

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例))支給申請書

両立支援等助成金(介護離職防止支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例))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 10 月 3 日

〒000-0000

東京

労働局長 殿

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

法人番号:

( )

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。

代理人又は事務代理者・提出代行者の場合  
は以下から選択してください。

〒000-0000

所在地

東京都〇〇区〇〇町4-5-6

名称

◇川社会保険労務士事務所

氏名

社会保険労務士 ◇川 ◇郎

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。

代理人・事務代理者・提出代行者

※代理人が申請する場合には、委任状(原本に限る。)を添付してください。

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		12-678910-123	
	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	総務人事課	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)
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番号		④電話番号
	1	ちよだ支店		東京都〇〇区〇〇町1-2-3		1234-567890-123		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)。
	2	みなと支店		東京都△△区△△町1-2-4		1234-567890-123		
	3	はるみ支店		東京都××区××町1-2-5		"		03-0000-1111
	4							
5								

※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。

雇用保険適用事業所番号が同じの場合は「//」の記号を入れるか、入力を省略してもかまいません。

※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。と異なります。

- 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。
- 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。
- 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ていない又は行う恐れがある団体等に属していない。
- 倒産していない。
- 管轄労働局長が審査に必要な事項についての確認を行う際に協力すること、雇用関係助成金について不正受給を行った場合に労働局長が事業主名等を公表すること並びに、管轄労働局長が支給決定を取り消し、支給を受けた雇用関係助成金の返還を求めた場合に返還することに承諾する。
- 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あ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。)
- 本助成金支給要領及び雇用関係助成金共通要領に従うことに承諾する。
- 支給申請書等に事実と異なる記載又は証明を行っていない。



次ページに続く

1 から 8 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労働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0302ニ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%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。

**必ず☑して下さい。⇒** 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、代理人等が記載してください。

本助成金に関し審査に必要な事項についての確認を都道府県労働局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らず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 (提出代行者・事	住所 _____	電話番号 _____
	名称 _____	

No.	役員等氏名	役職	生年月日
1	両立 太郎	代表取締役社長	〇〇〇〇年〇月〇日
2	□川 □夫	取締役	□□□□年□月□日
3	☆本 ☆子	取締役	☆☆☆☆年☆月☆日
4	◇藤 ◇介	取締役	◇◇◇◇年◇月◇日
5	▲田 ▲三郎	監査役	▲▲▲▲年▲月▲日

※役員が6人以上いる場合は別紙等により提出ください。

対象労働者の同一の期間について雇用調整助成金や両立支援等助成金(育児休業等支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例))等の他の助成金を受給・申請(予定を含む)している。「はい」か「いいえ」のどちらかに○してください。

はい・ <b>いいえ</b>	「はい」の場合	助成金名 _____	該当労働者の氏名 _____
----------------	---------	------------	----------------

**<支給申請額>**

①: 介護のための有給休暇取得日数5日以上10日未満

対象労働者	1 人	×	支給単価	200,000円	=	支給申請額	200000 円
-------	-----	---	------	----------	---	-------	----------

②: 介護のための有給休暇取得日数10日以上

対象労働者	□ 人	×	支給単価	350,000円	=	支給申請額	□ 円
-------	-----	---	------	----------	---	-------	-----

※対象労働者は①・②(既に申請した分を含む)あわせて5人まで。

③: 既に①の申請(受給)をした対象労働者のうち、取得日数の合計が10日以上に達した追加の申請

対象労働者	1 人	×	支給単価	150,000円	=	支給申請額	150,000 円
-------	-----	---	------	----------	---	-------	-----------

支給申請合計額

350,000 円

以下の労働局処理欄には記入しないでください。

		決 裁 欄 等			
		局長 部(室)長	担当	受 理 年 月 日	年 月 日
※労働局処理欄				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					

中小企業事業主のみ対象

記載例1

介護離職防止支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例)詳細

申請事業主名( 株式会社 両立商事 )

対象労働者
氏名: 山 太郎
雇用保険被保険者番号: 1111-111111-1
1日の所定労働時間数: 8 時間
対象家族の氏名: 山 子
労働者との続柄: 母親

対象労働者の今回の申請について該当する番号に☑をして下さい。

申請内容表
① ☑ 介護のための有給休暇取得日数が5日以上10日未満にかかる申請 (申請額200,000円)
② // 10日以上にかかる申請 (申請額350,000円)
③ 既に①の申請(受給)をしたが、対象労働者の休暇取得日数の合計が10日以上に達したことによる追加の申請 (申請額150,000円)
①の申請日: 年 月 日

以下の欄に介護のための有給休暇を取得した年月日について取得単位ごとに記載してください。

- ①の申請の場合は5日分(A+B=5日分)に達するまで記載してください。
②の申請の場合は10日分(A+B=10日分)に達するまで記載してください。
③の申請の場合は①の申請で記載した取得日も含めて10日分(A+B=10日分)に達するまで記載してください。

休暇取得日(1日単位取得分)
2023年8月3日, 2023年8月4日, 2023年8月5日, 2023年8月8日
(合計取得時間数)11時間÷(所定労働時間)8時間=1日と3時間となり、3時間は切り捨ててBには「1日」と記入。
時間計 11 時間 → B 1 日

