（様式【休】第１号）

ひょうご仕事と生活センター

育児・介護代替要員採用決定報告書（休業ｺｰｽ）

育児・介護休業者の代替要員の採用を決定しましたので、次のとおり報告します。

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

申 請 事 業 主　　　　住　所　〒

ふりがな

名　称

役職名・代表者名

休業者・代替要員が所属する事業所名　（本支社・店名等）

住　所　〒

ふりがな

事業所名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １　申請事業主 | ①ひょうご仕事と生活の調和推進企業宣言 | 登録番号：　　　　　　　　　　　　 　　　　号 |
| ②雇用保険適用事業所番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  | ③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。 |
| ④事業所総数　　　　　　　 　　 か所★ | ⑤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 |
| ⑥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 |
| ⑦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 |
| ⑧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る助成金等の不支給措置 | 有　・　無 |
| 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に該当 | 有　・　無 |
| 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に該当 | 有　・　無 |
| ⑪暴力団又はその統制下の団体に該当 | 有　・　無 |
| ⑫県税の滞納 | 有　・　無 |
| ⑬法令上の人員配置基準の有無 | （ 有 ・ 無 ）　※法令上の人員配置基準のある場合は次の(ア)、(イ)に回答してください。 |
|  | (ア) | 施設の種別等 | ａ 幼稚園 ・ ｂ 認可保育所 ・ ｃ 介護サービス施設 ・ ｄ その他の法令上の人員配置基準のある社会福祉施設 |
| (イ) | 基準を超えた配置の有無 | （　有　・　無　） |
| ２　育児・介護休業取得者 | ①氏名 | ふりがな | ②当該事業所における雇用保険取得日 | 　　　年　　　 月　　 　日 |
|  |
| ③休業前 | 部署 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１週間の勤務時間　　　　時間/週 |
| 職務 |  |
| ④資格 | （　有　・　無　）※有の場合は資格をご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑤休業理由 | a育児 　・　 b介護 | ⑥産休期間 | 　 　 年 　　月 　　日 ～　　　　　 年 　　月 　　日 |
| 育児･介護休業期間 | 　 　年 　　月 　　日 ～　　　　 　年 　　月 　　日 |
| ⑦休業対象家族 | ふりがな | 続柄 |  |
|  |
| 生年月日日 | 　　　　年　　　月　　　日(　　　 　歳) |
| ３　代替要員 | ①氏名 | ふりがな | ②当該事業所における雇用保険取得日 | 　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| ③雇用契約期間 | 　　　年　　　月　　　日から　　[　　　　　年　　　月　　　日まで　　・　　期間の定めなし　　・　　　　　　ヶ月更新　] |
| ④雇い入れの方法 | a　新規雇用　　b　労働者派遣　派遣会社名（　 　　　　　　　　　）　　　　　　裏面もご記入ください。 |
| ⑤部署 |  | 職務 |  |
| ⑥資格 | （　有　・　無　）　※有の場合は資格をご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑦代替要員の賃金等 | ◇基本給　　　月額・日額・時給　　　　　　　　　　円◇派遣料金　月額・日額・時給　　　　　　　　　　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 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ４ 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 |  |

※(a)育児・介護休業取得者の出産又は介護休業開始及び(b)代替要員の採用を決定した場合、(a)(b)の遅い方の日の翌日から起算して３ヵ月以内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。

★１-④事業所総数が複数である場合は事業所名と住所を記入（欄が足らない場合は適宜追加又は別紙）

　　　 ※事業所は雇用保険適用の有無とは関係なく、実際に所在するものを記入

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名（本支社・店名等） | 住　　　所 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※添付書類はありません