以上であることが必要です。アンケート実施後は、結果を集計し、「介護離職防止支援コースアンケート結果報告書」（【介】様式第2号）に取りまとめてください。</p> | |
| <p>② 厚生労働省が指定する資料（(介)参考様式2）により自社の仕事と介護の両立支援制度の周知状況を把握し、制度内容を確認した上で、自社の介護休業関係制度について見直しを行い、育児・介護休業法に沿った制度を導入した。</p> <p>(注) すでに育児・介護休業法に沿った制度を導入しており、検討の結果、見直しを要しないと判断した場合は、新たな制度の導入は不要です。</p> | |
| <p>③ 「介護に直面する前の労働者への支援」のため、次のa、bのいずれも実施した。</p> <p>a <u>人事労務担当者等による社内研修の実施</u></p> <p>b <u>仕事と介護の両立支援制度等の周知</u></p> <p>(注) 平成28年4月1日以降に実施したものが対象です。</p> <p>a、bいずれも厚生労働省が指定する所定の資料（aは(介)参考様式3、bは(介)参考様式4）を使用してください。a、bの資料いずれについても自社の仕事と介護の両立支援制度を記載する必要があります。</p> <p>研修終了後は、「介護離職防止支援コース 研修実施結果書（【介】様式第3号）に記録してください。</p> | |

| | |
|---|--|
| <p>④ 「介護に直面した労働者の支援」のため、仕事と介護の両立に関する相談窓口を設置し、全労働者に周知した。</p> <p>(注) 相談窓口は、全ての事業所に設置する必要はありませんが、担当者の氏名、電話番号・メールアドレス等の相談先が特定でき、全ての労働者が相談できる体制になっていることが必要です。</p> <p>相談窓口担当者は③aの社内研修を受講する（担当者が社内研修の説明者である場合、社外の担当者が相談窓口となる場合を除く）とともに、<u>厚生労働省が指定する所定の資料（（介）参考様式5）</u>により、相談対応のポイントを事前に確認してください。</p> <p>周知については、③bの<u>厚生労働省が指定する所定の資料（（介）参考様式4）</u>を使用し、雇用する全ての労働者を対象に実施してください。</p> | |
| <p>⑤ 介護休業の取得及び職場復帰並びに介護休業関係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旨をあらかじめ規定し、労働者へ周知している。</p> <p>(注) この規定及び周知は、支給対象労働者の介護休業開始日または制度利用開始日の前日までに実施してください。</p> | |
| <p>⑥ ①～⑤の実施後、Bの介護休業を取得するまたはCの介護制度を利用する労働者が生じ、当該労働者に所定の措置を講じている。</p> | |

【下線部についての解説】

(1) 厚生労働省の指定する所定の調査票・資料とは

「介護離職を予防するための両立支援対応モデル」に基づく資料です。厚生労働省HPの以下のページ（「事業主の方への給付金のご案内」）の「支給申請書」欄の「介護離職防止支援コース」の「（介）参考様式1～6」が該当します。ダウンロードしてご利用ください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/shokuba_kosodate/ryouritsu01/

または、厚生労働省HP トップページから「両立支援等助成金」で検索

(2) 介護休業関係制度とは

アンケート調査の結果を踏まえ、自社の制度を見直し、育児・介護休業法に沿った規定を整備することが必要です（育児・介護休業法に規定する内容に依る旨の規定のみでは不十分です）。育児・介護休業法第2条第2号に規定する介護休業、同法第16条の5に規定する介護休暇、同法第16条の9により準用する同法第16条の8に規定する所定外労働の制限、同法第18条第1項において準用する同法第17条に規定する時間外労働の制限、同法第20条第1項において準用する同法第19条に規定する深夜業の制限及び同法第23条第3項に規定する所定労働時間の短縮等の措置（介護のための短時間勤務、時差出勤などの制度）の6つ全ての制度を指します。

就業規則等への規定例は次のページをご参照ください。

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/koyoukintou/pamphlet/>

(3)人事労務担当者等による研修とは

次の全てを満たす研修をいいます。

①事業主（企業）単位で企画、実施していること。

(助成金の対象とならない研修例)

- ・複数社が合同で行う研修であって、企業ごとの分科会も行われないもの
- ・外部研修への参加
- ・外部講師等が同じビデオ映像等の一部または全部を複数の事業主に対して提供・使用した研修

②雇用保険被保険者の8割以上の労働者が受講していること。

ただし、常時雇用する雇用保険被保険者数が100人以上の場合は、被保険者である受講者数80人以上であれば対象とします。

③研修時間が1時間以上であること。

④厚生労働省が指定する所定の資料（（介）参考様式3）を使用していること。

「当社の仕事と介護の両立支援制度」のページについては、介護休業関係制度について、就業規則と同様の内容を資料による一覧表の形式で作成のうえ説明してください。記載スペース等の都合で制度の詳細を省略する場合は、省略したことを明記してください（例：制度対象者の詳細は就業規則〇条参照 など）

⑤人事労務担当者等の説明者が資料の内容を説明していること。

外部講師に依頼することは差し支えありませんが、各企業の介護に関する制度整備状況、利用状況、社員の年齢構成、介護の見込みなどについて、アンケートの実施結果などを踏まえた内容で行ってください。

⑥研修時間内に質疑応答ができること。

本社で行った研修を録画して各支店で視聴するなど、研修の説明を受講者との対面で行っていない場合は、受講者に厚生労働省が指定する所定のフォローアップ調査票（（介）参考様式6）を配布し、回収してください。フォローアップ調査票の回収数を受講者数とします。（この場合も、支店等の人事労務担当者等による質疑応答ができる体制にしてください。）

(4)仕事と介護の両立支援制度等の周知とは

1③bの「仕事と介護の両立支援制度の周知」、1④「相談窓口の周知」の両者をあわせて、厚生労働省が指定する所定の資料（（介）参考様式4）を使用の上、長期休業者等を除き、原則として雇用する全ての労働者に対して実施してください。

(5)介護休業の取得及び職場復帰並びに介護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旨の規定と労働者への周知

