（様式第１号-1：再）

ひょうご仕事と生活センター

中小企業育児・介護等離職者雇用採用決定報告書(再雇用コース)

中小企業育児・介護等離職者雇用助成金の対象労働者の採用を決定しましたので報告します。

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。

公益財団法人　兵庫県勤労福祉協会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出日　　　　　　　　　　年　　　　月 　　　　日

　　　　　　　　　　　　　理　事　長　　様

①申 請 事 業 主　　　　住　所　〒

ふりがな

名　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　 　印

②当該申請に係る事業所

(①と同様の場合は記載不要)

住　所　〒

ふりがな

事業所名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　申請事業主 | ①雇用保険適用事業所番号 | | | | |  | |  | |  |  | | － | |  | |  |  |  |  | | |  | | － | | |  | ②主たる事業 | | | | | ※雇用保険適用事業所設置届に記載されている業種を記載してください。 | | |
| ③事業所総数　　　　　　 　 　　か所 | | | | | | | | | | | | | ④常時雇用する労働者の数  （企業全体）　　　　 　人 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | うち、当該申請に係る事業所に  常時雇用する労働者の数　　　 　 人 | | | |
| (うち県内事業所数)　　　　 　 か所 | | | | | | | | | | | | |
| ⑤国の両立支援等助成金(再雇用者評価処遇コース)の支給要件を満たしている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑥国の両立支援等助成金(再雇用者評価処遇コース)の支給申請をしている | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑦本件助成金の申請内容を国に情報提供をすることを同意 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑧就業規則等での育児・介護休業取得者にかかる原職等復帰についての明記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑨ひょうご仕事と生活の調和推進企業宣言 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑩過去３年間における労働関係法令に関する重大な違反 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑪過去３年間に悪質な不正行為により、国、地方自治体から本来受けることのできない助成金等（委託料を含む）を受けたこと、または受けようとしたことにより助成金等の不支給措置 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑫風営法第２条第５項に規定する性風俗関連特殊営業及び同条第１１項に規定する接客業務受託営業のうち店舗型性風俗特殊営業から委託を受けて当該営業を行う事業主に該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑬国、地方公共団体、独立行政法人、地方独立行政法人及びこれらと密接な関係のある公社等に該当密接な関係のある公社等に該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑭県税の滞納 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑮暴力団もしくはその統制下の団体に該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ２　対象労働者 | ①氏　名 | | | | ふりがな | | | | | | | | | | | | | | | | | ②事業主の取締役等  との続柄 | | | | | | | | | | | 三親等以内である　・　三親等以内でない | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③雇用開始日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | ④当該事業所におけ る雇用保険取得日 | | | | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| ⑤部署・役職  職務内容等 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑥雇用形態 | | | | | | | | | ・正社員　　　　　　　 　 ・ 短時間勤務正社員  ・ 非正社員（フルタイム）　・非正社員（フルタイム以外） | | | | | |
| ⑦雇用期間契約 | | | | □定めなし  □定めあり（ 　　年　　月　　日まで） | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑧労働条件  賃金 | | | | | | | | | ◇基本給　月額・日額・時給 　　　　　　 　　　円  ◇定期的に支払われる手当 １か月当たり　　 　 　円 | | | | | |
| ⑨就業時間 | | | | ：　　　　から　　　　　：　　　　まで　　週休　　　　日　　休日：　　　　　　　　　1週間当たりの所定労働時間　　　　　時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩前職の離職  理由 | | | | 結婚 ・ 配偶者の転勤 ・ 妊娠 ・ 出産 ・ 育児 ・ 介護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ⑪離職期間 | | | | | | 年　　　月　　　日から  　　　年　　　月　　　日まで　（通算　　　年　　　か月） | | | | |
| 3事務手続きの担当者 | | | (部署名)  氏　名 | | | | （　　　　　　 　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | 住　所 | | | | | | 〒　　　　－ | | | | | | |
| TEL |  | | | | | | | | FAX | | | |  | | | | | | | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | | | |  | | | | | | |
| ※社会保険労務士等　代行者記載欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受理番号 | |
| 会社名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 住　所 | | | | | | 〒　　　　－ | | | | | | | |
| 担当者氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEL | |  | | | | | | | FAX | | |  | | | | | | | | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （1）対象労働者の採用を決定した場合、裏面記載の添付書類を添えて、すみやかに公益財団法人兵庫県勤労福祉協会理事長に提出してください。 | |
| （2）添付書類 | 下記記載 |
| （3）（2）以外にも必要により書類の提示または提出を求めることがあります。 | |

（添付書類）

ア　労働協約又は就業規則等の全部(写)

(ｱ)　一定の要件を備えた育児休業・介護休業を定めていることが確認できること

(ｲ)　育児休業・介護休業取得者の原職等への復帰を定めていることが確認できること

(ｳ)　当該雇用による対象労働者に適用される賃金及び格付け等の処遇について確認できること

イ　雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写)

ただし、新規雇用形態が非正社員（フルタイム以外）の場合は追加書類として、社会保険に加入していることが確認できる次の書類が必要

　　・健康保険・厚生年金保険被保険者資格取得確認及び標準報酬決定通知書

　　・健康保険被保険者証（写）等

ウ　雇入れ通知書(写)等対象労働者の部署、職務、所定労働時間が確認できる書類

エ　対象労働者の離職前の雇用状況確認書類（付表１）及び証明書類

証明書類

　（離職理由が結婚の場合）

婚姻日を確認できる書類（戸籍抄本（写）など）

（配偶者の転勤である場合）

対象労働者の住民票（世帯員）（３か月以内に発行のもの）

（離職理由が妊娠、出産、育児である場合）

対象労働者の住民票（世帯員）（３か月以内に発行のもの）又は母子手帳（写）

（離職理由が介護である場合）

　対象労働者の介護の実績が証明できるもの

例：

・介護対象者の「介護保険被保険者証（認定区分：要介護２以上）」（写）

・介護施設・介護サービス等の利用を証明できるもの（施設・ｻｰﾋﾞｽ利用時の領収書など）

・身体障害者手帳（写）と「常時介護を必要とする状態」の確認書

・医療施設等の利用を証明できるもの（施設利用時の領収書・介護要である医師の診断書など）

・介護対象家族の方の氏名、対象労働者との続柄（家族であること）、性別、生年月日等を証明できるもの（住民票記載事項証明書など）

・介護休業給付金を受けたことを証明できるもの（支給決定通知書など）