

両立支援等助成金(新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース) 支給申請書

両立支援等助成金(新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース)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。

2020 年 12 月 1 日

雇用環境・均等局長 殿

令和2年10月1日～同年12月31日休暇取得分

申請事業主

所在地 〒000-0000

東京都00区00町1-2-3

名称

株式会社 職業生活商事

氏名

職業 正広

法人番号: (x x x x x x)



代理人又は
事務代理人・提出代行
の場合は以下から
選択してください。

所在地 〒

名称

氏名

連絡先



日本標準産業分類に基づき記入してください。

雇用保険被保険者以外分や令和2年
2月27日～9月30日までの様式内容
もこちらを参照下さい。

※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。

| | | | | | |
|--------------|-----------------|----------------|--------------------|---------------------------------|--|
| ①雇用保険適用事業所番号 | 1234-567890-1 | ②労働保険番号 | 11-2-33-000000-333 | ③主たる業種 (日本標準産業分類の 中分類を記入) | 分類番号: 58 分類項目名: 飲食料品小売業 |
| ④記載担当者役職・氏名 | 総務部人事課長 O田△男 | 連絡先 電話番号 | 03-0000-0000 | ⑤企業規模 | <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 中小企業以外 |
| 本社等を除く事業所 | No. | ①事業所名 | ②所在地 | 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00区00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 | おぎくぼ支店 | 東京都××区××町1-2-5 | 1234-567890-3 | 03-0000-3333 |
| | 4 | なかの支店 | 東京都00区00町1-2-6 | 1234-567890-4 | 03-0000-4444 |
| 5 | みのわ支店 | 東京都△△区△△町1-2-7 | 1234-567890-5 | 03-0000-5555 | |

※事業所が6以上ある場合は、追加、別紙等により提出ください。

| | | | |
|---------------------------|------------------------------------|-----------|----|
| 支給申請額等 | 以下については、別添として様式第1号②に詳細は記載。 | | |
| | 対象労働者数合計: 様式第1号②の2(14)欄の総計 | 3 | 人 |
| | 有給休暇の休暇付与実績日数合計: 様式第1号②の2(15)欄の総計 | 248 | 日 |
| | 有給休暇の休暇付与実績時間数合計: 様式第1号②の2(16)欄の総計 | 31 | 時間 |
| | 支給申請額総額: 様式第1号②の2(17)欄の総計 | 2,634,139 | 円 |
| 加算相当額合計: 様式第1号②の2(18)欄の総計 | 628,429 | 円 | |

※既に本助成金を受給したことがある場合、にと直近の支給決定番号を記入してください

新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コースについて既に受給したことがあります。

直近の支給決定通知番号は

雇用発 630 第 3 号です。

※申請事業主は下記をよく確認し次ページにしてください。全ての項目が「はい」でなければ対象となりません。

1 過去に申請した雇用関係助成金について不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがない。
 (不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがある場合は、当該不正受給決定日又は支給決定取消日から5年(平成31年3月31日以前に支給申請した雇用関係助成金に関する不正受給の場合は3年。以下、不支給措置期間という。)を経過している)
 ※不支給措置期間中だが、支払い義務を負った金額の全てを支給申請日までに支払っている場合は、当該項目については「はい」に該当します。

2 事業主又は事業主の役員等が、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。以下「暴力団対策法」という。)第2条第2号に規定する暴力団又は第2条第6号に規定する暴力団員でない。
 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ない。
 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ない。
 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ない。
 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ない。

3 事業主又は事業主の役員等が破壊活動防止法第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ない。

4 倒産していない。

5 雇用関係助成金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、事業主名等を公表することに承諾する。

6 平成31年4月1日以降に申請した雇用関係助成金について不正受給に関与した役員等がない。(不正に関与した役員等がおり不支給措置期間中だが、支払い義務を負った金額の全てを支給申請日までに支払っている場合は、当該項目については「はい」に該当します。)

