（様式【休】第３号）

ひょうご仕事と生活センター

多様な働き方推進支援助成金支給申請書（育児・介護代替要員確保助成コース・休業型）

ひょうご仕事と生活センター多様な働き方推進支援助成金実施要領に定める助成金支給に係る要件を承諾のうえ、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なく、本申請書に虚偽があった場合は、助成金の返還に同意します。

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

裏面もご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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復帰等についての明記 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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り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１３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県税の滞納 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑫暴力団又はその統制下の団体に該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 有　・　無 |
| ⑬今年度（４月１日～３月３１日）における本助成金の受給件数 | | | | | | | | | | | | | | | | 休業コース　　　　　　 　件 | | | | | | | | 短時間勤務コース　 　　　　　件 | |
| ⑭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 | | | | | | | | | | | | | 育児・介護休業取得者の生年月日 | | | | | | | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| ②当該事業所における雇用保険取得日 | | | | | | | | | | | | | | | | 年　　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| ③育児・介護休業期間 | | | 年　　　　月　　　　日　から　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで　　（期間　　　　ケ月　　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④原職等復帰 | | | 復　帰　日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | 復帰事業所 | | | | 休業前と　　a 同じ　・　b 異なる | | | |
| a休業前 | 部署 | | １週間の勤務時間　　　　　時間/週 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職務 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ｂ休業後 | 部署 | | １週間の勤務時間　　　　　時間/週 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 職務 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 資格 | | | （　有　・　無　）　※有の場合は資格をご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 復帰時条件 | | | aフルタイムで復帰 ｂ短時間勤務制度を利用 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤休業対象家族 | | | ふりがな | | | | | | | | | | | | | 続　柄 | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 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雇い入れ期間 | | | 年　　　月　　　日から　[　　　　　年　　　月　　　日まで　　・　　期間の定めなし　　・　　　　　　ヶ月更新　]  　　　 上記のうち育児・介護休業取得者の育児・介護休業期間と重なる期間（　　　　ケ月　　　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④部署・職務 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤資格 | | | （　有　・　無　）　※有の場合は資格をご記入ください（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥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 | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 5 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)育児・介護休業取得者が原職復帰した日の翌日から起算して、3ヶ月経過した日の翌日から3ヶ月以内に、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。