以下を参考にして、介護休業関係制度利用マニュアルや介護休業に関する規程に規定し、社内報などにより労働者に周知してください。

(就業規則への規定例)

第〇条 円滑な取得及び職場復帰支援

会社は、育児休業または介護休業等の取得を希望する従業員に対して、円滑な取得及び職場復帰を支援するために、当該従業員毎に育休復帰支援プランまたは介護支援プランを作成し、同プランに基づく措置を実施する。なお、同プランに基づく措置は、業務の整理・引き継ぎに係る支援、育児休業中または介護休業中の職場に関する情報及び資料の提供など、育児休業または介護休業等を取得する従業員との面談により把握したニーズに合わせて定め、これを実施する。

B 介護休業

| チェック項目(下線部については、以下の「解説」を参照してください。) | ✓ |
|---|---|
| <p>① <u>介護休業を同一の対象家族について連続2週間以上または合計14日以上取得し、職場復帰した雇用保険被保険者であり、当該介護休業開始日の1か月以上前から雇用保険被保険者として雇用している。</u></p> <p>(注) 支給対象となる介護休業については、事業主が労働協約または就業規則に規定する介護休業制度の範囲内であることが必要です。</p> | |
| <p>② <u>対象家族の要介護の事実について把握後、介護休業の開始日の前日までに、対象介護休業取得者の上司または人事労務担当者と対象介護休業取得者が少なくとも1回以上面談(初回面談またはプラン策定面談)を実施した上で、結果について記録し、対象介護休業取得者のための介護支援プランを作成している。</u></p> <p>(注) 【介】様式第4号「プラン策定面談シート兼介護支援プラン」を使用してください。対象家族の状況等により対象介護休業取得者との面談が困難な場合には、電話、メール等による相談・調整の結果を記録することで差し支えありません。</p> | |
| <p>③ <u>作成した介護支援プランに基づき、対象介護休業取得者の介護休業の開始日の前日までに業務の引き継ぎを実施している。</u></p> <p>(注) 対象家族の状況等により対象介護休業取得者との対面による引き継ぎが困難な場合には、電話、メール、書面による引き継ぎでも差し支えありません。</p> | |
| <p>④ <u>対象介護休業取得者を、介護休業終了後、上記②の面談結果を踏まえ、原則として原職等に復帰している。</u></p> | |
| <p>⑤ <u>対象介護休業取得者の介護休業終了後に、上司または人事労務担当者と対象介護休業取得者がフォロー面談を実施し、その結果を記録している。</u></p> <p>(注) フォロー面談は、連続2週間以上または合計14日以上介護休業取得後、職場復帰した日から1か月以内に実施してください。</p> | |
| <p>⑥ <u>対象介護休業取得者を、介護休業終了後、引き続き雇用保険の被保険者として1か月以上雇用しており、さらに支給申請日において雇用している。</u></p> <p>(注) 介護休業終了日の翌日から起算して1か月の間において、<u>一定の就労実績</u>があることが必要です。詳細はP34をご参照ください。</p> | |

【下線部についての解説】

(1)介護休業とは

育児・介護休業法第2条第2号に規定する介護休業をいいます。

また、休業期間、取得回数、要介護状態、対象家族の範囲などにおいて法律を上回る取り扱いを労働協約または就業規則に規定している場合は、当該介護休業も対象となります。

(2)連続2週間以上または合計14日以上とは

育児・介護休業法においては、介護休業は同一の対象家族について93日を上限として3回まで分割して取得することができます。

介護休業を連続2週間以上取得した場合または分割取得により合計14日以上取得した場合に助成金の対象となります。

(3)介護支援プランとは

事業主が作成する、雇用する労働者の介護休業の取得及び職場復帰を円滑にするための措置を定めたプランをいいます。介護休業に係る介護支援プランには少なくとも次の措置を盛り込んでください。

- ・介護休業取得者の円滑な介護休業取得のための措置として、介護休業取得者の業務の整理、引継ぎに関する措置

※介護支援プランの作成の際には、「介護支援プラン」策定マニュアルを参考にしてください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/model.html

※無料で介護支援プラン策定のノウハウを持つ「介護プランナー」の支援も受けられます。希望される場合はお問い合わせください。

<http://ikuji-kaigo.com/kaigo.html>

※「介護支援プラン」策定マニュアルを活用したものや、「介護プランナー」による支援を受けたものであっても、本助成金の要件を満たしていないプランは支給対象外です。

(4)面談の実施とは

介護休業等の取得予定者が介護休業等を開始する日の前日までに、介護支援プランの作成及び同プランに基づく業務の整理、引き継ぎなどを行う必要があります。

このため、家族が要介護状態になり、当面の対応を検討するための「初回面談」、仕事と介護の両立のための働き方等を検討するための「プラン策定面談」は介護支援プラン策定前に実施する必要があります。介護の状況により様々なケースが考えられますが、介護休業等の開始日の前日までにプラン策定のための面談を最低1回実施して記録してください。

なお、面談や電話、メール等による相談・調整の実施・記録がなく介護休業等を開始した場合には、助成金の対象にはなりません。

(5)原職等とは

P39（育児休業等支援コース（代替要員確保時）の解説）をご参照ください。

(6) 面談結果を踏まえ、介護休業取得者を原則として原職等に復帰とは

介護休業後は、原則として原職等に復帰させることが必要です。ただし、介護休業取得者の希望により、原職等に復帰しない場合には、面談の記録により本人の希望する職場復帰が確認できることが必要です。

(7) フォロー面談とは

介護休業からの職場復帰後1か月以内に、今後の仕事と介護の両立のために労働者が希望する働き方、事業主が配慮すべき事項等を確認するために面談を実施し、記録してください。

