本人確認欄

所属

署名

押印

<u>※欄は記載しないでください。</u> 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。

	平成	年	月	日			申請事業	美主 所	在地 📗	₸								
			働局長	殿			又は代理	里人 名 : 氏:										印
							ス(育体 施行規	-r.	支給申請 項に規定 、上欄に	に係る事業 ごする提出件	主の住所 代行者又	所、名称及 は同令第	び氏名の 16条の3に	記入(押F 規定する	印不要) 事務付)を、社会 代理者た	会保険労利 る社会保	勞士法 険労務
						(会保険労 提出代行 事務代理	労務士 庁者・ 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						号								
	③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数				Д			④主たる事業										
	⑤資本の額若しくは 出資の総額				万円 ⑥雇用保事業所						か所		他都道					か所
	⑦育児を	木業制度及び育	ず児のため	の短時間勤	務制度	J							有	•		無		
		事業主行動計画 弋育成支援対 第							₹.				有	•		無		
		复帰支援プラン 施する旨の規定						職場復帰を支援する 規定				平成		年	F	1	日	
	※育児位	木業(又は産後	休業)の	開始日の前日						周知		平成		年	F	•	日	
		复帰支援プラン										平成		年	F		日	
	ア 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。											有	•		無			
	イ 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。									ける措置			有			無		
	①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										
	①労働者	皆氏名(フリガナ																
	②雇用保険被保険者番号				③雇用保 なった年月					呆険者と	昭和	p • 각	龙成	年		月	F	1
	④雇用期間の有無				有・無													
	⑤産前を	木業期間	平成	年	月		日	~:	平成		年		月	日				
	⑥産後位	木業期間	平成	年	月		B	~:	平成		年		月	日	@ Ł	と⑦のi 間	通算期	
2	⑦育児ク	木業期間	平成	年	月		日	~	平成		年		月	日	(7.	か月)	審 杳
支給申請に係る労働者	⑧休業∅)対象となった-	子氏名						生年 月日		戈	年	月	I	日:	(満	歳)	審査結果
	⑨支給に係る労働者本人又はその配偶者の妊娠の事実の把後、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日及び面談を行った者の氏名											平成	年	1	月	ŀ	目	支給
	- Жоші		、、イについては、記載のとおりです。						連絡先電話番号				1 .					
	ウ 面談者確認欄 所属			署名			押印						不支給					
	日及び引き	き継ぎの確認を	の氏名	氏名			き継ぎを終了した年月日				平成	年	i	月	F	日		
		に終了している		2得する場合は産休開始日の そです					った者の									
	ウ 引き継ぎの確認を行っ 上記ア			ア、イについて	、イについては、記載のとおりです。 連絡先電話番号													
	た者の確認欄		所属	署名						押印								
	1	<u></u>	上記(①から(M)につ	<u></u> いてけ 記載	かとお	りです						連絡5	七電話者	番号			1

<【育】様式第1号①>

3 記載担当者			役職			E				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									
					銀 信用 口座 <i>0</i>		(普通・当	店座)	フリガナロ座名義)	
	受	理年月日	平成	年	月	日	受理番号	<u> </u>]	
※ 処 理	給	決定年月日	平成	年	月	日	決定番号	클				
		決定金額合計					円			備考		
		局 長	部(室)長				担 当]	

<【育】様式第1号②>

	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				