（様式第１号－２）

ひょうご仕事と生活センター

中小企業育児・介護等離職者雇用身分転換決定報告書

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

申請事業主　住　所　〒

ふりがな

名　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　印

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①申請事業主 | | 常時雇用する労働者の数　　　　　　　　人 | | | | | | | | | | | | | | | | ひょうご仕事と生活の調和推進企業宣言の有無 | | | | | 有・無 |
| 事業所総数 | | | | | | | | | か所 | | | | | | | 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。 | |
| ②当該申請に係る事業所 | 名　　　　称 | ふりがな | | | | | | | | | | | | | | | 責任者の氏名 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | 印 | | | | | | |
| 所　在　地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | ＴＥＬ( 　　 ) 　　　 － | | | |
| 育児・介護休業制度 | （有・無） | | | | | | | 育児・介護休業取得者の  原職等復帰措置 | | | | | | | | | | 実施根拠 | | a　労働協約　・　b　就業規則　・　ｃ　その他の規定等 | | |
| 雇用保険適用事業所番号 |  |  |  |  | － |  |  | |  | |  |  |  | － |  | | | 常時雇用する労働者の数  人 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ③対象労働者 | 氏　名 | ふりがな | | 当該事業所における雇用保険取得日 | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | |
| 本助成金  受給実績 | 支給決定年月日 |  | 身分転換日 | 平成　　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| 支給決定番号 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 身分転換後の状況 | | | | | | | | 身分転換前の状況 | |
| 部署・役職  職務内容等 | | | |  | | | | | | | |  | |
| 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） | |
| 雇用期間契約 | | | | □定めなし | | | | | | | | □定めなし  □定めあり（平成　　年　　月　　日まで） | |
| 労働条件  賃金 | | | | ◇基本給　月額 ・ 日額 　 　　　　　　　　　　　　　　　　円  ◇定期的に支払われる手当　１か月当たり　 　　　　　　　　円 | | | | | | | | ◇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 | |
| 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 | | | | | | | | ：　　　　から　　　　　：　　　　まで　　週休　　　　日  休日：　　　　　　　　　1週間当たりの所定労働時間　　　　　時間 | |
| ④事務手続きの担当者 | | (部署名)  氏　名 | | | （　　　　　　　　） | | | | | 住　所 | | 〒　　　　－ | |
| TEL |  | | | | FAX |  | |
| Mail | |  | |
| ※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 |  | | Mail | |  | |

※　対象労働者の身分転換を決定した場合、別記１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。

（様式第１号-2　別記１）

ひょうご仕事と生活センター

中小企業育児・介護等離職者雇用助成金申請に係るチェックシート（身分転換）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給対象者（事業主）に関する要件 | | チェック |
| 1 | 常時雇用する労働者が全体で300人以下の企業である |  |
| 2  （いずれかにチェック） | (会社等）※会社法第２条で定義する｢株式会社｣(｢有限会社｣含む)｢合名会社｣｢合資会社｣｢合同会社｣  　常時雇用する労働者が100人以下の兵庫県内の事業所である |  |
| （上記以外の事業主）※（医療法人、社会福祉法人、NPO法人、学校法人、個人事業主など）  　常時雇用する労働者が20人以下の兵庫県内の事業所である |  |
| 3 | 過去に育児、介護等の理由で離職した労働者（他の企業でも可）を、（・非正社員（フルタイム）・非正社員（フルタイム以外））として新たに雇用し、中小企業育児・介護等離職者雇用助成金を受給し、当該労働者を  （・正社員　・短時間勤務正社員）として身分転換した |  |
| 4 | 「ひょうご仕事と生活の調和推進企業宣言」の宣言企業である |  |
| 5 | 育児休業・介護休業及び休業者の原職復帰等について、労働協約又は就業規則等に規定している |  |
| 6 | 過去3年間に労働関係法令に関する重大な違反がない |  |
| 7 | 過去3年間に悪質な不正行為により、本来受けることのできない助成金等を受け、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を取られていない |  |
| 8 | 雇用保険の適用事業主である |  |
| 9 | 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でない |  |
| 10 | 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でない |  |
| 11 | 企業等の代表者又はの取締役等が、雇入れられる対象労働者と３親等以内の親族でない |  |
| 12 | 暴力団もしくはその統制下の団体でない |  |
| 13 | 県税の滞納がない |  |
| 対象労働者に関する要件 | | チェック |
| 14 | 過去に非正社員（フルタイム）又は非正社員（フルタイム以外）として中小企業育児・介護等離職者雇用助成金受給の対象労働者となった者であり、新規雇用された日から５年以内に短時間勤務正社員又は正社員として労働契約を変更された者である |  |
| 15 | 申請する企業等の県内事業所において、雇用保険の被保険者として雇用されており、かつ当該事業所が加入する厚生年金保険及び健康保険の被保険者として雇用されている |  |
| その他 | | チェック |
| 16 | 当該申請年度において、本助成金の申請は、同一の事業所で２件以内である |  |

※該当するチェック欄に○を記載してください。全ての項目が○の場合のみ申請可能です。