

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護制度))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)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。

平成 年 月 日

労働局長 殿

申請事業主 所在地 〒
又は代理人
名称
氏名 印

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に両立支援等助成金(介護離職防止支援コース)の支給申請に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

申請事業主 所在地 〒
又は
社会保険労務士
(提出代行者・
事務代理者) 名称
氏名 印

| | | | | | |
|--------------------------------|--|--------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------------|
| 1 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主たる事業 | | |
| | ⑤資本の額若しくは 出資の総額 | 万円 | ⑥雇用保険適用 事業所総数 | か所 (うち他都道府県に 存在する事業所数) か所 | |
| | ⑦アンケート取りまとめ日 (アンケート調査結果報告書作成日) | 平成 年 月 日 | ⑧制度設計・見直し日 (制度の施行日) | 平成 年 月 日 | |
| | ⑨研修実施日 (複数回実施の場合は初回実施日) | 平成 年 月 日 | ⑩「仕事と介護の両立準備が伴」 による制度、相談窓口の周知日 | 平成 年 月 日 | |
| | ⑪介護休業関係制度の就業規則等への規定 | | 有 ・ 無 | | |
| | ⑫介護支援プランにより、労働者の円滑な介護休業の取得・職場復帰又は介護のための 勤務制度利用を支援する措置を実施する旨の規定を行った年月日及び労働者への周知 を行った年月日 | | 規定 | 平成 年 月 日 | |
| | | | 周知 | 平成 年 月 日 | |
| | ⑬介護支援プランの作成日 | | 平成 年 月 日 | | |
| | 同プランに、当該労働者の制度利用に伴う業務体制の検討に関する措置が定められている。 | | 有 ・ 無 | | |
| | ⑭両立支援等助成金(介護支援取組助成金)の受給・申請(現在申請中のもの)の有無 | | 有 ・ 無 | | |
| ⑮生産性要件を満たした場合の 支給額の適用の希望の有無 | | 希望する ・ 希望しない | | | |
| 2 支給申請に係る労働者 | ①労働者氏名(フリガナ) | | | | |
| | ②雇用保険被保険者番号 | | ③雇用保険の被保険者と なった年月日 | 昭和 ・ 平成 年 月 日 | |
| | ④雇用期間の有無 | 有 ・ 無 | | | |
| | ⑤制度利用期間 (連続3か月 合計90日) ※申請内容に該当する方 に○を付けてください | 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 |
| | | 時差出勤制度 | 制度利用内容 | 始業・終業時刻を | 時間 (繰り上げ ・ 繰り下げ) |
| | | 深夜業の制限制度 | 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 |
| | | 短時間勤務制度 | 制度利用内容 | 所定労働時間を | 時間 分 短縮 |
| | | 平成 年 月 日 | ～平成 年 月 日 | | (か月) (日) |
| 平成 年 月 日 | | ～平成 年 月 日 | | (日) | |
| 平成 年 月 日 | ～平成 年 月 日 | | (日) | | |
| ⑥介護の対象となった家族 | 氏名 | | 労働者との続柄 | | |

※審査結果
支給
・
不支給

<【介】様式第1号③>

| | | | | | | | |
|--|---|----------------------|----|---------|---------|---------|--|
| ⑦支給に係る労働者の介護の事実の把握後、当該労働者と上司又は人事労務担当者がプラン策定のための面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名 | ア 面談を行った年月日 | | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | イ 面談を行った者の氏名 | | | | | | |
| | ウ 面談者確認欄 | 上記ア、イについては、記載のとおりです。 | | | | 連絡先電話番号 | |
| | | 所属 | 署名 | 押印 | | | |
| ⑧支給に係る労働者の介護制度利用3か月(又は合計90日)経過後に、当該労働者と上司又は人事労務担当者がフォロー面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名 | ア 面談を行った年月日 | | 平成 | 年 | 月 | 日 | |
| | イ 面談を行った者の氏名 | | | | | | |
| | ウ 面談者確認欄 | 上記ア、イについては、記載のとおりです。 | | | | 連絡先電話番号 | |
| | | 所属 | 署名 | 押印 | | | |
| ⑨本人確認欄 | 上記①から⑧については、記載のとおりです。 | | | | 連絡先電話番号 | | |
| 所属 | 署名 | 押印 | | | | | |
| 3 記載担当者 | 役職 | 氏名 | | 連絡先電話番号 | | | |
| 社会保険労務士記載欄 | 作成年月日 | | | 連絡先電話番号 | | | |
| | 提出代行・事務代理者の表示 | | | | | | |
| 4 振込先 | フリガナ 銀行 店 口座名義 信用金庫 口座の種類 (普通・当座) 口座番号 () | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|---------------|-------|---|----|---|------|----|
| ※ 処 理 欄 | 受理年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 受理番号 | |
| | 支給決定 決定年月日 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 決定番号 | |
| | 決定金額合計 | | | | | 円 | 備考 |
| | 局長 | 部(室)長 | | 担当 | | | |
| | | | | | | | |

<【介】様式第1号④>

| 申請事業主 | |
|-------------|--|
| 事業所名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 雇用保険適用事業所番号 | |

全事業所に係る次の情報を記載してください。

| No. | 事業所名 | 所在地 | 雇用保険適用事業所番号 | 電話番号 |
|-----|------|-----|-------------|------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |