

支給申請書記載例ほか

出生時両立支援助成金 . . . P35

中小企業両立支援助成金

代替要員確保コース . . . P37

期間雇用者継続就業支援コース . . . P40

育休復帰支援プランコース . . . P43

期間雇用者継続就業支援コース

期間雇用者が正社員と同等の要件で利用できる
育児休業制度の例 . . . P50

両立支援等助成金(出生時両立支援助成金)支給申請書

両立支援等助成金(出生時両立支援助成金)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。

平成 28 年 10 月 7 日

東京 労働局長 殿

申請事業主
又は代理人

〒 100-0000

住所 千代田区1-0-0
名称 株式会社両立商事
氏名 霞 太郎

事業主
の印

申請事業主の人事
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
る労働局名を記載
してください。

この申請書を提出
する年月日を記載
してください。

本パンフレットP4にあてはまる
労働者の数を記載してください。

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に両立支援等助成金(出生時両立支援助成金)の支給申請に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

申請事業主
又は
社会保険労務士
(提出代行者・
事務代理者)

〒 200-0000

住所 東久留米市2-0-0
名称 ニコニコ社会保険労務士事務所
氏名 社会保険労務士 申請 進

社会保険
労務士
の印

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号	1234-5678890-0	②労働保険 従った主な産業を記 載してください。	2 1 2 3 4 5 6 - 7 8 9
	③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数	150 人	④主たる事業	サービス業
	⑤資本の額若しくは 出資の総額	3000 万円	⑥事業所総数	3 箇所 (うち他道府県に 存在する事業所数) 2 箇所
	⑦支給申請に係る労働者の育児休業開始前3年以内の期間において、14日(中小企業事業主 は5日)以上の育児休業を取得した男性労働者の有無 ※1人目の申請を行う場合のみ記載のこと			有 ・ 無
	⑧男性労働者が育児休業を取得しやすい職場風土作りの取組 ※1人目の申請を行う場合のみ記載のこと		平成 28 年 4 月 20 日	
	⑨育児休業制度及び育児のための短時間勤務制度			有 ・ 無
	⑩一般事業主行動計画の策定、届出、公表及び労働者に周知させるための措置 ※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			有 ・ 無

2 支給申請に係る労働者 (フリガナ) (マルヤマ マルオ)	①雇用保険被保険者番号	××××-××××××××-×	②雇用保険の被保険者となった 年月日	昭和・平成 20 年 4 月 1 日	※審査結果 支給(人目)・不支給
	③休業の対象となった子 氏名	○山 ○子	生年月日	平成 28 年 8 月 6 日	
	④育児休業期間	平成 28 年 9 月 2 日 ~ 平成 28 年 10 月 1 日			
	本人確認欄 署名	○山 ○男	連絡先電話番号	0000-0000	

3 記載担当者	役職	総務係長	氏名	○川 ○子	連絡先電話番号	03-0000-0000
---------	----	------	----	-------	---------	--------------

社会保険労務士記載欄	作成年月日	平成28年10月5日	この申請書の内容について問い合 わせができる方を記載してください。	-0000
	提出代行・事務代理者の表示		事務代理	

4 振込先	両立	銀行	霞ヶ関	店	フリガナ	カブシキガイシャ リョウリツジョウジ
		信用金庫			口座名義	株式会社 両立商事
		口座の種類	普通	当座	口座番号	(1234567)

※ 処 理 欄	受理年月日	平成 年 月 日	受理番号	
	支給決定 決定年月日	平成 年 月 日	決定番号	
	決定金額		円	備考
	局長	部(室)長		担当

<【出】様式第1号②> (H28.6.24改正)

申請事業主	
事業所名	株式会社 両立商事
住所	〒100-0000 千代田区1-0-0
電話番号	03-0000-0000
雇用保険適用事業所番号(本社)	1234-5678890-0

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地(住所)	雇用保険適用事業所番号	電話番号
1	(株)両立商事 多摩支店	武蔵野市001-0-0	1234-0000000-0	03-0000-0000
2	(株)両立商事 大阪支店	大阪市00区1-0-0	3456-0000000-0	06-0000-0000
3	(株)両立商事 流通部	千葉市00区1-0-0	7890-0000000-0	043-000-0000
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

中小企業両立支援助成金(代替要員確保コース)支給申請書

中小企業両立支援助成金(代替要員確保コース)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。

平成 28 年 11 月 2 日

東京

労働局長 殿

この申請書を提出する年月日を記載してください。

申請事業主の所在地を管轄する労働局名を記載してください。

本パンフレットP4にあてはまる労働者の数を記載してください。

いわゆる払込み済資本額を記載してください。

規定しているaまたはbのいずれかを○で囲んだ上、規定年月日を記載してください。

申請事業主
又は代理人

〒 100-0000
住所 千代田区 1-0-0
名称 株式会社 両立物産
氏名 霞 太郎

事業主の印

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に中小企業両立支援助成金(代替要員確保コース)の支給申請に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

申請事業主
又は
社会保険労務士
(提出代行者・
事務代理者)

〒 200-0000
住所 東久留米市 2-0-0
名称 ニコニコ社会保険労務士事務所
氏名 社会保険労務士 申請 進

社会保険労務士の印

日本標準産業分類に従った主な産業を記載してください。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業主番号	1234-5678890-0	②労働保険番号	1 2 3 4 5 6 - 7 8 9
	③申請月の初日において常時雇用する労働者の数	150 人	④主たる事業	サービス業
	⑤資本の額若しくは出資の総額	3000 万円	⑥事業所総数	4 箇所 (うち他都道府県に存在する事業所数) 1 箇所
	⑦育児休業取得者の原職等復帰措置	a 労働協約 b 就業規則	規定年月日	平成 26 年 3 月 31 日
	⑧育児休業制度及び育児のための短時間勤務制度		⑧~⑪(⑫)については、該当するものを○で囲んでください。	有 ・ 無
	⑨一般事業主行動計画の策定、届出、公表及び労働者に周知させるための措置 ※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			有 ・ 無
	⑩両立支援レバレッジアップ助成金(代替要員確保コース)又は育児休業代替要員確保等助成金の受給の有無 ※有の場合【中小/代】様式第1号②にも記載のこと			有 ・ 無
	⑪支給申請に係る労働者について、精神障害者雇用安定奨励金(代替要員確保)の受給の有無			有 ・ 無
	⑫支給申請に係る労働者について、両立支援等助成金(出生時両立支援助成金)の受給の有無			有 ・ 無
	⑬次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定の有無 ※平成27年4月10日以降、初めて支給要件を満たす労働者が生じた事業主のみ記載のこと			有 ・ 無

2 支給申請に係る労働者(注1)	(1)	①雇用保険被保険者番号	××××-××××××××-×	②雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成 22 年 7 月 21 日	
		③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、産後休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間の雇用形態) ※対象育児休業取得者が期間雇用者である場合の加算または雇用期間の定めのない労働者として復帰させた場合の加算を受けようとする事業主のみ記載のこと			無期雇用者・期間雇用者	
		④産後休業期間	平成 27 年 4 月 1 日 ~ 平成 27 年 5 月 28 日			
		⑤育児休業期間	平成 27 年 5 月 29 日 ~ 平成 28 年 3 月 31 日			
		⑥原職等復帰	所属する部署の最小単位まで記載してください。	28 年 4 月 1 日	復帰事業所	育児休業前と ア 同じ イ 異なる
		⑦代	所属する部署の最小単位まで記載してください。			
		署名	〇田 〇子	押印	〇田	03-1234-0000
	署名	〇沢〇美、〇本〇郎	雇入れの方法	ア 新規雇用	イ 労働者派遣	
	雇入れ期間	平成 27 年 5 月 1 日から (期間 4 月 15 日)				
	雇入れ期間	平成 27 年 9 月 15 日まで	予定・無期雇用		左のうち上記⑤と重なる期間 3 月 18 日	
	雇入れた部署・係・職務名	営業本部法人営業課第三営業係・営業事務				

※審査結果
支給()
人目()
不支給

<【中小/代】様式第1号①>

2 支給申請に係る労働者(注1) 氏名(フリガナ) マルシタ マルスケ	①雇用保険被保険者番号	××××-××××××××-×	②雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成	22	年	9	月	15	日	※審査結果 支給(人目) ・ 不支給					
	③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、産後休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無) ※対象育児休業取得者が期間雇用者である場合の加算または雇用期間の定めのない労働者として復帰させた場合の加算を受け、男性の場合は記載不要です。									有		無				
	④産後休業期間	平成	年	月	日	~	平成	年	「異なる」でも支給対象となる場合もありますが、労働局から詳細を確認させていただくことがあります。							
	⑤育児休業期間	平成	27	年	8	月	15	日	~	平成		28	年	3		
	⑥原職等復帰	復帰日	平成	28	年	4	月	15	日	復帰事業所		育児休業前と	ア	同じ	イ	異なる
		部署・係・職務名	ア 復帰後 総務部経理課給与1係・給与計算 イ 育児休業前 総務部人事課人材開発係・研修企画													
	⑦代替要員の確保	代替要員の氏名	○山 ○夫		雇入れの方法	ア 新規雇用		イ 労働者派遣		連絡先電話番号		03-1234-0000				
	雇入れ期間(注2)	平成	27	年	8	月	1	日から	(期間月日)	左のうち上記⑤と重なる期間		7	月	1	日	
	雇入れた部署・係・職務名	営業部営業課顧客管理係・顧客データ管理														