7 本助成金支給要領に従うことに承諾する。

1から7までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を雇用環境・均等局等が行う場合には協力します。
 また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為等により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、請求があった場合直ちに請求金(※)を弁済します。
 ※請求金は、偽りその他不正の行為による場合は、①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から納付の日まで、年5%(令和2年4月1日より前に支給申請した場合は年5%(令和2年4月1日以降に支給申請した場合は年3%))の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額です。なお、偽りその他不正の行為以外の事由により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、当該受け取った額です。
 なお、本助成金支給要領0303口に該当する事業主が行った支給申請について、再度不正受給を行った場合は、共通要領0801口の規定にかかわらず、不正受給により返還を求められた額に加え、不正受給の日の翌日から納付の日まで、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)の割合で算定した延滞金及び当該返還を求めた額の2倍に相当する額の合計額を支払う義務を負うものとします。

↓ 次ページに続く

上記について はい

※代理人又は社会保険労務士(以下「代理人等」という。)等が提出代行している場合は、以下について確認し、代理人等が署名又は記名押印してください。

本助成金に関し審査に必要な事項についての確認を雇用環境・均等局等が行う場合には協力します。また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為により申請事業主等が、本来受けることのできない助成金を受けた又は受けようとした場合であって、代理人等が不正受給に故意に関与していた場合(偽りその他不正の行為の指示やその事実を知りながら黙認していた場合を含む。)は、①申請事業主等が負担すべき一切の債務について、申請事業主等と連帯し、請求があった場合直ちに請求金を弁済すべき義務を負うこと、②代理人等に係る事務所(又は法人等)の名称、所在地、氏名及び不正の内容が公表されること、③不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して5年間(取り消した日から起算して5年を経過した場合であっても、請求金が納付されていない場合は、時効が完成している場合を除き納付日まで)は、雇用関係助成金に係る代理人が行う申請又は社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請ができないことについて承諾します。

| | | |
|------------------|----|------------|
| 代理人又は 社会保険労務士 | 住所 | 電話番号() |
| (提出代行者・事務代理者の表示) | 名称 | |
| | 氏名 | (記名押印又は署名) |

| 役員等氏名 | 役職 | 生年月日 |
|----------|---------|----------|
| 1 両立 進 | 代表取締役社長 | 1970.5.1 |
| 2 田中 両太郎 | 事務局長 | 1955.3.1 |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |

※個人事業主の場合は事業主本人、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者を記載してください。役員等の就任中に氏名の変更等があった場合は、変更前の氏名(旧姓)も併記してください。
 ※記載された役員等は原則として対象労働者となりません。役員が5人以上いる場合は、追加、別紙等により提出ください。

支給決定された場合、振込に必要となるため以下について記載し、通帳の写し等を添付してください。

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------------|---------------|-------|--------|---------------------------|----------------|---|---|---|---|---|---|
| 振込希望金融機関 | (フリガナ) | リョウリツダイイチギンコウ | | カスミガセキ | (フリガナ) | シヨクギョウセイカツショウジ | | | | | | |
| | 金融機関名・支店名 | 両立第一銀行 | | 霞ヶ関 支店 | 口座名義 | 職業生活商事 | | | | | | |
| | 銀行等 (ゆうちょ銀行以外) | 金融機関コード | 支店コード | 口座番号 | (普通・当座) どちらかに○つけてください。 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | ゆうちょ銀行 | 記号番号 | (総合) | | | - | | | | | | |

金融機関名、口座番号及び口座名義が確認できる通帳(主に見開き1ページ目)等の写しを添付してください。
 ゆうちょ銀行かそれ以外の銀行等を記入(セブン銀行、じぶん銀行、大和ネクスト銀行及びGMOあおぞらネット銀行は使用できません。)

※右欄は記入した

添付漏れが多いです！必ず添付ください。

| | | | |
|--------|---|---|---|
| 年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 支給決定番号 | | | |
| 支給決定額 | 円 | | |

令和2年10月1日～同年12月31日休暇取得分

「新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース詳細」

欄は自動計算機能が付いています。

| | | | | |
|-------|------|------------------------|--------------|------------------|
| 事業所名: | 厚労太郎 | 雇用保険被保険者以外分もこちらを参照下さい。 | 102000039291 | 雇用保険被保険者分 |
|-------|------|------------------------|--------------|------------------|

