

多様な働き方推進支援助成金

(育児・介護代替要員確保助成コース・休業型)

申請の手引き

目次

1	助成金の目的.....	1
2	支給対象と支給金額.....	1
3	休業型の詳細.....	2
	(Ⅰ) 助成金受給までの流れ.....	2
	(Ⅱ) 支給要件 <チェックシート>.....	3
	【チェックシートの注記】.....	4
	【受給できる金額等について】.....	6
	(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>.....	7
	(Ⅳ) 提出時の注意事項及び提出先.....	9
	(Ⅴ) 各種様式.....	10

公益財団法人 兵庫県勤労福祉協会
ひょうご仕事と生活センター

2025 年 4 月



1 助成金の目的

育児・介護による離職を防止し、就業継続を支援するため、中小企業の育児・介護休業取得者の代替要員の雇用に要する賃金の一部を助成します。

2 支給対象と支給金額

(休業型)

支給対象：「ひょうご仕事と生活の調和推進企業宣言」の「宣言企業」であり、
かつ 3 ページ記載の 3(Ⅱ)支給要件<チェックシート>をすべて満たす事業主

支給金額：代替要員の賃金の1/2（月額上限10万円、総額上限100万円）

※1,000 円未満の端数は切捨て

支給件数：当該申請年度において、同一事業主で2件以内

★助成金の申請には「ひょうご仕事と生活の調和推進宣言」が必要です。

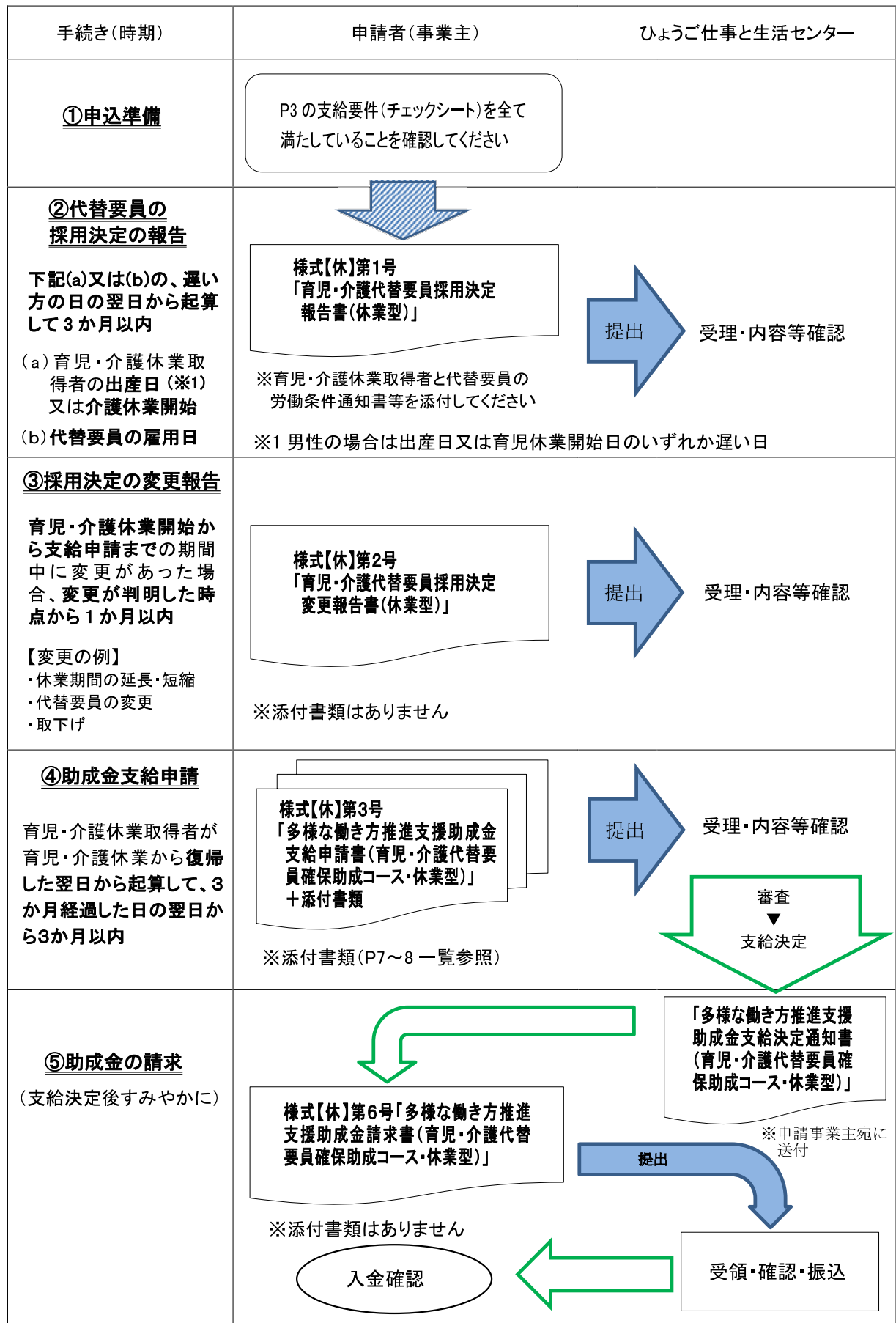
「ひょうご仕事と生活の調和推進企業宣言」とは

従業員の仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）に取り組むことを内外に宣言するため「宣言書」をひょうご仕事と生活センターに提出し、登録を受けた企業や個人事業主が「宣言企業」です。当センターでは、宣言企業のワーク・ライフ・バランスの取組みを支援しています。

詳しくは当センターのHPをご覧ください。

3 休業型の詳細

(I) 助成金受給までの流れ



(Ⅱ) 支給要件 <チェックシート>

支給対象者(事業主)に関する要件		チェック
1	「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	
2	企業全体の規模 常時雇用 ⁽¹⁾ する労働者が 300 人以下⁽²⁾ である	
3 (いずれかにチェック)	申請に係る事業所の規模 (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⁽¹⁾する労働者が 100 人以下⁽²⁾の兵庫県内の事業所⁽³⁾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⁽¹⁾する労働者が 50 人以下⁽²⁾の兵庫県内の事業所⁽³⁾である	
4	雇用保険の適用事業主である	
