

中小企業事業主のみ対象

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(職場復帰時))支給申請書

両立支援等助成金(育児休業等支援コース(職場復帰時))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。

記載例

2025年7月1日

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

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。
〔代理人・事務代理人・
提出代行者〕
日本標準産業分類に基づき記入してくだ
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
連絡先
03-0000-0000

この申請書の内容について問合せに
対応できる社内の方を記載してくだ
さい。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号	1234-123456-1	②労働保険番号	12345-6789-123	
	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 分類項目名: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	
	⑥記載担当者 (続き)	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番号	④電話番号
	1	ちよだ支店	東京都〇〇区△△町1-2-3	1234-123456-1	03-0000-1111
	2	みなと支店	東京都△△区△△町1-2-3	〃	03-0000-2222
	3	はるみ支店	東京都××区××町1-2-3	〃	03-0000-3333
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
10					
				(上記2に記載のない場合) 本社等以外の事業所はない	☐ はい ☐ いいえ

※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				

中小企業事業主のみ対象

育児休業等支援コース(職場復帰時)詳細

記載例

○支給申請に係る労働者 ※複数人となる場合

職場復帰時の支給を受けるには、**育休取得時の支給を受けた事業主が、同一の対象育児休業取得者・同一の育児休業について、所定の要件を満たす必要があります。**

申請事業主:

株式会社 両立商事

① 労働者の属性、休業期間 (※連続3か月以上の育児休業(産後休業の終了後引き続き育児休業をする場合には、産後休業を含め連続3か月以上)であることが条件)

氏名	○山 ○子		雇用保険被保険者番号	1234-123456-2	
i 産後休業期間	2024	年 4 月 13 日 ~	2024	年 6 月 7 日	
ii 育児休業期間	2024	年 6 月 8 日 ~	2024	年 11 月 30 日	
職場復帰後、在宅勤務をしている			☐ はい ☒ いいえ	(在宅勤務をしている場合) 本人の希望によるものである	

② 育休復帰支援プランに基づく情報・資料の提供、面談の実施

情報提供を行った日 (※1)	2024	年	7	月	13	日	情報提供の内容	定例ミーティング資料(新規事業の概要説明)、新規事業に関連する社内研修資料をメールで送付				計	3	回					
	2024	年	9	月	13	日		定例ミーティング資料(社内の組織再編及び役員人事のお知らせ)、業務に関連する法令改正の説明資料をメールで送付											
	2024	年	10	月	11	日		定例ミーティング資料(新規事業の進捗状況)をメールで送付											
育休終了前の面談を行った日	2024	年	11	月	1	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	－	0000
								(所属)	みなと支店 営業課						(氏名)		●井	●美	

③ 原職等復帰 面談の結果については、面談シート(【育】様式第2号)に記載されている必要があります。

復帰日	2024	年 12 月 1 日	育児休業終了後引き続き雇用保険の被保険者として6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	労働者の希望(該当する番号を○で囲む)	① 原職等復帰 2 それ以外
					面談の結果(該当する番号を○で囲む)	① 原職等復帰 2 それ以外
休業前後の状況	育休休業前					職場復帰後
事業所	みなと支店					はるみ支店
部署・係	営業課 法人営業担当					営業課 法人営業担当
職務	みなと地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施					はるみ地区における法人営業に係るマーケティングの企画・実施
役職	チーフ					チーフ
所定労働日数	週5日(土~水勤務、木金祝休)					5日(月~金勤務、土日祝休み)
所定労働時間	8時間(9~18時 休憩1時間)					時間(9~18時 休憩1時間)
賃金(基本給、手当、賞与等)	月給 基本給28万円、交通費計4.5か月分)、土日勤務手当					給 基本給28万円、交通費(実費)、扶養手当、賞与(6・12月 計4.5か月分)
その他の労働条件等	賞与は人事考課による査定あり夏季休暇(7~9月に5日間)					賞与は人事考課による査定あり夏季休暇(7~9月に5日間)
休業前と職場復帰後で労働条件等が異なっている場合はその理由	はるみ支店への異動は、保育所送迎等のため、自宅により近い事業所を希望したため。それに伴い、業務の担当地区を変更。所定労働日の変更は、土日は子を保育所に預けられないため、土日休みの勤務形態を希望したため。それに伴い土日勤務手当は不支給。					
育休休業終了日の翌日から起算して6か月の間の就労割合が5割以上であるか。(※2)	☒ はい ☐ いいえ		育休休業期間及び休業終了後の就労実績が確認できる書類(該当する番号を○で囲む)	① 出勤簿またはタイムカード ② 賃金台帳 3 その他()		

④ 育休取得者本人確認欄 上記については、記載のとおりです。

(氏名)	○山 ○子	連絡先電話番号	03 - 0000 - 0000
------	-------	---------	------------------

※1) 復帰前の直前3回を記入してください。なお、合計欄は情報提供を行った合計の回数を記載してください。
※2) 詳細の算定方法については支給要領0301b木を参照してください。

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

⑤ 育児休業制度について、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
------	---

育児休業等に関する情報公表加算の申請	☒ 有 ※「有」の場合は【育】様式第5号と必要書類も添付すること。 ☐ 無
--------------------	---

対象労働者

支給単価

育児休業等に関する情報公表加算

支給申請額

1 人

×

中小企業 300,000円

+

<加算ありの場合>

20,000円

=

320,000 円

※1事業主当たり、有期雇用労働者1人、無期雇用労働者1人の計2人が対象。