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|-------------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------|-------------------------|
| 1 | 労働者氏名 | 厚労太郎 | | 雇用保険被保険者番号 | 1234 | - | 1234567890 | - | 1 | ↓過去の申請と重複した期間の申請はできません。 |
| | 算定基礎 | (1)賃金形態 | (2)通常の賃金額 | (3)1ヶ月の所定労働日数 | (4)1日の所定労働時間 | (5)日額換算賃金額 | (6)時間額換算額 (5)÷(4) | 有給休暇の休暇付与実績 令和2年10月1日～同年12月31日分 | | |
| | | 月給制 | 245,000 円 | 22 日 | 7.50 時間 | 11,137 円 | 1,485 円 | (7) 10 日 | (8) 6 時間 | |
| 支給申請額 | (9)日額換算賃金額(調整後) | 11,137 円 (上限15,000円) | (10)合計日数総額 (7)×(9) | 111,370 円 | (11)合計時間総額 (6)×(8) | 8,910 円 (上限15,000円) | (12)支払賃金相当額 (10)+(11) | (13)うち加算相当額 (5)が8,370円を上回る場合 | | |
| | | | | | | | 120,280 円 | 28,210 円 | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|-------------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|--------------------------|--|---------------------------------|----------|-------------------------|
| 2 | 労働者氏名 | 特休次郎 | | 雇用保険被保険者番号 | 1234 | - | 1234567890 | - | 1 | ↓過去の申請と重複した期間の申請はできません。 |
| | 算定基礎 | (1)賃金形態 | (2)通常の賃金額 | (3)1ヶ月の所定労働日数 | (4)1日の所定労働時間 | (5)日額 | 有給休暇時間数の合計が1日の所定労働時間に達した場合は1日に繰り上げて記載します。実績 <例>1日の所定労働時間数が8時間で、有給休暇を合計3日と18時間取得した場合、 3日+(18÷8)時間=「5日と2時間」となるため ○(9)5日 (10)2時間 と記載 ×(9)3日 (10)18時間 ×(9)5日 (10)18時間 | | | 月31日分 |
| | | 日給制 | 15,000 円 | 17 日 | 6.25 時間 | 15,000 円 | 15,000 円 | (7) 6 時間 | (8) 6 時間 | |
| 支給申請額 | (9)日額換算賃金額(調整後) | 15,000 円 (上限15,000円) | (10)合計日数総額 (7)×(9) | 195,000 円 | (11)合計時間総額 (6)×(8) | 225,000 円 (上限15,000円) | (12)支払賃金相当額 (10)+(11) | (13)うち加算相当額 (5)が8,370円を上回る場合 | | |
| | | | | | | | 209,400 円 | 92,220 円 | | |

| | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------|-----------------------|------------|--------------------------|------------------------------------|--------|-------------------------|
| 3 | 労働者氏名 | | | 雇用保険被保険者番号 | | - | | - | | ↓過去の申請と重複した期間の申請はできません。 |
| | 算定基礎 | (1)賃金形態 | (2)通常の賃金額 | (3)1ヶ月の所定労働日数 | (4)1日の所定労働時間 | (5)日額換算賃金額 | (6)時間額換算額 (5)÷(4) | 有給休暇の休暇付与実績 令和2年10月1日～同年12月31日分 | | |
| | | | | | | | | (7) 日 | (8) 時間 | |
| 支給申請額 | (9)日額換算賃金額(調整後) | 0 円 (上限15,000円) | (10)合計日数総額 (7)×(9) | | (11)合計時間総額 (6)×(8) | | (12)支払賃金相当額 (10)+(11) | (13)うち加算相当額 (5)が8,370円を上回る場合 | | |
| | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------------|---|-------------------------|------|--------------------------|-------|------------------|-----------|-------------------|-----------|
| (14)対象労働者数計 | 人 | (15)有給休暇の休暇付与実績日数(7)の合計 | 23 日 | (16)有給休暇の休暇付与実績時間数(8)の合計 | 12 時間 | (17)支給申請額(12)の合計 | 329,680 円 | (18)うち加算相当額(13)合計 | 120,430 円 |
|-------------|---|-------------------------|------|--------------------------|-------|------------------|-----------|-------------------|-----------|

