

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(介護両立支援制度))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。

記載例

2023年7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
東京都〇〇区〇〇町1-2-3

名称
株式会社 両立商事

氏名
代表取締役 両立 太郎

〒000-0000

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。

所在地
東京都〇〇区〇〇町1-2-3

名称
◇川社会保険労務士事務所

氏名
社会保険労務士 ◇川 ◇郎

〒000-0000

連絡先
03-0000-0000

日本標準産業分類に基づき記入してください。

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		1-45-678910-123		
	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: 飲食料品小売業		
	⑤資本の額若しくは出資の総額		4,000万円						
	⑥記載担当者	所属/役職	総務部人事課長	氏名	△田 △吉	連絡先 電話番号	03-0000-1111	連絡先メール アドレス(任意)	ryouritu-siyou@mmm.go.jp
2 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		④電話番号	
	1	ちよだ支店		東京都〇〇区〇〇町1-2-3		助成金の支給後、労働局からアンケートを実施することがあります。メールで対応可能な場合は、連絡先アドレスを記載してください(任意)。		000-1111	
	2	みなと支店		東京都△△区△△町1-2-4		"		03-0000-2222	
	3	はるみ支店		東京都××区××町1-2-5		"		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 発 送 年 月 日	年 月 日
	備考				

介護離職防止支援コース(介護両立支援制度)詳細

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)及び介護両立支援制度の規定年月日・種類(該当する番号を○で囲む)	2013年5月1日	1 労働協約	② 就業規則
② 介護支援プランの作成 労働者の代表者(代表者)及びその代表者(代表者)が、労働者の代表者(代表者)として、介護休業関係制度及び介護両立支援制度の利用開始時点のものとしてください。なお、そこから申請日までの間に改正をしている場合には、最新の規定も添付してください。	2023年5月15日	① 実施要領 4 介護休業規程(条) 7	2 通達 5 社内報 3 マニュアル 6 イン트라ネット

※1「介護休業関係制度」は、介護休業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	雇用契約開始日を入力してください。加えて、有期雇用の場合は契約満了日も入力してください。		
氏名	○山 ○太郎	雇用保険被保険者番号	1111-111111-1
雇用契約期間	2017年4月1日～	雇用保険被保険者となった年月日	2017年4月1日
対象となる要介護家族	氏名 ○山 ○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()
介護両立支援制度利用の直前又は職場復帰時において在宅勤務している ☐ はい ☒ いいえ			
④ 介護両立支援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、対象介護両立支援制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。 ☒ はい ☐ いいえ		
面談日	2023年6月12日	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
プラン作成日	2023年6月20日	(所属) 総務部 人事課 (氏名) △田 △吉	
⑤ 介護両立支援制度の利用実績	面談後に作成されていること。		
↓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	所定外労働がありうる労働者である	☐ はい ☐ いいえ
○ 時差出勤制度	2023年6月26日～2023年8月31日	始業・終業時刻の ☐ 繰り上げ ☒ 繰り下げ	2 時間
深夜業制限制度	年 月 日～年 月 日	深夜業がありうる労働者である	☐ はい ☐ いいえ
短時間勤務制度	年 月 日～年 月 日	所定労働時間 時間 を 時間 分短縮	
介護のためのテレワーク制度	年 月 日～年 月 日	左記期間中の所定労働日にテレワーク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となっている ※育児・介護休業法の改正に伴い、令和3年1月1日より介護休暇を時間単位で取得できるようにする必要があります。 ☐ はい ☐ 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 年 月 日～年 月 日	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() 利用額: 円(うち、事業主負担額 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	☒ 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 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 1 労働条件通知書(雇用契約書) 2 就業規則 ③ 企業カレンダー 4 シフト表 5 その他()
合計20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			
⑥ 本人確認欄	上記については、記載のとおりです。(氏名) ○山 ○太郎		連絡先電話番号 03-0000-2222

注 ※2 合計20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から1か月間となります。
※3 1及び2(短縮時間分を控除している場合は、1～3の全て)が必要です。

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

(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。	はい いいえ
---	--

<支給申請額>

企業規模	中小企業である	個別周知・環境整備加算の申請	有 無 ※「有」の場合は【介】様式第7号と必要書類も添付すること。	
対象労働者	支給単価	うち個別周知・環境整備加算の対象労働者	支給単価	支給申請額
1	人 × 中小企業300,000円	+	0 人 × 中小企業150,000円	= 300,000 円

※1事業主当たり、1年度に支給要件を満たした労働者5人までが対象。