C 介護制度

| チェック項目(下線部については、以下の「解説」を参照してください。) | ✓ |
|---|---|
| <p>① 次の介護制度を同一の対象家族について連続6週間以上または合計42日以上取得した雇用保険被保険者であって、当該介護制度利用開始日の3か月以上前から申請事業主の雇用保険被保険者として雇用され、申請に係る介護制度利用開始日の前日以前3か月間において、申請に係る介護制度を利用していない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所定外労働の制限制度 ・ 深夜業の制限制度 ・ 時差出勤制度 ・ 短時間勤務制度 <p>(注) 支給対象となる介護制度については、事業主が労働協約または就業規則に規定する介護制度の範囲内であることが必要です。</p> | |
| <p>② 対象家族の要介護の事実について把握後、介護制度利用開始日の前日までに、対象介護制度利用者の上司または人事労務担当者と同対象介護制度利用者が少なくとも1回以上面談（初回面談またはプラン策定面談）を実施した上で、結果について記録し、対象介護制度利用者のための介護支援プランを作成している。</p> <p>(注) 【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」を使用してください。対象家族の状況等により対象介護制度利用者との面談が困難な場合には、電話、メール等による相談・調整の結果を記録することで差し支えありません。</p> | |
| <p>③ 作成した介護支援プランに基づき、対象介護制度利用者の介護制度利用開始日の前日までに当該介護制度利用期間中の業務体制の検討を実施している。</p> | |
| <p>④ 対象介護制度利用者の連続6週間または合計42日の介護制度利用期間後に、上司または人事労務担当者と同対象介護制度利用者がフォロー面談を実施し、その結果を記録している。</p> <p>(注) フォロー面談は、連続6週間または合計42日の介護制度利用期間の最終日の翌日から1か月以内に実施してください。</p> | |
| <p>⑤ 対象介護制度利用者を、連続6週間または合計42日の介護制度利用期間後、引き続き雇用保険の被保険者として1か月以上雇用しており、さらに支給申請日において雇用している。</p> | |

【下線部についての解説】

(1) 介護制度とは

① 所定外労働の制限制度

育児・介護休業法第16条の9により準用する同法第16条の8に規定する所定労働時間を超えて労働させない制度

② 時差出勤制度

育児・介護休業法第23条第3項及び同法施行規則第74条第3項第2号により準用する同規則同条第2項第2号に規定する1日の所定労働時間を変更することなく始業または終業の時刻を繰り上げまたは繰り下げる制度及び同法第24条第2項の規定によりこの措置に準じて講ずることとされる措置

③ 深夜業の制限制度

育児・介護休業法第20条により準用する同法第19条に規定する深夜（午後10時から午前5時）において労働させない制度

④ 短時間勤務制度

育児・介護休業法第23条第3項及び同法施行規則第74条第3項第1号に規定する所定労働時間を短縮する制度のうち、1日の所定労働時間を短縮する制度

※利用期間、取得回数、要介護状態、対象家族の範囲などにおいて法律を上回る取り扱いを労働協約または就業規則に規定している場合は、当該介護制度も対象となります。

(2) 連続6週間以上または合計42日以上とは

介護制度を連続6週間以上取得した場合または複数回の利用により合計42日以上取得した場合に助成金の対象となります。1回の勤務が2暦日にわたる場合は、当該勤務を1日とします。

上記(1)①～④の介護制度を2つ以上利用した場合、それぞれの期間を合算することができます。ただし、同一期間に2つ以上の制度を同時に利用した場合、当該期間については、いずれか1つの制度を利用したものとして取り扱います。

(3) 申請に係る介護制度利用開始日の前日以前3か月間において、申請に係る介護制度を利用していない労働者

助成金においては、介護制度の利用による一定の効果を求めるという趣旨から、介護制度利用開始日の前日以前3か月間に、申請に係る介護制度の利用実績がある労働者は対象とはなりません。また、同期間に事業場外労働のみなし労働時間制、裁量労働制が適用されていた労働者及び管理監督者については対象とはなりません。

このような趣旨から、次に該当する労働者を助成金の対象とします。

① 所定外労働の制限制度

制度利用開始日の前日以前3か月間の月平均所定外労働時間が20時間以上の労働者

② 時差出勤制度

1日の所定労働時間を変更することなく始業または終業時刻を1時間以上繰り上げまたは繰り下げる制度を利用する労働者

③深夜業の制限制度

交代制勤務等により所定内労働時間に深夜が含まれる労働者であり、制度利用開始日の前日以前3か月間のうち12日以上深夜を含む勤務実績がある労働者

④短時間勤務制度

1日の所定労働時間が7時間以上であり、所定労働時間を1時間以上短縮する制度を利用する労働者

※ ただし、次のいずれかに該当する場合は支給対象とはなりません。

- a 裁量労働制、事業場外労働のみなし労働時間制、変形労働時間制が適用される労働者が、当該労働時間制度を利用している場合（当該労働時間制度を規定している場合でも、短時間勤務制度利用者には適用しないことを明記している場合は助成金の対象となります。）。
- b 短時間勤務の利用に当たって、正規雇用労働者であった者が、それ以外の雇用形態に変更されている場合（本人の希望によるものも含む）。
- c 労働協約または就業規則において短時間勤務を利用した場合の始業・終業時刻を特定することができず、かつ、始業・終業時刻の決定方法について定めがない場合。

(4)介護支援プランとは

事業主が作成する、雇用する労働者が介護制度を円滑に利用するための措置を定めたプランをいいます。介護制度に係る介護支援プランには少なくとも次の措置を盛り込んでください。

- ・介護制度利用者の介護制度利用期間中の業務体制の検討に関する措置

※介護支援プランの作成の際には、「介護支援プラン策定」マニュアルを参考にしてください。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyoukintou/ryouritsu/model.html

※無料で介護支援プラン策定のノウハウを持つ「介護プランナー」の支援も受けられます。希望される場合はお問い合わせください。

<http://ikuji-kaigo.com/kaigo.html>

※「介護支援プラン」策定マニュアルを活用したものや、「介護プランナー」による支援を受けたものであっても、本助成金の要件を満たしていないプランは支給対象外です。

(5)面談の実施とは

P18をご参照ください。

(6)フォロー面談とは

介護制度を連続6週間利用後または合計42日利用後、介護制度利用に係る課題、今後の仕事と介護の両立のために労働者が希望する働き方、事業主が配慮すべき事項等を確認するために面談を実施し、記録してください。