5	育児・介護休業法に基づいて、育児・介護休業制度及び休業者の「 原職に復帰等⁽⁴⁾ 」について、 労働協約又は就業規則等に規定⁽⁵⁾ している	
6	5により制度化された育児・介護休業の取得者がおり、 原職に復帰等⁽⁴⁾ する予定である	
7	育児・介護休業期間中に代替要員を 3か月(介護休業の場合は1か月)以上確保⁽⁶⁾ する予定である	
8	過去 3 年間に労働関係法令に関する重大な違反がない	
9	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)を受けていない、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	
10	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でない	
11	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⁽⁷⁾ でない	
12	暴力団又はその統制下の団体でない	
13	県税の滞納がない	
14	当該申請年度において、休業コースの受給は、同一事業主で2件以内である	
15	法令上の人員配置基準のある施設⁽⁸⁾ については、基準を満たしている	
育児・介護休業取得者に関する要件		チェック
16	兵庫県内の事業所⁽³⁾ に勤務しており、雇用保険の被保険者として雇用されており、社会保険の加入条件を満たしている場合は、原則として社会保険に加入している	
17	育児・介護休業を開始する日までに同一企業に引き続き1年以上 常時雇用⁽¹⁾ されている	
18	育児休業を3か月(介護休業の場合は1か月)以上取得する予定である	
19	育児・介護休業の終了時には、 原職に復帰等⁽⁴⁾ する予定である (※支給申請時に在職していること)	
代替要員に関する要件		チェック
20	新たに雇入れられた又は新たに派遣された者である	
21	育児・介護休業取得者と同一の事業所及び部署で勤務しており、 育児・介護休業取得者の職務を代行⁽⁹⁾ している(業務上必要な、制度利用者と同等程度の資格を有している)	
22	1週間の所定労働時間が週 20 時間以上である	

【チェックシートの注記】

（１）「常時雇用」とは

雇用期間の定めのない又は１年以上の雇用契約による雇用（１年以上引き続き雇用することが見込まれるものを含む）で、かつ１週間の所定労働時間が２０時間以上の雇用です。

（例えば、週２０時間未満勤務のパートの方などは、規模要件の従業員数としてはカウントしません。）

（２）労働者数の判定時期について

規模要件である常時雇用労働者数は、採用決定報告書（様式第１号）提出時点で判定します。

（３）「兵庫県内の事業所」とは

ア 兵庫県内にある事業所が代替要員を確保した場合に助成対象となります。（本社等は県外でも可）

イ 事業所とは、原則として雇用保険の届出事業所を想定しています。これに該当しない場合でも、専任の管理者がいる場合など、実態を踏まえて判断する場合もあります。（ご不明な場合はお問い合わせください。）