(2)不足書類や確認事項等があった場合、連絡後1か月以内にご提出・ご回答がなければ申請書類一式を返却いたします。返却時

に申請期限が過ぎている場合は、返却後1週間以内にご提出された場合のみ受理いたします。

**[注]代替要員が複数いる場合は、「３　代替要員①～⑥」の欄をコピーして、人数分の欄を**

**挿入するか、「別記」として人数分の欄を作成したものを添付してください**

★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）

　　　　※住所地が異なる場合、すべての事業所をご記入ください

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

**※添付書類：ホームページ記載「申請の手引き」の「（Ⅲ）支給申請書（様式【休】第３号）の****添付書類**

**一覧<チェックリスト>」を確認してください。**

**※添付書類一覧<チェックリスト>はチェックを入れ、申請書類と一緒にご提出ください。**

※添付書類一覧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。­

## （Ⅲ）支給申請書（様式【休】第３号）の添付書類一覧＜チェックリスト＞

※添付書類を確認し、チェック欄にチェックを入れてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番付 | | チェック | | 書類名 | 説明事項 |
| ア | ① |  | | 育児・介護休業規定（写）  ※同一年度内に申請があり、内容に変更がない  場合は省略可 | **◎必ず定める必要がある事項**  ⅰ育児・介護休業取得者の原職等への復帰  ⅱ育児・介護休業法に定められた（または法定を上回る）要件を備えた育児・介護休業制度  ※就業規則の作成・届出義務がない、常時１０人未満の労働者を雇用する事業主で、就業規則の作成、届出をしていない場合は、制度が明文により定められており、労働者に周知されていることを確認できる書類（労働者代表の署名があるもの）を提出 |
| ② |  | | 労働協約又は就業規則等（写）  賃金規定を含むもの  ※賃金規定が別に定められている場合は、そちらも  ご提出ください。  ※同一年度内に申請があり、内容に変更がない  場合は省略可 |
| イ | ① |  | | 育児・介護休業申出書（写） | 育児・介護休業申出書  育児介護休業取得者が事業主に提出するもの  育児・介護休業取扱通知書  上記申出に対し事業主が交付するもの |
| ② |  | | 育児・介護休業取扱通知書（写） |
| ③ |  | | 育児・介護休業期間変更申出書（写）  ※育児・介護休業期間を変更した場合 |
| ④ |  | | イ-③に対する育児・介護休業取扱通知書（写） |
| ウ | ① |  | | 育児・介護休業取得者に係る  雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写）  **【事業主通知用】** | 被保険者通知用ではなく、**事業主通知用**が必要  **ウ-②**について、派遣の場合は不要 |
| ② |  | | 代替要員に係る  雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写）  **【事業主通知用】** |
| エ | 育児・介護休業取得者の所属部署、職務、所定労働時間、原職  復帰等が確認できる、下記の期間の書類 | | | | ※**「原職復帰等」**（職務・職制・勤務先事業所等が同じであること）が必要 |
| ① | 【ⅰ】　タイムカード　又は　出勤簿　（写）**と**　【ⅱ】 賃金台帳　（写） | | |  |
| ⅰ | ⅱ | 産前休暇・介護休暇に入る前の月  （その月に欠勤が多い場合は、通常の勤務実態が確認できる月まで遡る） |  |
|  |  |
|  |  | 産前・産後休業期間  （介護の場合は不要） | ※タイムカード等の作成がない場合は、当該期間中に出勤、賃金支払の事実がない旨を記載し、育児・介護休業取得者の記名・捺印がある申立書（原本）で、これに替えることができる。 |
|  |  | 育児・介護休業期間 | **エ-②**の育児・介護休業給付金支給決定通知  書を提出する場合は不要 |
|  |  | 復帰から申請時まで | ※原職復帰等の確認のため、3ヶ月以上の勤務状況が確認できることが必要 |
| ② |  | | 育児・介護休業給付金支給決定通知書（写）  （育児休業期間すべてのもの）  **【被保険者通知用】**    ※事業主通知用ではなく、被保険者通知用が必要 | 提出できない場合は、育児・介護休業期間中のタイムカード、出勤簿、賃金台帳を提出。  この場合で、育児・介護休業期間中のタイムカード等の作成がない場合は、当該期間中に出勤、賃金支払いの事実がない旨を記載し、育児・介護休業取得者の記名・捺印がある申立書（原本）で、これに替えることができる |
| ③ | 労働条件通知書（写） | | | ◎休業後作成がない場合は、雇用条件に変更がない旨申立書  ※短時間復帰の場合、育児・介護短時間勤務申出書等（写）及び育児・介護短時間勤務取扱通知書（写）も必要 |
|  | | 休業前 |
|  | | 復職後 |
| ④ |  | | 資格を証する書類（業務上必要な有資格者）（写） |  |
| ⑤ |  | | 組織図又は名簿（休業前、休業中、復帰後、現在） | 制度利用者と代替要員の配置がわかるもの |
| オ | 代替要員の部署、職務、所定労働時間、新規雇用・新規派遣されたこと等が確認できる、下記の期間の書類 | | | |  |
| ① |  | | タイムカード　又は　出勤簿　（写）  助成対象である育児・介護休業期間のもの全て | ・育児・介護休業期間のもの全て  ・日割り計算をする必要があるので、月途中に期間が  開始・終了する場合は、その月全てのものが必要  ・時給の場合、日々の労働時間、残業時間が分かるものが必要 |
| ② |  | | 賃金台帳（写）  ◎派遣労働者の場合は派遣先からの毎月の請求書の写し）・・・助成対象である育児・介護休業期間のもの全て |
| ③ |  | | 労働条件通知書等（写）  ◎派遣労働者の場合：労働派遣契約書・派遣通知書・派遣先管理台帳等 | ・採用時から育児・介護休業終了時までの期間を含むもの |
| ④ |  | | 資格を証する書類（業務上必要な有資格者） |  |
| カ | |  | | 下記記載の**いずれか1点。**  ①母子手帳の出生届出済証明のページ（写）  ②健康保険証（写）  （子・被介護者が休業取得者の被扶養者の場合）  ③住民票（世帯員・原本）※３ヶ月以内に発行のもの | ◎育児・介護休業取得者に育児・介護休業に係る家族がいることを確認できる書類。  ◎いずれか１点を添付 |
| キ | |  | | 県税に係る納税証明書：**「納税証明書(３)」**  （３ヵ月以内に発行の原本） | ⅰ非課税事業を行う企業等の場合も、「県税及びこれに付随する延滞金等で滞納のないこと」についての証明なので、添付が必要  ⅱ請求方法  ①所管する県税事務所に「納税証明書交付請求書」を提出  ②「納税証明書交付請求書」の記載方法  ・使用目的　8「その他」を選択し、カッコ内には（助成金申請のため、（３）のもの）と記載  ・税目　５「全税目」を選択  ・証明期間等　「（3）兵庫県指定様式（入札参加・補助・委託申請等）」をチェック  ※詳しくは管轄の県税事務所にお問い合わせください  <http://web.pref.hyogo.lg.jp/kk22/kenzei.html> |
| ク | |  | | 付表１または、人員配置基準を満たした配置していることが確認できる書類（写） | 社会福祉施設等の法令上の人員配置基準のある施設（介護施設、医療施設、幼稚園、保育園、認定こども園等）  ◎保育所・介護施設等は、「職員配置状況報告書」等（自治体により題名は異なる）の最新のものの写しも必要 |
| ★チェックを入れた後、こちらのチェックリストも添付書類とあわせてご提出ください。 | | | | | |

**※上記以外にも必要に応じて書類提出をお願いする場合があります。**

**※提出書類により、法令違反があると認められる場合は、支給対象とならない場合があります。**