<介護制度利用期間における勤務実績要件について>

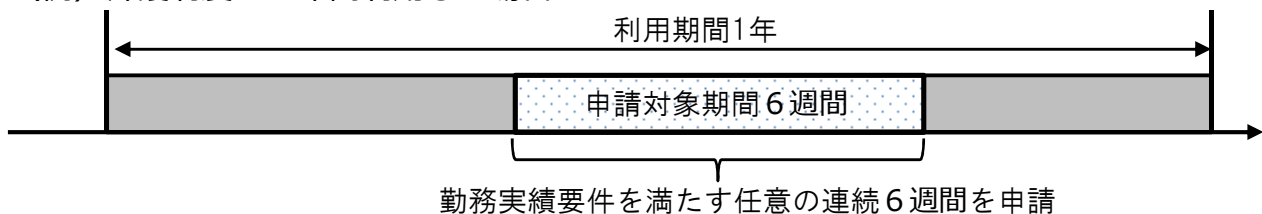
介護制度利用期間の連続6週間または合計42日における1か月ごとの所定労働日数のうち、5割以上就労し、就労した日数の8割以上、労働協約または就業規則に規定した介護制度どおりに勤務したこと（以下「勤務実績要件」という。）が確認できることが必要です。

①制度どおりの勤務実績の確認

連続6週間の介護制度利用期間を申請する場合で、介護制度利用期間が6週間を超える場合は、任意の6週間を抽出して申請することができます。（例）

合計42日の介護制度利用期間を申請する場合は、1回の制度利用期間ごとに勤務実績要件を確認します。介護制度利用期間の合計が42日を超え、かつ1回の介護制度利用期間が1か月を超える場合は、連続する1か月以上の任意の期間を抽出して申請することができます。

（例）介護制度を1年間利用した場合



②制度どおりに勤務したと判断しない場合

次の場合は、制度どおりに勤務したものとは取り扱いません。また、勤務日における出勤時刻、退勤時刻の記録がない場合には助成金の対象とはなりません。

①所定外労働の制限制度

- a 所定の終業時刻から15分以降の時刻に退勤した記録がある日
- b 制度利用期間の所定外労働時間が、制度利用開始日の前日以前6週間の所定外労働時間以上の場合（※次頁参照）

②時差出勤制度

- a 始業時刻及び終業時刻を繰り上げる場合
所定の終業時刻から15分以降の時刻に退勤した記録がある日
- b 始業時刻及び終業時刻を繰り下げる場合
所定の始業時刻から15分以前の時刻に出勤した記録がある日

③深夜業の制限制度

- a 深夜（午後10時～午前5時）に就労した記録がある日
- b 制度利用期間の深夜に就労した日数が、制度利用開始日の前日以前6週間の深夜に就労した日数以上の場合（※次頁参照）

④短時間勤務制度

- a 所定の終業時刻から15分以降の時刻に退勤した記録がある日
- b 1日の所定労働時間を短縮しているものの、週または月の所定労働時間が短縮されていない場合
- c 制度利用期間の時間当たりの基本給等（職務手当及び資格手当等の諸手当、賞与を含む。）の水準及び基準が、制度利用前より下回る場合

(※) 制度利用前の勤務実績との比較

①所定外労働の制限制度、③深夜業の制限制度については、制度利用開始日前6週間の勤務実績【A】（所定外労働時間、深夜に就労した日数）を制度利用期間中の勤務実績【B】が下回ることを要件です。

（例：所定外労働の制限制度を連続6週間利用した場合）

○制度利用前の6週間の所定外労働時間【A】：67時間

○制度利用期間中6週間の所定外労働時間【B】：15時間

制度利用前の実績【A】 > 制度利用期間の実績【B】 支給要件を満たします。

○複数制度を合算して申請する場合

複数制度の利用期間を合算して申請する場合、1つの制度利用期間が42日未満になることから、勤務実績を制度利用前6週間前の勤務実績と単純比較できないため、次の方法により制度利用開始前6週間の勤務実績を制度利用期間分に換算して比較します。

$$\text{利用前実績【A】} = \text{制度利用開始日前6週間の勤務実績} \times \frac{\text{制度利用期間}}{42\text{日}}$$

（小数点未満切り上げ）

2 受給できる額

生産性要件を満たした場合は< >の額を支給

中小企業事業主の定義はP3、生産性要件についてはP4を参照して下さい。

B 介護休業

1 企業当たり2人（※）まで

1人につき38万円<48万円>

（中小企業は57万円<72万円>）

C 介護制度

1 企業当たり2人（※）まで

1人につき19万円<24万円>

（中小企業は28.5万円<36万円>）

（※）有期契約労働者、期間の定めのない労働者1人ずつ

3 受給の手続き

✓ 申請期限

B 介護休業

介護休業終了日の翌日から起算して1か月経過する日の翌日から2か月以内

C 介護制度

制度開始日から起算して6週間を経過する日または合計42日の介護制度利用期間の最終日の翌日から1か月経過する日の翌日から2か月以内

✓ 申請先

申請事業主の本社等（人事労務管理の機能を有する部署が属する事業所）の所在地を管轄する都道府県労働局雇用環境・均等部（室）

※郵送の場合は簡易書留で送付してください。

※申請期間内に労働局に到達していることが必要ですのでご注意ください。

✓ 必要書類

次の全ての書類

ただし、*の書類は、過去に両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）の支給申請において当該書類を提出し、その後変更のない場合は、「提出を省略する書類についての確認書」（【介】様式第1号⑤）に記載・提出のうえ、省略することができます。

| 提出書類（B 介護休業） | ✓ |
|---|---|
| ①「介護離職防止支援コース（介護休業）支給申請書」（【介】様式第1号①②）の原本及び支給要件確認申立書（共通要領様式第1号）の原本 | |
| ②実態把握に使用したアンケート調査票（（介）参考様式1）（回答済みのものの写し1人分）及び「両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）アンケート調査結果報告書」（【介】様式第2号）（写）* | |
| ③制度設計・見直し前に人事労務担当者等が確認した「仕事と介護の両立支援制度を周知しようチェックリスト」（（介）参考様式2）（写）* | |
| ④社内研修に使用した資料（（介）参考様式3）、「両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）研修実施結果書」（【介】様式第3号）、受講者名簿（任意様式）、その他研修の実施状況が分かる資料（研修案内、研修受講時の写真等）（写）* （※）社内研修の説明を受講者との対面で行っていない場合は、フォローアップ調査票（参考様式6）（回答済みのもの事業所ごとに各1人分） | |
| ⑤「仕事と介護の両立支援制度の周知」、「仕事と介護の両立に関する相談窓口の周知」に使用した資料（（介）参考様式4）及び周知を行った日付が分かる書類（写） | |
| ⑥相談窓口担当者が確認した「相談窓口担当者用チェックリスト」（（介）参考様式5）（写） | |