（４）「原職に復帰等」とは

ア 休業後の職制（時間当たりの基本給、諸手当、賞与、地位等の水準及び基準）が、休業前より下回っていないこと

（給与形態を月給制から時給制に変更している場合や、正社員を有期雇用等の雇用形態に変更している場合は、支給対象となりません。）

イ 休業前後で職務内容（職責、職制上の地位等を含む）が異なっていないこと

ウ 休業前後で同一の事業所に勤務していること

エ 短時間勤務で復帰した場合、育児・介護短時間勤務制度を利用した勤務であること。短縮後の１週間の所定労働時間が短縮前の所定労働時間の２分の１以上であること。なお、短縮後の１週間の所定労働時間が２０時間未満の場合については、雇用保険の被保険者であること。

※ ただし、本人の都合等、やむを得ない事情がある場合については、「原職に復帰等したとみなす」場合もあります。（ご不明な場合はお問い合わせください。）

（５）「労働協約又は就業規則等に規定」とは

ア 育児・介護休業制度を利用した場合の①付与要件（対象となる労働者の範囲等）②取得に必要な手続③期間④原職に復帰等できる規定が定められていることが必要です。

イ 育児・介護休業制度の規定例については、厚生労働省のホームページを参照してください。または、兵庫労働局雇用環境・均等部(078-367-0700)にお問い合わせください。

（６）「３か月（介護休業の場合は１か月）以上確保」について

ア 代替要員の雇用期間は、育児休業期間内において３か月（介護休業の場合は１か月）以上必要です。

イ 本人の事情等により代替要員が離職し、再度、別の代替要員を新規雇用した場合、期間は通算します。

ウ 代替要員の雇用時期は、育児・介護休業期間前でもかまいませんが、助成の対象となる期間は、育児又は介護休業期間中のみとなります。

エ 代替要員としての期間を満了した後、代替要員を継続雇用しても差し支えありません。

【代替助成金：休業】

(7)「密接な関係のある公社等」とは

ア 密接な関係のある公社等であるか否かは、出資・出えん金の割合などの実態で判断します。

イ「**地方公共団体と密接な関係にある公社等ではないことの確認書**」の提出が必要な場合があります。

ウ 商工会議所や商工会は密接な関係のある公社等には含まれません。

※ ただし、県の地域経済活性化支援費補助金（育休取得による代替要員人件費補助）との併給は不可とします。

エ 代替要員の人件費が、国、地方自治体から指定管理料等により措置されている場合は対象外です。

(8)「法令上の人員配置基準のある施設」とは

医療施設、介護施設、保育施設等、法令で人員配置の基準が定められている施設です。

(9)「育児・介護休業取得者の職務を代行」とは

育児・介護休業取得者の代替要員であるため、育児・介護休業取得者が業務上必要な有資格者である場合は、代替要員も同等程度の有資格者である必要があります。

【受給できる金額等について】

（１）対象となる賃金等について

- ☐ 育児又は介護休業期間中の代替要員の賃金（基本給のみ）を対象とします。
- ☐ 代替要員が派遣労働者の場合は、派遣料金の70%を賃金とみなします。

（２）受給できる金額について

- ☐ 対象となる賃金の1/2を助成金として支給します。（※1,000円未満の端数は切捨て）
- ☐ 助成金の各月の上限額は10万円（賃金20万円）、育児・介護休業取得者1人当たりの上限額は100万円（賃金200万円）です。

（３）支給申請時期について

- ☐ 休業から復帰した日の翌日から起算して3か月经過した日の翌日から3か月以内
- ☐ 復帰した従業員が、助成金支給申請書提出時に在職していない場合は支給対象外となります。