3 記載担当者	役職	総務課長	氏名	○藤 ○恵	連絡先電話番号	03-1234-0000
この申請書の内容について問い合わせができる方を記載してください。			年月日	平成28年10月15日	連絡先電話番号	042-567-0000
提出代行・事務代理者の表示			事務代理			
4 振込先	振込先の金融機関を記載してください。	両立	銀行	霞ヶ関	店	フリガナ カブシキガイシャ リョウリツブツサン 口座名義 株式会社 両立物産
	信用金庫					
	口座の種類	普通	当座		口座番号	(1234567)

※ 処理 欄	受理年月日	平成	年	月	日	受理番号		
	支給決定	決定年月日	平成	年	月	日	決定番号	
		決定金額					円	備考
		局長	部(室)長		担当			

(注1)3人以上の支給申請に係る労働者がいる場合は、「代替要員確保コース 支給申請書に係る労働者名簿」<【中小/代】様式第1号<続紙>>に記載してください。
(注2)現在も引き続き雇用している場合は、「予定」に○の上、期間雇用者については雇用期間満了予定日を記載してください。期間の定めのない労働者として雇用している場合は、「無期雇用」に○の上、終期は空欄のままとしてください。

<【中小/代】様式第1号②> (H28.6.24改正)

申請事業主	
事業所名	株式会社 両立物産
住所	〒100-0000 千代田区霞が関1-0-0
電話番号	03-1234-0000
雇用保険適用事業所番号(本社)	1234-5678890-0

複数回支給を受けている事業主は、最も前に支給された年月日及び支給対象となった従業員氏名を記載してください。
本社に該当者がいる場合は、本社についても記載してください。

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地(住所)	雇用保険適用事業所番号	電話番号	両立支援レベルアップ助成金(代替要員確保コース)等の支給	有の場合	
						最も前に支給がなされた年月日	従業員氏名
1	(株)両立物産葛西支店	江戸川区葛西1-0-0	1234-000000-0	03-1234-0000	有・無		
2	(株)両立物産愛媛支店	愛媛県松山市1-0-0	2345-000000-0	089-1234-0000	有・無		
3	リョウリツマート	杉並区高円寺1-0-0	3456-000000-0	03-3456-0000	有・無	平成23年2月1日	○藤 ○江
4					有・無		
5					有・無		
6					有・無		
7					有・無		
8					有・無		
9					有・無		
10					有・無		

中小企業両立支援助成金(期間雇用者継続就業支援コース)支給申請書

中小企業両立支援助成金(期間雇用者継続就業支援コース)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。

平成 28 年 10 月 14 日

東京

申請事業主の所在地を管轄する労働局名を記載してください。

この申請書を提出する年月日を記載してください。

申請事業主又は代理人

〒 100-0000
住所 千代田区霞が関1-0-0
名称 ファミリー・フレンドリー株式会社
氏名 霞 花子

事業主の印

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に中小企業両立支援助成金(期間雇用者継続就業支援コース)の支給申請に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

申請事業主又は社会保険労務士(提出代行者・事務代理者)

