

両立支援等助成金(育休中等業務代替支援コース)【手当支給等(短時間勤務)】支給申請書

両立支援等助成金(育休中等業務代替支援コース)【手当支給等(短時間勤務)】の支給を受けたいので、次のとおり申す。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

2024 年 11 月 15 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 〒000-0000 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・提出代行者の場合には以下から選択してください。
所在地 〒000-0000 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
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

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	1234-567890-1	②労働保険番号	12345-678910-123	
	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)	ryouritsu-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
1		ちよだ支店	東京都〇〇区〇〇町	890-1	03-0000-1111
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					
(上記2に記載のない場合) 本社等以外の事業所はない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

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)。

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。

※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
備考		通知書発送年月日	年	月 日	

中小企業事業主のみ対象

記載例

育休中等業務代替支援コース【手当支給等(短時間勤務)】詳細

申請事業主: 株式会社 両立商事

I. 事業主

① 制度等の規定					
1 育児休業制度	規定年月日	2013年1月1日	規定種類 (該当する番号 を○で囲む)	1 労働協約	② 就業規則
2 育児のための短時間勤務制度	規定年月日	2013年1月1日		1 労働協約	② 就業規則
② 育児のための短時間勤務制度を利用する労働者である場合(有期雇用労働者加算の申請を行う場合のみ)					
最初に規定した年月日を記入してください。 ※なお、申請書類に添付する育児・介護休業規程は、短時間勤務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。			過去6か月の間、期間を○で囲む)	1 有	② 無
			雇用契約書などの確認	① 労働条件通知書または雇用契約書	2 その他()
③ 一般事業主行動計画の策定・届出、計画の公表・労働者への周知(該当する番号を○で囲む。次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定を受けた事業主は記載不要)				① 有	2 無
④ 次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定の有無(該当する番号を○で囲む。)				1 有	② 無
			認定日:	年	月

II. 支給申請に係る育児のための短時間勤務

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。

⑤ 労働者の属性					
氏名	○井 ○子	健康保険被保険者番号	1234-123456-1	雇用保険被保険者となった年月日	2021年4月1日
雇用契約期間	2021年4月1日 ~ 2026年3月31日				
短時間勤務の対象となった子	氏名	○井 ○介	出生日等の確認書類(該当する番号を○で囲む)		
	出生日	2024年4月20日	① 母子健康手帳の該当部分	② 健康保険証(※)	③ その他()
※子が対象制度利用者の被扶養者である場合					
(対象制度利用者が派遣労働者の場合) 利用開始前から支給要件を全て満たすまでの期間について、同一の労働者派遣事業を行う事業主に雇用されている <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
⑥ 育児のための短時間勤務制度利用期間(※1か月以上であることが条件)					
i 制度利用期間	2024年8月1日 ~ 2025年7月31日		短時間勤務申出に関する書類の添付	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ii iのうち今回支給申請する対象期	2024年8月1日 ~ 2025年7月31日		対象制度利用者の同一の子に係る短時間勤務制度利用についての、過去の制度利用期間に関する受給の有無		
<input type="checkbox"/> 有	支給対象となった制度利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日	支給番号(12桁)	-	-
⑦ 本人確認欄					
⑤~⑥については、記載のとおりです。 (氏名) ○井 ○子			連絡先電話番号	03 - 0000 - 3333	
⑧ 育児のための短時間勤務制度について、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。					
<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					

本人と連絡が取れる電話番号を記載してください。

企業規模	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業である	「有期雇用労働者加算」の申請有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	過去の育休中等業務代替支援コースでの受給の有無(今回の支給申請人数を除く。) 「有」の場合は、前回の支給申請までの受給人数を記入。	<input checked="" type="checkbox"/> 有 1人 <input type="checkbox"/> 無
------	---	------------------	---	--	--

育児休業等に関する情報公表加算の申請	<input type="checkbox"/> 有 ※「有」の場合は【代】様式第4号と必要書類も添付すること。 <input checked="" type="checkbox"/> 無
--------------------	---

業務体制整備経費	20,000円	+	手当支給にかかる助成額	135,000	+	有期雇用労働者加算 <加算ありの場合>	100,000円	+	育児休業等に関する情報公表加算 <加算ありの場合>	20,000円	=	支給申請額	255,000円
----------	---------	---	-------------	---------	---	------------------------	----------	---	------------------------------	---------	---	-------	----------