| 提出書類（B 介護休業）（続き） | ✓ |
|--|---|
| <p>⑦労働協約または就業規則及び関連する労使協定（写）＊ 育児・介護休業法に規定する介護休業関係制度を規定していることが確認できる部分（上記以外で育児・介護休業法に規定する介護休業関係制度以外の独自の仕事と介護の両立のための制度を規定している場合は当該部分も含む。） 具体的には、本社等及び支給対象労働者が生じた事業所の労働協約または就業規則及び関連する労使協定を添付すること。ただし、本社等と異なる介護休業関係制度の規定を定める事業所がある場合はその事業所の労働協約または就業規則の写しも含む。 （※）就業規則の作成及び労働基準監督署への届出義務のない常時10人未満の労働者を雇用する事業主の場合で、就業規則の作成・届出をしていない場合は、制度の措置が明文により定められており、労働者に周知されていることを確認できる書類（労働者代表の署名があるものに限り。）を添付すること。</p> | |
| <p>⑧申請事業主において、介護休業の取得及び職場復帰並びに介護休業関係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ていること及び日付が確認できる書類（A）及び労働者へ周知されたこと、日付が分かる書類（B）（写）＊ （Aの例：実施要領、通達、マニュアル、介護休業規程等） （Bの例：社内報、イントラネットの掲示板等の画面を印刷した書類等）</p> | |
| <p>⑨支給対象労働者に係る「仕事と介護の両立支援 面談シート兼介護支援プラン」（【介】様式第4号）（写）＊</p> | |
| <p>⑩支給対象労働者の介護休業関係制度に係る対象家族が要介護状態であることが確認できる書類（写）＊ （例：対象家族に係る介護保険の被保険者証（要介護認定結果の記載のある部分）、医師等が交付する証明書類）</p> | |
| <p>⑪支給対象労働者の介護支援プランの策定日における雇用期間の定めが確認できる書類（支給対象労働者の労働条件通知書または雇用契約書等）＊</p> | |
| <p>⑫支給対象労働者の介護休業申出書（介護休業の期間が変更されている場合は介護休業期間変更申出書）（写）</p> | |
| <p>⑬支給対象労働者の介護休業期間前後の就労実績が確認できる書類（写） （例：介護休業取得者の出勤簿またはタイムカード及び賃金台帳）（介護休業前1か月分、介護休業期間1か月分（または30日分）及び介護休業終了後1か月分）</p> | |
| <p>⑭支給対象労働者の介護休業からの復職後1か月分の所定労働日が確認できる書類（写） （就業規則、雇用契約書または労働条件通知書及び会社カレンダー、シフト表等）</p> | |
| （以下は、生産性要件の適用を希望する場合のみ必要です） | |
| <p>⑮生産性要件算定シート（共通要領様式第2号）及び算定の根拠となる証拠書類（損益計算書、総勘定元帳など）</p> | |
| <p>⑯（生産性要件算定シートによる計算の結果、生産性の伸びが6%未満の場合）与信取引等に関する情報提供に係る承諾書（共通要領様式第3号）</p> | |

| 提出書類（C 介護制度） | | ✓ |
|---|--|---|
| ①「介護離職防止支援コース（介護制度）支給申請書」（【介】様式第1号③④）の原本及び支給要件確認申立書（共通要領様式第1号）の原本 | | |
| ②「B 介護休業」の②～⑪の書類（写）* | | |
| ③支給対象労働者の介護制度利用申出書（介護制度利用期間が変更されている場合は介護制度利用期間変更申出書）（写） | | |
| ④支給対象労働者の就労実績及び制度利用期間において制度に定められたとおりに就労したことが確認できる出勤・退勤時刻が記録された書類（写） （制度利用前3か月分、制度利用期間6週間分（または複数回利用の場合42日分）及び制度利用開始日から6週間を経過する日（または複数回制度利用の場合は合計42日の最終日）の翌日から1か月分（「制度利用開始日の前日以前3か月間」に産前産後休業、育児休業または介護休業期間が含まれる場合は、「当該休業開始日の前日以前3か月分」も必要） （例：出退勤記録簿またはタイムカード） | | |
| ⑤支給対象労働者の制度利用期間6週間分（または42日分）の所定労働日及び所定労働時間が確認できる書類（写） （雇用契約書または労働条件通知書及び会社カレンダー、シフト表（深夜業の制限制度を申請する場合）等） | | |
| ⑥支給対象労働者が短時間勤務を利用した場合は、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（写） （短時間勤務制度利用前後の賃金台帳（制度利用前3か月分及び制度利用期間6週間分（または42日分）のもの）、賃金取扱を定めた規定） （※）短縮した時間分の賃金を減額している場合は、減額計算について説明した資料（任意様式） | | |
| （以下は、生産性要件の適用を希望する場合のみ必要です） | | |
| ⑦生産性要件算定シート（共通要領様式第2号）及び算定の根拠となる証拠書類（損益計算書、総勘定元帳など） | | |
| ⑧（生産性要件算定シートによる計算の結果、生産性の伸びが6%未満の場合）与信取引等に関する情報提供に係る承諾書（共通要領様式第3号） | | |