〒 200-0000
住所 東村山市2-0-0
名称 ニコニコ社会保険労務士事務所
氏名 社会保険労務士 申請 進

社会保険労務士の印

本パンフレットP4にあてはまる労働者の数を記載してください。

いわゆる払込み済資本額を記載してください。

規定しているaまたはbのいずれかを○で囲んだ上、規定年月日を記載してください。

日本標準産業分類に従った主な産業を記載してください。

⑦~⑫については、該当するものを○で囲んでください。

所属する部署の最小単位まで記載してください。

支給申請に係る労働者各人の状況を記載してください。

必ず本人が自筆で署名・押印してください。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所	1 2 3 4 - 5 6 7 8 8 9 0 - 0	②労働保険番号	日本標準産業分類に従った主な産業を記載してください。	2 1 2 3 4 5 6 - 7 8 9	
	③申請月の初日において常時雇用する労働者の数	150 人	④主たる事業	卸売業		
	⑤資本金の額若しくは出資の総額	000 万円	⑥事業所総数	4 箇所 (うち他道府県に存在する事業所数)	2 箇所	
	⑦育児休業取得者の原職等復帰措置	a 労働協約	b 就業規則	規定年月日	平成 25 年 3 月 31 日	
	⑧育児休業制度及び育児のための短時間勤務制度(期間雇用者が、正社員と同等の要件利用可能となっているもの)				有 ・ 無	
	⑨一般事業主行動計画の策定、届出、公表及び労働者に周知させるための措置 ※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				有 ・ 無	
	⑩支給申請に係る労働者について両立支援等助成金(子育て期短時間勤務支援助成金)の受給の有無				有 ・ 無	
	⑪支給申請に係る労働者について中小企業両立支援助成金・育休復帰支援プランコース(職場復帰時)の受給の有無				有 ・ 無	
	2 支給申請に係る労働者	(1) 氏名(フリガナ)	①雇用保険被保険者番号	××××-××××××××-×	②雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成 23 年 4 月 1 日
		③産後休業期間	平成 27 年 7 月 1 日	～平成 27 年 8 月 25 日		
		④育児休業期間	平成 27 年 8 月 26 日	～平成 28 年 3 月 31 日		
⑤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、産後休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無)					有 ・ 無	
⑥原職等復帰		所属する部署の最小単位まで記載してください。	平成 28 年 4 月 1 日	復帰事業所	育児休業前と	ア 同じ
イ 育休休業前		ア 復帰後	霞ヶ関支店営業部第2係・営業職			
		イ 育休休業前	霞ヶ関支店営業部第2係・営業職			
⑦正社員復帰加算申請	申請をしない	・	する	通常の労働者への転換日	平成 年 月 日	
⑧支給申請に係る労働者について「キャリアアップ助成金」の「雇用者転換」の受給の有無					有 ・ 無	
本人確認欄	上記①から⑦については、記載のとおりです。	署名	○山 ○江	押印	連絡先電話番号 03-1234-0000	

2 支給申請に係る労働者 ○川○夫(マルカワマルオ)	①雇用保険被保険者番号	××××-××××××××-×	②雇用保険の被保険者となった年月日	昭和・平成 20年4月1日	※審査結果 支給(人目) 正社員加算 無・有(人目) 不支給	
	③産後休業期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
	④育児休業期間	平成 27年7月15日 ~ 平成 28年2月29日				
	⑤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、産後休業を開始する日の前日から起算して過去6か月の間、期間の定めのない労働者だったことの有無)	有 ・ 無				
	⑥原職等復帰	復 帰 日	平成 28年 3月 1日	復 帰 事 業 所		育児休業前と ア 同じ イ 異なる
	所属する部署の最小単位まで記載してください。	ア 復 帰 後	本社営業部第三営業係・営業事務			通常の労働者として復帰する際に、部署・職務が変更になっている場合は、詳細を確認させていただくことがあります。
	支給申請に係る労働者各人の状況を記載してください。	イ 育 児 休 業 前	本社総務部経理係・経理事務			
	⑦正社員復帰加算申請	申請を しない ・ する	通常の労働者への転換日	平成 28年 3月 1日		
	⑧支給申請に係る労働者について「キャリアアップ助成金」の「正規雇用等転換コース」の受給の有無	有 ・ 無				
	本人確認欄	上記①から⑦については、記載のとおりです。				連絡先電話番号
この申請書の内容について問い合わせができる方を記載してください。	○川 ○夫		押印	03-1234-0000		

3 記載担当者	役職	人事主任	氏名	○川 ○一	連絡先電話番号	03-1234-0000
社会保険労務士記載欄	作成年月日	平成28年10月11日		連絡先電話番号	042-567-0000	
	提出代行・事務代理者の表示	事務代理				
4 振込先	振込先の金融機関を記載してください。	両立	銀行	千代田	店	フリガナ ファミリーフレンドリーカブシキガイシャ 口座名義 ファミリー・フレンドリー株式会社
		信用金庫	口座の種類	普通	当座)	口座番号 (1234567)

※ 処 理 欄	受 理 年 月 日	平成 年 月 日	受 理 番 号		
	決 定 年 月 日	平成 年 月 日	決 定 番 号		
	支 給 決 定	決 定 内 容	期間雇用者継続就業支援コース(本体分)	1人目	円+2~5人目× 人 円
			正社員転換加算措置	1人目	円+2~5人目× 人 円
	決 定 金 額 合 計			円	備 考
局 長	部(室)長		担 当		

<【中小、期継】様式第1号②> (H28.6.24改正)

申請事業主	
事業所名	株式会社 両立商事
住所	〒100-0000 千代田区1-0-0
電話番号	03-0000-0000
雇用保険適用事業所番号(本社)	1234-5678890-0

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地(住所)	雇用保険適用事業所番号	電話番号
1	(株)両立商事 多摩支店	武蔵野市001-0-0	1234-0000000-0	03-0000-0000
2	(株)両立商事 大阪支店	大阪市00区1-0-0	3456-0000000-0	06-0000-0000
3	(株)両立商事 流通部	千葉市00区1-0-0	7890-0000000-0	043-000-0000
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				