〔支給額算定の例〕

期 間	賃金等	対象期間	支給額
■ 従業員が育児休業を取得 (産休期間) R7.1.1～R7.4.30 (育休期間) R7.5.1～R8.2.28 ■ 代替要員を雇用 (雇用期間) R7.4.1～R8.1.31	基本給 月18万円	9か月 (R7.5.1～R8.1.31) 育児休業期間中の 代替雇用期間	81万円 $18万円 \times 1/2 = 9万円$ $9万円 \times 9か月 = 81万円$
	基本給 月22万円		90万円 $22万円 \times 1/2 = 11万円$ $10万円(上限) \times 9か月 = 90万円$
	派遣料金 月24万円		75.6万円 $24万円 \times 70\% \times 1/2 = 8.4万円$ $8.4万円 \times 9か月 = 75.6万円$
■ 従業員が育児休業を取得 (産休期間) R7.1.1～R7.4.30 (育休期間) R7.5.1～R8.8.31 ■ 代替要員を雇用(正規採用) (雇用期間) R6.4.1～	基本給 月18万円	16か月 (R7.5.1～R8.8.31) 育児休業期間中の 代替雇用期間	100万円 $18万円 \times 1/2 = 9万円$ $9万円 \times 16か月 = 144万円$ → 100万円(上限)

※日数に端数がある場合は日割計算します。

※賃金が時給の場合は実績で計算します。

(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		
	②	労働協約又は就業規則等(写) <u>賃金規定を含むもの</u> ※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	※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		
イ	①	育児・介護休業申出書(写)	<u>育児・介護休業申出書</u> 育児介護休業取得者が事業主に提出するもの <u>育児・介護休業取扱通知書</u> 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、 <u>育児・介護休業取得者の記名・捺印がある申立書</u> (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、 <u>被保険者通知用</u> 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	

【代替助成金：休業】

	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
		休業前	※短時間復帰の場合、 <u>育児・介護短時間勤務申出書等(写)</u> 及び <u>育児・介護短時間勤務取扱通知書(写)</u> も必要
		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	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	<u>タイムカード 又は 出勤簿 (写)</u> 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	<u>賃金台帳(写)</u> ◎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	<u>労働条件通知書等(写)</u> ◎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<u>いずれか1点。</u> 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：「<u>納税証明書(3)</u>」 (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
★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。

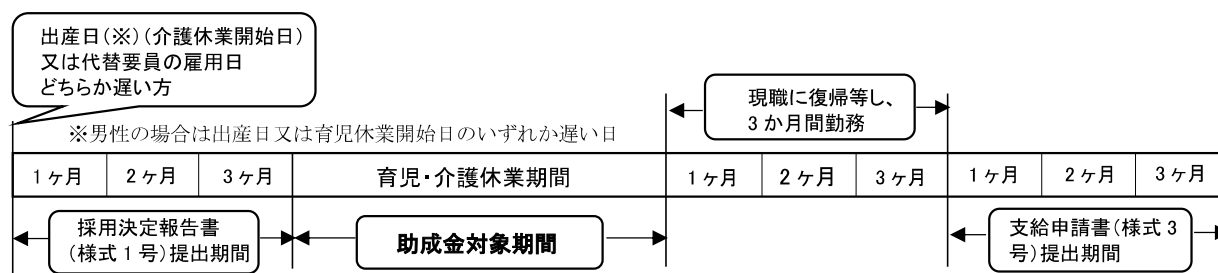
(Ⅳ) 提出時の注意事項及び提出先

ア ご提出前に再度ご確認ください。

- ☐ 育児・介護休業取得者は原職に復帰等し、現在も在籍している
- ☐ 育児休業期間中に代替要員の雇用が3ヶ月以上あった
- ☐ (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>の必要なところすべてにチェックがはいっている

イ 提出書類についての注意事項

- (1) 原則として、提出された書類及び添付書類は返戻いたしません。提出書類の写しの返戻を希望される場合は、返戻を希望される書類の写しと切手を貼った返信用封筒を同封してください。
- (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しまっている場合は、返却後1週間以内にご提出された場合のみ受理します。



留意事項

本手引きに記載された助成金について不正受給があった場合、次のように厳しく取り扱われます。

- 1 支給後に発覚した場合は、支給された助成金を返還しなければなりません。
- 2 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)を受けた場合、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る場合は申請できません。
- 3 不正の内容によっては、不正に助成金を受給した事業主が告発されます。
- 4 このことにあらかじめ同意していただけない場合には、助成金は申請できません。

提出先

公益財団法人兵庫県勤労福祉協会 ひょうご仕事と生活センター

〒650-0011 神戸市中央区下山手通6丁目3番28号

兵庫県中央労働センター1F

TEL: 078-381-5277 / FAX: 078-381-5288

(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(休業型)