介護離職防止支援コース(介護休業)詳細

I. 事業主

| | | | |
|---|----------------------------------|--|---|
| ① 介護休業関係制度(※)の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む) ※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。 | | 平成 30 年 6 月 1 日 | 1 労働協約 ・ 2 就業規則 ※周知の方法(社内研修・厚生労働省が指定する資料により周知) |
| ② 介護支援プラン関係 | | 平成 30 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 30 年 4 月 1 日 | 1 社内報 ・ 2 イン트라ネット 3 その他() |
| ③ 仕事と介護の両立に関する実態把握 | | | |
| アンケート実施時期(介)参考様式1 | ※アンケート実施日 平成 30 年 4 月 13 日 | 調査対象者数 45 人 | アンケート回収率(回収数) 43 人 (96%) |
| アンケートの取りまとめを行っている【介】様式第2号 | | ■ はい □ いいえ | |
| 制度設計・見直し | | | |
| 介護に直面する前の労働者への支援 | | 平成 30 年 4 月 27 日 | 研修実施後、「研修実施結果書」(【介】様式第3号)に記録している |
| チェックリストによる把握を行っている(介)参考様式2 | ■ はい □ いいえ | 「仕事と介護の両立セミナー」に基づく社内研修の実施時期(介)参考様式3 | ■ はい □ いいえ |
| その他研修実施状況が分かる資料 | 1 研修案内 2 研修受講時の写真 3 その他() | (研修の説明を受講者との対面で行っていない場合のみ)社内研修のフォローアップ調査票の添付 | ■ 有 □ 無 |
| 介護に直面した労働者への支援 | | 平成 30 年 5 月 7 日 | 厚生労働省が指定する資料「仕事と介護の両立準備ガイド」(介)参考様式4)に基づく周知の実施時期 |
| 仕事と介護の両立に関する相談窓口を設置し、原則として雇用する全ての労働者に周知している(※)参考様式4 | ■ はい □ いいえ | 相談窓口担当が上記研修を受講している | ■ はい □ いいえ (窓口担当が社内) □ いいえ (窓口担当が社外) |
| 「相談窓口担当者用チェックリスト」により、相談対応のポイントを確認している(※)参考資料5 | | ■ はい □ いいえ | |

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。

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 | | 休業の対象となった家族 | |
| 氏名 | ○山 ○太郎 | 氏名 | ○山 ○子 |
| 雇用保険被保険者番号 | 1111-111111-1 | 労働者との続柄 | 実母 |
| 介護支援プラン策定日における雇用期間の定め | □ 無 ■ 有 平成 28 年 4 月 1 日 ~ 平成 31 年 3 月 31 日 (確認書類 1 労働条件通知書 ・ 2 雇用契約書 ・ 3 その他()) | 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(要介護認定結果の記載のある部分) 2 医師等が交付する証明書類 3 その他() |
| 雇用保険被保険者となった年月日 | 平成 28 年 4 月 1 日 | | |
| ⑤ 介護休業取得者との面談、介護支援プランの作成 | | | |
| 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」) | ■ はい □ いいえ | 当該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」) | ■ はい □ いいえ |
| 介護支援プランの作成日 | 平成 30 年 9 月 19 日 | 面談の実施日 | 平成 30 年 9 月 13 日 |
| 初回面談の実施日 | 平成 30 年 9 月 13 日 | 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。 | ■ はい □ 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 | 面談の実施日より後の日に作成されていること。 本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。 |
| ⑥ 業務の整理、引き継ぎの実施 | | | |
| 引継を行った日 | 平成 30 年 10 月 1 日 | 引継確認者 | 左記については、記載のとおりです。 |
| 引継の確認を行った者 | ▲川 ▲助 | 連絡先電話番号 | 03-0000-2222 (署名又は記名押印) ▲川 ▲助 印 |
| ⑦ 介護休業の取得実績(※連続2週間以上又は分割取得の場合は合計14日以上であることが条件) | | | |
| 介護休業期間 | 1 平成 30 年 10 月 11 日 ~ 平成 30 年 10 月 17 日 2 平成 30 年 10 月 23 日 ~ 平成 30 年 10 月 29 日 3 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 4 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 5 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ※上記で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 | 0 ヶ月 14 日 |
| 休業申出に関する書類の添付 | ■ はい □ いいえ | 休業期間前後の就業実績の確認書類(該当する番号を○で囲む) | 1 出勤簿 ・ 2 タイムカード ・ 3 賃金台帳 4 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() |

(裏面に続く)

<【介】様式第1号②(裏)>

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---------------------------------|---|---|
| ⑧ | 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1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 <input type="checkbox"/> いいえ | | 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 ・ 2 それ以外 |
| | 復帰日 | 平成30年10月30日 | | | 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 ・ 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。 | | 介護休業前 | | 職場復帰後 | |
| | | | みなと支店 | | みなと支店 | |
| | 休業前後の状況 | 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(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(9～18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 | | 賞与は人事課による査定あり 夏季休暇(7～9月に5日間) | | 賞与は人事課による査定あり 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 | | - | | | | |
| 介護休業終了日の翌日から起算して1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0302を参照してください。 | | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | | | |
| フォロー面談を行った日 | 平成30年11月15日 | フォロー面談者 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 |
| フォロー面談を行った者 | △田 △吉 | (所属) | 総務部 人事課 | | (署名又は記名押印) | △田 △吉 印 |
| ⑨ | 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 | |

| | | |
|---|--|---|
| ⑩ | 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 <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 | 過去に、介護支援取組助成金の支給を受けたことがあるか | <input type="checkbox"/> 有 <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。

| | | |
|-------|---|-----------|
| 対象労働者 | 支給単価 | 支給申請額 |
| 1 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 57万円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 38万円 ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業 72万円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 48万円 | 570,000 円 |