今回の支給申請までに申請した労働者(今回分含む、不支給決定の者は除く)について記載してください。

育休中等業務代替支援コース 申請履歴(同一年度(4月1日~3月31日)に支給要件を満たした労働者)			
手当支給等(育児休業)に係る申請	1人	手当支給等(短時間勤務)に係る申請	1人
新規雇用(育児休業)に係る申請	0人	合計	2人

※1事業主当たり、【手当支給等(育児休業)】【手当支給等(短時間勤務)】及び【新規雇用(育児休業)】を合わせて1年度10人まで支給。
(最初に生じた支給対象労働者が支給要件を満たした日の翌日から5年以内に要件を満たすことが必要)
※次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定を受けた事業主(くるみん認定事業主)は、令和11年3月31日まで延べ50人まで支給対象。

中小企業事業主のみ対象

両立支援等助成金(育休中等業務代替支援コース【手当支給等(短時間勤務)】)実施結果書

事業主名	株式会社 両立商事	支給に係る短時間勤務 制度利用者の氏名	○井 ○子
------	-----------	------------------------	-------

1 支給申請に係る業務代替者

業務代替者 1	① フリガナ氏名	▲シタ ▲サブロウ ▲下 ▲三郎	② 所属部署・担当業務	はるみ支店 営業部 法人営業担当
	③ 雇用保険被保険者番号 ※被保険者でない場合は空欄	1234-456789-1	④ 採用年月日	2014 年 4 月 1 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、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月日及び面談を行った者の氏名	面談を行った年月日 2024 年 7 月 16 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 総務部 人事課 氏名 △田 △吉		連絡先電話番号 03 - 0000 - 0000
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2～3については、記載のとおりです。 所属 はるみ支店 営業部 氏名 ▲下 ▲三郎		連絡先電話番号 03 - 0000 - 0000
	業務代替者 2	① フリガナ氏名	●サキ ●ミ ●崎 ●美	② 所属部署・担当業務
③ 雇用保険被保険者番号 ※被保険者でない場合は空欄		1234-567890-1	④ 採用年月日	2020 年 4 月 1 日
⑤ 代替する業務内容、賃金等について、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月日及び面談を行った者の氏名		面談を行った年月日 2024 年 7 月 16 日		
面談者確認欄		上記⑤については、記載のとおりです。 所属 総務部 人事課 氏名 △田 △吉		連絡先電話番号 03 - 0000 - 0000
⑥ 本人確認欄		上記①から⑤及び次頁2～3については、記載のとおりです。 所属 はるみ支店 営業部 氏名 ●崎 ●美		連絡先電話番号 080 - 0000 - 0000
業務代替者 3		① フリガナ氏名		② 所属部署・担当業務
	③ 雇用保険被保険者番号 ※被保険者でない場合は空欄		④ 採用年月日	年 月 日
	⑤ 代替する業務内容、賃金等について、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月日及び面談を行った者の氏名	面談を行った年月日 年 月 日		
	面談者確認欄	上記⑤については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
	⑥ 本人確認欄	上記①から⑤及び次頁2～3については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
	業務代替者 4	① フリガナ氏名		② 所属部署・担当業務
③ 雇用保険被保険者番号 ※被保険者でない場合は空欄			④ 採用年月日	年 月 日
⑤ 代替する業務内容、賃金等について、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月日及び面談を行った者の氏名		面談を行った年月日 年 月 日		
面談者確認欄		上記⑤については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -
⑥ 本人確認欄		上記①から⑤及び次頁2～3については、記載のとおりです。 所属 氏名		連絡先電話番号 - -

(次頁に続く)



2 業務見直しの内容、業務分担

業務見直しを実施した年月日	2024 年 7 月 18 日	
業務見直し結果	具体的内容	
a 業務の一部の休止・廃止		
b 手順・工程の見直し等による効率化、業務量の減少	納期・在庫管理をシステム化することにより、管理表の作成や課員への共有の負担を減少させる。	
c マニュアル等の作成による業務、作業手順の標準化		
育児短時間勤務制度利用者及び業務代替者が所属する部署全体又は事業所全体の業務分担が確認できる資料	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