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
理事長様

提出日 年 月 日

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 住所 〒
所属する事業所名 ふりがな
(本支社・店名等) 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					うち、当該申請に係る事業所に									
	(うち県内事業所数)					か所					(企業全体)					常時雇用する労働者の数									
											人					人									
	⑥就業規則等での育児・介護休業取得者にかかる原職等帰等についての明記																				有・無				
	⑦過去3年間に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				
2 育児・介護休業取得者	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)														
	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														
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															
										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	就業時間 ____:____から ____:____まで 週休 ____日	
	◇派遣料金 月額・日額・時給 _____円	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		メールアドレス
※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		メールアドレス	

※(a)育児・介護休業取得者の出産(※1)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男性の場合は出産日又は育児休業開始日のいずれか遅い日

★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(欄が足り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】

- ・育児・介護休業取得者の労働条件通知書(雇用契約書)等の写し
- ・代替要員の労働条件通知書(雇用契約書)等の写し

【記入例】

(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(休業型)

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 兵庫県労福祉協会
理 事 長 様

提出日 令和7年1月25日

提出期限の確認！
出産日又は介護休業開始日
か代替要員の雇用日の遅い
方から3ヶ月以内

ひょうご仕事と生活センター
へ登録している
企業・団体名、住所

申請事業主

住所 〒650-0011
神戸市中央区下山手通6-●-●
ふりがな ひょうごわーくらいふばらんすせんたー
名称 ひょうごWLBセンター

役職名・代表者名 代表取締役 花隈 一郎

休業者と代替要員が所属
している事業所

休業者・代替要員が
所属する事業所名
(本支社・店名等)

住所 〒670-0947 姫路市北条●-●
ふりがな ひめじせんたー
事業所名 姫路センター

「ひょうご仕事
と生活の調和」
推進宣言書に
記載の番号

① ひょうご仕事と生活の調和推進企業宣言	登録番号	1234567	号
②雇用保険適用事業所番号	1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 1 -	③主たる事業	介護事業所 ※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	3 箇所*	⑤常時雇用する労働者の数	うち、当該申請に係る事業所に 常時雇用する労働者の数
(うち県内事業所数)	2 箇所	(企業全体)	15 人
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年間に於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)		
① 氏名	ふりがな こうべ はなこ 神戸 花子	②当該事業所における雇用保険取得日	R1 年 5 月 1 日
② 休業前	部署 姫路センター 職務 リハビリに関する業務	1週間の勤務時間 40 時間/週	
③ 資格	(有・無) ※有の場合は資格をご記入ください(理学療法士)		
⑤休業理由	a育児・b介護	⑥産休期間	R6 年 12 月 1 日 ~ R7 年 2 月 26 日
		育児・介護休業期間	R7 年 2 月 25 日 ~ R7 年 12 月 31 日
⑦休業対象家族	ふりがな こうべ たろう 神戸 太郎	続柄	子
		生年月日	R7 年 1 月 1 日 (0歳)
① 氏名	ふりがな ひょうご ももこ 兵庫 桃子	②当該事業所における雇用保険取得日	R6 年 9 月 5 日
② 雇用契約期間	R5 年 9 月 5 日から [R7 年 3 月 31 日まで ・ 期間の定めなし ・ 6 ヶ月更新]		
④雇入れの方法	a 新規雇用 b 労働者派遣 派遣会社名()		

有期雇用で更新の予定がある場合は、
現在の雇用期間と何か月更新かを記入

裏面もご記入ください。

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)

育児の場合は
育児が必要な子供
介護の場合は介護
が必要な家族

20時間以上
の要件を満た
しているか確認

職務上必要な
資格がある場
合は“有”と
し、必ず何の
資格かを記入

休業者が資格を必要とする業務を行っている場合は、代替要員も同等の資格が必要。
休業者と資格は異なるが同じ仕事をする上で問題が無い場合は、その旨申立て書が必要。

④ 部署	姫路センター	職務	リハビリに関する業務
⑥資格	(有)・無 ※有の場合は資格をご記入ください(理学療法士)		
⑦代替要員の賃金等	◇基本給 月額・日額・時給 175000 円 ◇派遣料金 月額・日額・時給 円	就業時間 8 : 30 から 17 : 30 まで 週休 2 日 休日: 土日祝 1週間当たりの所定労働時間 40 時間	