介護離職防止支援コース (介護制度) 詳細

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。

I. 事業主

| | | | |
|---|--|---|--|
| ① | 介護休業関係制度 (※) の規定年月日・種類 (該当する番号を○で囲む) ※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。 | 平成 30 年 6 月 1 日 | 1 労働協約 ・ 2 就業規則 ※周知の方法 (社内研修・厚生労働省が指定する資料により周知) |
| 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 30 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 30 年 4 月 1 日 | 1 社内報 ・ 2 イン트라ネット 3 その他 () |
| ③ 仕事と介護の両立に関する実態把握 | | | |
| アンケート実施時期 (介) 参考様式1 | | ※アンケート実施日 平成 30 年 4 月 13 日 | 調査対象者数 45 人 |
| アンケート回収率 (回収数) | | 43 人 (96%) | アンケートの取りまとめを行っている【介】様式第2号 |
| アンケートの結果 | | ■ はい □ いいえ | |
| 制度設計・見直し | | | |
| 介護に直面する前の労働者への支援 | | 平成 30 年 4 月 27 日 | 研修実施後、「研修実施結果書」(【介】様式第3号)に記録している |
| チェックリストによる把握を行っている (介) 参考様式2 | ■ はい □ いいえ | 「仕事と介護の両立セミナー」に基づく社内研修の実施時期 (※) (介) 参考様式3 | ■ はい □ いいえ |
| その他研修実施状況が分かる資料 | 1 研修案内 2 研修受講時の写真 3 その他 () | (研修の説明を受講者との対面で行っていない場合のみ) 社内研修のフォローアップ調査票の添付 | ■ 有 □ 無 |
| 介護に直面した労働者への支援 | | 平成 30 年 5 月 7 日 | 相談窓口担当が上記研修を受講している |
| 仕事と介護の両立に関する相談窓口を設置し、原則として雇用する全ての労働者に周知した時期 (※) (介) 参考様式4 | ■ はい □ いいえ | 「相談窓口担当者用チェックリスト」により、相談対応のポイントを確認している (※) (介) 参考資料5 | ■ はい □ いいえ |

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 | 勤務制限制度の対象となった家族 | |
| 氏名 | ○山 ○太郎 | 氏名 | ○山 ○子 |
| 雇用保険被保険者番号 | 1111-111111-1 | 労働者との続柄 | 実母 |
| 介護支援プラン策定日における雇用期間の定め | □ 無 ■ 有 平成 28 年 4 月 1 日 ~ 平成 31 年 3 月 31 日 (確認書類: 1 労働条件通知書 ・ 2 雇用契約書 ・ 3 その他 ()) | 要介護状態の認定書類 (該当する番号を○で囲む) | 1 介護保険の被保険者証 (要介護認定結果の記載のある部分) 2 医師等が交付する証明書 3 その他 () |
| 雇用保険被保険者となった年月日: 平成 28 年 4 月 1 日 | | | |
| ⑤ 介護制度利用者との面談、介護支援プランの作成 | | | |
| 介護支援プランには、対象介護制度利用者の円滑な介護制度利用のための措置として、少なくとも介護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 | |
| 面談を行った日 | 平成 30 年 9 月 25 日 | 面談者確認欄 | 左記については、記載のとおりです。 |
| プラン策定日 | 平成 30 年 10 月 1 日 | (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 介護のための勤務制限制度利用 | | | |
| 「利用した制度内容に○を付けてください。」 複数の制度を利用した場合、いずれかの介護制度を利用した期間を合算して期間をカウントすることができます。1回の勤務が2暦日 にわたる場合は、当該勤務を1日とカウントしてください。 | | | |
| 所定外労働の制限制度 | 制度利用開始日の前日以前3か月間の月平均所定外労働時間 | 時間 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| 時差出勤制度 | 始業・終業時刻の (■ 繰り上げ □ 繰り下げ) | 1 | 時間 平成 30 年 11 月 13 日 ~ 平成 30 年 11 月 30 日 |
| 深夜業の制限制度 | 所定の始業時間及び終業時間 (※1) ~ 制度利用開始日の前日以前3か月間において深夜勤務をした日 | 日 | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |
| 短時間勤務制度 | 所定労働時間 (※2) 8 時間を 2 時間 00 分短縮 | 短縮 | 平成 30 年 10 月 11 日 ~ 平成 30 年 11 月 12 日 |
| 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 (※3) | | 1 制度利用前後の賃金台帳 ・ 2 賃金取扱を定めた規定 3 短縮した時間分の賃金を減額している場合は、減額計算について説明した資料 | |
| 制度利用申請に関する書類の添付 | ■ はい □ いいえ | 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 出勤簿 ・ 2 タイムカード ・ 3 賃金台帳 3 労働条件通知書 ・ 2 就業規則 4 企業カレンダー ・ 4 シフト表 5 その他 () |
| 助成金の申請に係る最初の介護制度利用開始日 (当該期間に介護休業等の期間が含まれる場合は、当該休業開始日) の前日以前3か月間において、助成金の申請に係る介護制度を利用したことがない。 | | ■ はい □ いいえ | |
| 介護制度利用開始日から6週間が経過する日又は合計42日の介護制度利用期間の最終日の翌日から引き続き雇用保険の被保険者として1か月以上雇用しており、さらに支給申請日において雇用しているか。 | | ■ はい □ いいえ | |
| フォロー面談を行った日 | 平成 30 年 12 月 19 日 | フォロー面談者確認欄 | 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 | |
| 署名又は記名押印 | | △田 △吉 印 | |
| ⑦ 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 |

※1) 所定労働時間に深夜が含まれる
※2) 1日の所定労働時間が7時間
※3) 1及び2 (短縮時間を控除)

フォロー面談は制度利用開始日から連続6週間又は複数回利用した場合は合計42日が経過する日の翌日から1か月以内に実施する必要があります。

※4) 詳細の算定方法については支給要領0302ホを参照。

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

<【介】様式第1号④(裏)>

| | |
|--|---|
| ⑤ 介護のための勤務制限制度について、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>

| | | | | | |
|-------|---|------------------|--|----------------------------|---|
| 企業規模等 | <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 | 過去に、介護支援取組助成金の支給を受けたことがあるか | <input type="checkbox"/> 有 <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。

| | | | | |
|-------|---|--|---|---------|
| 対象労働者 | | 支給単価 | | 支給申請額 |
| 1 | 人 | <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 28万5,000円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 19万円 | × | 285,000 |
| | | ※生産性要件に係る支給申請の場合 <input type="checkbox"/> 中小企業 36万円 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 24万円 | = | 円 |