※ 対象労働者が4人以上の場合は、本様式を追加提出してください。

| | | |
|--|-----|--|
| 申請した労働者について、特定求職者雇用開発助成金等、他の助成金について受給・申請(予定含む)している(どちらかに○つけてください)。 | はい | (「1. はい」の場合は)助成金名称及び該当する対象労働者一覧の番号を記載ください。 |
| | いいえ | 助成金名() 対象労働者番号() |

令和2年2月27日～同年9月30日休暇取得分

「新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金詳細」

欄は自動計算機能が付いています。

雇用保険被保険者分もこちらを参照下さい。

株式会社 厚労製菓

法人番号

10200039291

雇用保険被保険者以外分

Table for employee 1 (厚労 めぐみ). Includes columns for wage type (hourly), monthly wage, working days, and vacation pay performance for two periods: Feb-Mar and Apr-Sep.

Table for employee 2 (賃金 隼人). Includes columns for wage type (daily), monthly wage, working days, and vacation pay performance. Includes a note: '原則として、役員等は対象になりません。' and a circled area around vacation days.

Table for employee 3. Includes columns for wage type, monthly wage, working days, and vacation pay performance. Includes a note: '有給休暇時間数の合計が1日の所定労働時間に達した場合は1日に繰り上げ<例>1日の所定労働時間数が8時間で、有給休暇を合計3日と18時間取得し3日+(18÷8)時間=「5日と2時間」となるため'.

※ 対象労働者が4人以上の場合は、本様式を追加提出してください。

Summary table with columns: (18)対象労働者数計, (19)有給休暇の休暇付与実績日数(7)・(9)合計, (20)有給休暇の休暇付与実績時間数(8)・(10)合計, (21)支給申請額(17)合計.

申請した労働者の、同一の期間について新型コロナウイルス感染症に関する母性健康管理措置による休暇取得支援助成金について受給・申請(予定含む)している(どちらかに○つけてください)。 はい (「1. はい」の場合は)該当する対象労働者一覧の番号を記載ください。 いいえ 対象労働者番号 ()

令和2年2月27日～9月30日までの様式内容もこちらを参照下さい。

令和2年2月27日～同年9月30日休暇取得分

有給休暇取得確認書

雇用保険被保険者以外分

保護者の氏名ではありません。

様式第1号②の(7)～(10)の日・時間数の合計と一致するか確認してください。

以下に保護者を保護者(注1)として、
の休暇取得しました。

| 対象となる子ども(注1) | | | | |
|--------------|----|----|-------|---------|
| 氏名 | 年齢 | 性別 | 保育施設名 | 子どもとの続柄 |
| 厚生 なな子 | 7歳 | ♀ | 〇〇保育園 | 母 |

学童保育に通っている場合はその施設名も記載

| | | |
|------|----|-----|
| 令和2年 | 2月 | 27日 |
| 令和2年 | 6月 | 30日 |

に取得した有給休暇日数は合計 108日 と 時間 です。

←令和2年2月27日から同年9月30日までのいずれかの期間を記載

うち令和2年4月1日以降に取得した有給休暇日数は

92日 と 7時間 です。

日曜・祝日等の元々の休校日や閉園日は含めないでください。

| | |
|---|---|
| ○ | 新型コロナウイルス感染症に関する対応として行われる臨時休業等(注2)のため(小学校等からのお知らせを提出ください。お知らせがない場合は、臨時休業等期間：令和2年2月27日～9月30日(注3)とさせていただきます。) |
| | 新型コロナウイルス感染症 |
| | 感染した場合に重症化するおそれのある |

様式第1号②の(9)(10)の日・時間数と一致するか確認してください。

- 上記の有給休暇については、年次有給休暇を取得させているものではありません。
- 当該対象労働者が上記の日に取得した有給休暇について、過去に本助成金の申請をしたことはありません。

上記事実に相違ありません。

2020年 ●月 ●日

申請事業主代表者名 職業 正広

印

対象労働者氏名(※) 厚生 めぐみ

印

※必ず署名又は記名押印してください。