A+B=「5日」か「10日」のいずれかの日数になります。「5日」か「10日」を記入してください。 5 日

●上記に記載した日は、法定の介護休業、介護休暇、年次有給休暇とは別の新型コロナウイルス感染症に係る有給の休暇を取得した日です。 ☑ はい □ いいえ

●上記に記載した有給の休暇については、以下の理由で取得したものです。(該当するもの全てに☑してください。)

労働者確認欄

I ☑ 新型コロナウイルス感染症の影響により、利用していた又は利用しようとしていた介護施設や介護サービスが休業等により利用ができなくなったため

II 新型コロナウイルス感染症の影響により、利用していた又は利用しようとしていた介護施設や介護サービスの利用を控えたため

III 通常介護している者(対象家族の家族に限る。)が新型コロナウイルス感染症の影響により対象家族を介護することができなくなったため(以下を記載)

通常介護している者の氏名: 介護を必要とする対象家族との続柄: 介護を必要とする対象家族の状態(支給要領0402cの証明書類が提出できない場合のみ)

●上記に記載した同一期間(日)について介護休業給付金を受給したことはありません。 ☑ はい □ いいえ

記載されている内容は全て事実のとおりです。

(所属) 総務部 (労働者氏名) 山 太郎 (連絡先電話番号) 000 - 0000 - 0000

# 記載例2 介護離職防止支援コース(新型コロナウイルス感染症対応特例)詳細

申請事業主名( 株式会社 両立商事 )

対象労働者					
氏名	○川 ×子		雇用保険被保険者番号	2222-22222-2	
1日の所定労働時間数	6.5	時間	対象家族の氏名	○川 △雄	労働者との続柄
					義父

対象労働者の今回の申請について該当する番号に☑をして下さい。

①	<input type="checkbox"/>	介護のための有給休暇取得日数が5日以上10日未満にかかる申請 (申請額200,000円)
②	<input type="checkbox"/>	10日以上にかかる申請 (申請額350,000円)
③	<input checked="" type="checkbox"/>	既に①の申請(受給)をしたが、対象労働者の休業日数が10日以上に達したことによる追加の申請

申請日: 2023年7月3日

2023年7月3日申請分についての記載

以下の欄に介護のための有給休暇を取得した年月日について取得単位ごとに記載してください。

- ①の申請の場合は5日分(A+B=5日分)に達するまで記載してください。
- ②の申請の場合は10日分(A+B=10日分)に達するまで記載してください。
- ③の申請の場合は①の申請で記載した取得日も含めて10日分(A+B=10日分)に達するまで記載してください。

休暇取得日(1日単位取得分)					休暇取得日(半日・時間単位※取得分)				
年	月	日	時間	取得分	年	月	日	時間	取得分
2023	6	1		1日	2023	6	7	5	5時間
2023	6	2		1日	2023	6	8	4	4時間
2023	6	3		1日	2023	9	8	5	5時間
2023	6	9		1日	2023	9	9	3	3時間
2023	8	12		1日					
2023	8	15		1日					
2023	8	16		1日					
2023	8	17		1日					

9月8日に実際取得した実際の取得時間が「4時間30分」であった場合 → 「5時間」と記載してください。

(合計取得時間数)17時間 ÷ (所定労働時間)6.5時間 = 2日と4時間となり、4時間は切り捨てて②には「2日」と記入。

今回の申請における対象有給休暇取得日数と時間数

①	日数計	8	日	時間計	17	時間	⇒	②	2	日
---	-----	---	---	-----	----	----	---	---	---	---

A+B = 「5日」か「10日」のいずれかの日数になります。「5日」か「10日」を記入してください。 10 日

●上記に記載した日は、法定の介護休業、介護休暇、年次有給休暇とは別の新型コロナウイルス感染症に係る有給の休暇を取得した日です。  はい  いいえ

●上記に記載した有給の休暇については、以下の理由で取得したものです。(該当するもの全てに☑してください。)

労働者確認欄	I	新型コロナウイルス感染症の影響により、利用していた又は利用しようとしていた介護施設や介護サービスが休業等により利用ができなくなったため					
	II	新型コロナウイルス感染症の影響により、利用していた又は利用しようとしていた介護施設や介護サービスの利用を控えたため					
	III	<input checked="" type="checkbox"/>	通常介護している者の氏名	○川 ○夫	介護を必要とする対象家族との続柄	父	
		介護ができなくなった理由(新型コロナウイルス感染症に係るもの)		○川○夫が○川△雄を介護していたが、○川○夫が8月12日から9月9日まで新型コロナウイルス感染症に罹患し入院し、介護ができなくなったため。		介護を必要とする対象家族の状態(支給要領0402cの証明書類が提出できない場合のみ)	一人で歩行が困難であり、介護が必要な状態である。(介護認定の申請については助成金申請時点において未申請。)

●上記に記載した同一期間(日)について介護休業給付金を受給したことはありません。  はい  いいえ

記載されている内容は全て事実のとおりです。

(所属) 企画部 (労働者氏名) ○川 ×子 (連絡先電話番号) 000 - 0000 - 1111