4 事務手続きの担当者	(部署名) 氏名	(総務課) 花隈 三郎	住所	〒650-0011 神戸市中央区下山手通6-●-●
	TEL 078-381-**** FAX 078-381-****	メールアドレス info@hyo****-wlb.jp		
※社会保険労務士等 代行者記載欄				受理番号
会社名	WLB社労士事務所	住所	〒650-1234 神戸市中央区下山手通●-●-●	
担当者氏名	大倉 太郎	住所	〒650-1234 神戸市中央区下山手通●-●-●	
TEL 078-123-**** FAX 078-***-4567		メールアドレス info@*****-wlb.jp		

週20時間以上の要件を満たしているか確認

※(a)育児・介護休業取得者の出産(※1)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労働福祉協会理事長に提出してください。

※1男性の場合は出産日又は育児休業開始日のいずれか遅い日

代行者記載欄に記入がある場合は、書類内容の確認等は、代行者へ連絡します。
支給決定通知は表の申請事業主へ送付します。

★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(欄が足り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
本社	〒650-0011 神戸市中央区下山手通6-●-●
姫路センター	〒670-0947 姫路市北条●-98
大阪センター	〒670-0947 大阪市中央区●●町 ●-●-●

県内・県外すべての支店、事業所を記入してください。
欄が足りない場合は、増やすか、別紙にてご提出ください。
※HP等の支店や事業所の一覧を印刷していただいたものでも構いません。

【添付書類】

- ・育児・介護休業取得者の労働条件通知書(雇用契約書)等の写し
- ・代替要員の労働条件通知書(雇用契約書)等の写し

(様式【休】第2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変更報告書(休業型)

育児・介護休業者の代替要員の採用決定報告について、変更が生じたので、下記のとおり報告します。

提出日 年 月 日

公益財団法人 兵庫県勤労福祉協会
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 住 所 〒
所属する事業所名
(本支社・店名等) ふりがな
事業所名

①育児・介護休業取得者の氏名	ふりがな
②変更内容 (該当するものに○)	ア 育児休業期間の延長または短縮 イ 代替要員の変更(前任者の退職及び後任者の新規雇用) ウ 代替要員の退職(後任者なし) エ 取下げ(育児・介護休業取得者の退職等) オ その他
③上記の具体的な内容ならびに変更理由 ア→変更後の期間 イ→従来の代替要員の退職日及び 新しい代替要員の氏名、雇い入れ日 1週間の所定労働時間など ウ→退職日 エ→取下げ理由 (育児・介護休業者退職の場合は退職日)	

④事務手続きの担当者	(部署名)	()			住 所	〒 ー
	氏 名					
	TEL			FAX		メールアドレス
※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		メールアドレス	

※ 変更が生じることが判明した場合、1か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。
※添付書類はありません

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 住 所 〒
所 属 する 事 業 所 名
(本 支 社 ・ 店 名 等)
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					うち、当該申請に係る事業所に				
	(うち県内事業所数)					か所					(企業全体)					人				
	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年間に於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。									
	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原職復帰等					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)					

裏面もご記入ください。

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雇入れ期間	年 月 日から [年 月 日まで ・ 期間の定めなし ・ 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(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			
※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		メールアドレス		

- (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（欄が足りない場合は適宜追加又は別紙）
※住所が異なる場合、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。

(様式【休】第6号)

【記入例】

(様式【休】第3号)

提出期限の確認！
復帰した翌日から起算して、
3か月経過した日の翌日から
3か月以内

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
理 事 長 様

提出日 R8 年 5 月 1 日

申 請 事 業 主

住 所 〒650-0011

神戸市中央区下山手通6-●-●

ふりがな ひょうご わーくらいふ ばらんす セんたー

名 称 ひょうごWLBセンター

役職名・代表者名 代表取締役 花隈 一郎

ひょうご仕事と生活センター
へ登録している
企業・団体名、住所

休業者と代替要員が所属
している事業所

休業者・代替要員が
所属する事業所名
(本支社・店名等)