	業務分担	
	育児短時間勤務開始前	育児短時間勤務中(業務代替期間)
短時間勤務制度利用者	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、その他付随する業務	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、その他付随する業務(対象顧客を一部縮小)
業務代替者	1	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
	2	法人営業に係る商品の受発注、納期・在庫管理
	3	
	4	

賃金規定の整備は、休業前である必要があります。

3 制度等の運用実績

業務を代替する労働者に対する手当等の賃金増額制度を規定した年月日	2024 年 7 月 16 日
業務代替者に支給した手当等の総額が3千円以上(代替期間が1か月に満たない場合は、1日あたり150円と比較して低い方以上)である	<input checked="" type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

		1か月目		2か月目		3か月目	
業務代替期間	自	2024 年 8 月 1 日	2024 年 9 月 1 日	2024 年 10 月 1 日	2024 年 8 月 1 日	2024 年 9 月 1 日	2024 年 10 月 1 日
	至	2024 年 8 月 31 日	2024 年 9 月 30 日	2024 年 10 月 31 日	2024 年 8 月 31 日	2024 年 9 月 30 日	2024 年 10 月 31 日
業務代替者	1 手当等	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円
	2 手当等	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円
	3 手当等	月当たり 円	月当たり 円	賃金制度運用実績が把握できる業務代替者の賃金台帳、業務代替者の所定労働時間及び勤務実績が確認できるものの提出が必要です。	円	円	円
	4 手当等	月当たり 円	月当たり 円	円	円	円	円
全員分の合計額		月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円

		4か月目		5か月目		6か月目	
業務代替期間	自	2024 年 11 月 1 日	2024 年 12 月 1 日	2025 年 1 月 1 日	2024 年 11 月 1 日	2024 年 12 月 1 日	2025 年 1 月 1 日
	至	2024 年 11 月 30 日	2024 年 12 月 31 日	2025 年 1 月 31 日	2024 年 11 月 30 日	2024 年 12 月 31 日	2025 年 1 月 31 日
業務代替者	1 手当等	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円	月当たり 10,000 円
	2 手当等	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円	月当たり 5,000 円
	3 手当等	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円
	4 手当等	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円	月当たり 円
全員分の合計額		月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円	月当たり 15,000 円



		7か月目				8か月目				9か月目									
業務代替期間	自	2025	年	2	月	1	日	2025	年	3	月	1	日	2025	年	4	月	1	日
	至	2025	年	2	月	28	日	2025	年	3	月	31	日	2025	年	4	月	30	日
業務代替者	1	手当等	月当たり	10,000 円				月当たり	10,000 円				月当たり	10,000 円					
	2	手当等	月当たり	5,000 円				月当たり	5,000 円				月当たり	5,000 円					
	3	手当等	月当たり	円				月当たり	円				月当たり	円					
	4	手当等	月当たり	円				月当たり	円				月当たり	円					
全員分の合計額			月当たり	15,000 円				月当たり	15,000 円				月当たり	15,000 円					

		10か月目				11か月目				12か月目									
業務代替期間	自	2025	年	5	月	1	日	2025	年	6	月	1	日	2025	年	7	月	1	日
	至	2025	年	5	月	31	日	2025	年	6	月	30	日	2025	年	7	月	31	日
業務代替者	1	手当等	月当たり	10,000 円				月当たり	10,000 円				月当たり	10,000 円					
	2	手当等	月当たり	5,000 円				月当たり	5,000 円				月当たり	5,000 円					
	3	手当等	月当たり	円				月当たり	円				月当たり	円					
	4	手当等	月当たり	円				月当たり	円				月当たり	円					
全員分の合計額			月当たり	15,000 円				月当たり	15,000 円				月当たり	15,000 円					

上記について、毎月支給でなく、複数の月に係る分をまとめて支給した手当等を含んでいる。
※対象となる業務代替期間や計算方法が分かる書類を添付してください。

該当 非該当

A.合計手当支給額
(全ての月を合算) **180,000 円**

B.助成金支給対象額
(上限適用前) **135,000 円**

※Aの4分の3の額。100円未満切り捨て。

C.業務代替期間
の合計月数 **12** か月

D.助成金支給上限額 **360,000 円**

※Cの月数×3万円

※1か月に満たない期間については切り上

E.助成金支給額
(手当支給に係る分) **135,000 円**

※BがDより高い場合はDの額。それ以外の場合は、Bの額。