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース) アンケート調査結果報告書

作成年月日： 平成 30 年 4 月 28 日

| | |
|-------|----------|
| 申請事業主 | |
| 事業主名 | 株式会社両立商事 |

| アンケート調査結果 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------|------|------|-------|----|-----------------------------|----|---|----|----|----|----|------|----|----|------|----|
| アンケート調査実施日 ※1 | 平成 30 年 4 月 10 日 | | | | | アンケート調査実施日における 雇用保険被保険者数 | | | | | | | 35 人 | | | | |
| 調査票配布数 ※2 | 35 | | | | | 調査票回収数 | | | 30 | | | | 回収率 | | | 0.86 | |
| 回答番号 問番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| Q1 | 5 | 25 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q2 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Q3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | |
| Q4 | 5 | 15 | 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| Q5 | 4 | 8 | 5 | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| Q6 | 5 | 10 | 7 | 4 | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Q7 | 5 | 10 | 4 | 10 | 20 | 25 | 14 | 2 | 3 | 20 | 2 | 7 | 15 | 15 | 27 | 18 | 2 |
| Q8 | 15 | 10 | 5 | | | | | | | | | | | | | | |
| Q9 | 8 | 14 | 8 | | | | | | | | | | | | | | |
| Q10 | 2 | 5 | 17 | 3 | 3 | 0 | | | | | | | | | | | |
| Q11 | 12 | 15 | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Q12 | 20 | 15 | 17 | 6 | 4 | 3 | 5 | | | | | | | | | | |
| Q13 | 2 | 10 | 13 | 5 | | | | | | | | | | | | | |
| Q14 | 8 | 20 | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | |
| Q15 | 4 | 6 | 11 | 5 | 4 | | | | | | | | | | | | |
| Q16 | 7 | 16 | 5 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| Q17 | 7 | 8 | 12 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| Q18 | 20 | 0 | 3 | 10 | 22 | 5 | 0 | 4 | | | | | | | | | |
| Q19 a | 15 | 10 | 4 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| Q19 b | 18 | 9 | 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| Q20 | 17 | 13 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年齢 問番号 | 29歳以下 | 30歳代 | 40歳代 | 50歳以上 | | | | | | | | | | | | | |
| Q21 | 7 | 11 | 10 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 回答番号 問番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| Q22 | 16 | 8 | 4 | 2 | | | | | | | | | | | | | |

各調査項目の回答状況

各問・番号ごとの回答数を記載してください。

※1 アンケートを複数回実施していることにより、記載しきれない場合は任意様式を添付することで差し支えありません。
 ※2 WEBアンケート方式などの場合は、アンケート調査について呼びかけた人数を記入してください。

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース) 研修実施結果書

| 申請事業主 | | | | | |
|--------------------|--|-------------------|--------|--------|------|
| 事業主名 | 株式会社両立商事 | | | | |
| 研修実施日における雇用保険被保険者数 | 36 人 | | | | |
| 実施担当部署 | 部署名 | 総務部総務課 | | | |
| | 担当者 職・氏名 | 総務課長 ○谷 ○ | | | |
| 実施年月日・時間 | 実施年月日 | 時間 | 合計時間 | 説明 | 質疑応答 |
| | 平成 30 年 5 月 22 日 (火) | 15 : 00 ~ 16 : 30 | 1 : 30 | 1 : 20 | 10 分 |
| | 平成 30 年 5 月 25 日 (金) | 10 : 30 ~ 12 : 00 | 1 : 30 | 1 : 20 | 10 分 |
| | 平成 30 年 5 月 30 日 (水) | 13 : 00 ~ 14 : 30 | 1 : 30 | 1 : 20 | 10 分 |
| | 平成 年 月 日 () | : ~ : | : | : | 分 |
| 説明者職氏名 | 総務部総務課長 ○谷 ○太郎 総務部総務課総務係長 ○川 ○子 | | | | |
| 研修内容 | ※議事録、議事概要等の実施記録がある場合は、当該資料を添付することで差し支えありません。 (例) 内容は別添資料、質疑応答記録による 別添研修資料、レジメの通り | | | | |
| 受講者 | 計 40 名 (うち雇用保険被保険者 33 名) ※受講者名簿を添付してください。 ※対面による説明を行っていない研修はフォローアップ調査の回答数を受講者数とし | | | | |

複数回に分けて実施した場合は全て記載してください。

研修において説明者となった方の所属・役職・氏名を記載してください。

複数回に分けて実施した場合は、全ての回の受講者数の合計を記載してください。

必要に応じて研修内容が分かる別紙を添付するなどして差し支えありません。

最後の研修終了日以降に代表者本人が署名又は記名・押印してください。

上記のと通りの研修を受けたことを確認します。

平成 30 年 5 月 30 日

受講者代表者署名 ○田 ○調
 (連絡先電話番号 03-0000-0000 (内線000)) (注)

(注) 受講者代表者の連絡先電話番号には、本人あて連絡がとれる電話番号を記入してください。研修を複数回実施した場合は、最終実施日以降に署名してください。
 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。

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 | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 | ※変更・追加がなければ記入不要です ・退院して在宅介護中。 |
| 両立するうえでの課題・希望 | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 | ・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） |
| 利用したい制度・働き方の希望 | また、取得・利用するものに、○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 |
| | | 介護休業 | XX年 XX月 XX日 ~ XX年 XX月 XX日 |
| | | 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が必要です。 | | | |
| 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) | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 |
| 業務以外で周囲に配慮してほしいこと | 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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 |
| 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 <input type="radio"/> |

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」を策定する必要があります。

シート 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"> ・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。 ・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。 | XX年 XX月XX日 |
| | XX年 XX月XX日 | <ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 | 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> <p>② 介護休業の取得 → 休業取得者の業務の整理、引き継ぎに関する事項</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"> ・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が職場に周知する。 | XX年 XX月XX日 |
| | ③ XX月XX日 ～XX月XX日 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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。 | XX年 XX月XX日 |
| | XX月XX日 ～XX月XX日 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 | 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>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"> ・XX月は所定外労働を免除した。 ・XX月XX日からXX月XX日まで、介護休業を取得した。 ・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。 |
|---------------|--|

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"> ・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。 また、宿泊が必要な出張は避けたい。 <p>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。</p> |
| 面談日 | <p>XX年 XX月 XX日</p> <p>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"/></p> |