住 所 〒670-0947 姫路市北条●-●

ふりがな ひめじせんたー

事業所名 姫路センター

「ひょうご仕事
と生活の調和」
推進宣言書に
記載の番号

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: 1234567 号																		
	②雇用保険適用事業所番号 1 2 3 4 - 5 6 7 8 9 0 -										③主たる事業 介護事業 ※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 3 箇所*					⑤常時雇用する労働者の数 (企業全体) 15 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 10 人																		
	(うち県内事業所数) 2 箇所																												
	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年間に於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加入																				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 0 件					短時間勤務コース 0 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)																													
① 氏名										ふりがな こうべ はなこ					育児・介護休業取得者の生年月日					昭和・平成 5 年 7 月 1 日									
神戸 花子																													
②当該事業所における雇用保険取得日										R1 年 5 月 1 日																			
② 育児・介護休業期										R7 年 2 月 25 日 ~ R7 年 12 月 31 日まで (期間 13 ケ月 7 日)																			
③ 原職等復帰										復帰日 R8 年 1 月 1 日					復帰事業所					休業前と a 同じ・b 異なる									
a休業前										部署 姫路センター					1週間の勤務時間 40 時間/週														
										職務 リハビリに関する業務																			
b休業後										部署 姫路センター					1週間の勤務時間 30 時間/週														
										職務 リハビリに関する業務																			
資格										(有・無) ※有の場合は資格をご記入ください(理学療法士)																			
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																			
④ 休業対象家族										ふりがな こうべ たろう					続 柄					子									
神戸 太郎															生年月日					R7 年 1 月 1 日 (1 歳)									

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)

基準を満たしている場合は“有”に○をしてください

育児の場合
は育児が
必要な子供
介護の場合
は介護が
必要な家族

職務上必要な
資格がある場
合は“有”と
し、必ず何の
資格かを記入

裏面もご記入ください。

3 代替要員	① 氏名	ふりがな ひょうご ももこ 兵庫 桃子	②当該事業所における雇用保険取得日	R6 年 9 月 5 日
	② 雇入れ期間	R6 年 9 月 5 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 (13 ヶ月 7 日)		
	③ 部署・職務	姫路センター ・ リハビリに関する業務		
	④ 資格	(有 ・ 無) ※有の場合は資格をご記入ください (理学療法士)		
	⑥ 代替要員の賃金等	◇基本給 月額・日額・時給 185,000 円 就業時間 8 : 30 から 17 : 30 まで 週休 2 日 ◇派遣料金 月額・日額・時給 円 休日: 土日祝 1週間当たりの所定労働時間 40 時間		

5 事務手続きの担当者	(部署名)	(総務課)	住所	〒 650-0011 神戸市中央区下山手通6-●-●
	氏名	花隈 三郎		
	TEL	078-381-****	FAX	078-381-****
			メールアドレス	info@hyo****-wlb.jp

※社会保険労務士等 代行者記載欄 受理番号

会社名	WLB社労士事務所	住所	〒 650-1234 神戸市中央区下山手通●-●-●
担当者氏名	大倉 太郎		
TEL	078-123-****	FAX	078-****-4567
		メールアドレス	info@*****-wlb.jp

休業者が資格を必要とする業務を行っている場合は、代替要員も同等の資格が必要。
休業者と資格は異なるが同じ仕事をする上で問題が無い場合は、その旨申立て書が必要。

- (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か月以内に提出・ご回答がなければ申請書類一式を返却し、申請期限が過ぎている場合は、返却後1週間以内に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

代行者記載欄に記入がある場合は、書類内容の確認等は、代行者へ連絡します。
支給決定通知は表の申請事業主へ送付します。

- ★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 (欄が足りない場合は適宜追加又は別紙)
※住所が異なる場合、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
本社	〒650-0011 神戸市中央区下山手通6-●-●
姫路センター	〒670-0947 姫路市北条●-●
大阪センター	〒670-0947 大阪市中央区●●町 ●-●-●

県内・県外すべての支店、事業所を記入してください。
欄が足りない場合は、増やすか、別紙にてご提出ください。
※HP等の支店や事業所の一覧を印刷していただいたものでも構いません。

※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。

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請求書
(育児・介護代替要員確保助成コース・休業型)

提出日 年 月 日

公益財団法人 兵庫県勤労福祉協会
理 事 長 様

申 請 事 業 主 住 所 〒

名 称 及 び

役職名・代表者名

令和 年 月 日付け兵勤福第 号で支給決定のあった多様な働き方推進支援助成金(育児・介護代替要員確保助成コース・休業型)について、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第11条の規定により、下記のとおり請求します。

①請求額	円										
②払渡希望 金融機関	金融機関名						支店名				
	口座の種類		普通 ・ 当座 ・ その他				口座番号				
	フリガナ										
	口座名義										
③事務手続き の担当者	所属・職名						氏 名				
	連絡先		〒 ー								
			TEL				FAX				
			メールアドレス								
※社会保険労務士等 代行者記載欄											受理番号
会社名				住 所		〒 ー					
担当者氏名											
TEL			FAX			メールアドレス					

※添付書類はありません