

受理番号： ー

受付日：令和 年 月 日（担当： ）

担当者： 様 来局 郵送 電子

## 両立支援等助成金（介護離職防止支援コース/介護休暇制度有給化支援）

## 支給申請時提出書類一覧

会社名：

申請日：令和 年 月 日

## 1 申請期限

申請期限は、対象制度利用者の利用時間数が10時間に達した日の翌日から起算して2か月以内です。

申請期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日

## 2 申請方法等

- (1) 書類は、下記の番号順に整えて**本様式を添付して**提出してください。（支給対象は中小企業事業主）
- (2) 書類が全て揃っていない場合には受理することができませんので、ご注意ください。
- (3) この他、審査に必要な書類を提出していただく場合がありますので、ご承知おきください。

番号	書 類 名	原本・ 写し	備 考	チェック	
				受付時	審査時
1	両立支援等助成金（介護離職防止支援コース）支給申請書 （【介】様式第1号、様式第5号）	原本		第1号□ 第5号□	第1号□ 第5号□
2	労働協約又は就業規則（※1）	写し	介護休業制度及び所定労働時間の短縮の措置及び有給の介護休暇制度を規定していることが確認できる就業規則。 別規定になっている場合は育児・介護休業規程。	有給化前□ 有給化後□	有給化前□ 有給化後□
3	育児・介護に係る労使協定（※1）	写し	労使協定を締結している場合	□	□
4	就業規則の作成及び労働基準監督署への届出義務のない常時10人未満の労働者を雇用する事業主の場合で、就業規則の作成・届出をしていない場合、制度の措置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が確認できる書類（※1）	写し	周知日が確認できるもの。 例：明文化された書面について全労働者へメール送信、回覧、掲示、配布等により周知した場合、日付があるもの（メール送信、回覧の場合は全労働者に送信・回覧（回覧の確認がある等）されたことが確認できるもの、社内に掲示した場合は社内に掲示していることが客観的に分かる写真等、周知したことが実質的に分かるもの）や労働者代表の氏名及び周知日が確認できる申立書等）	□	□
5	対象労働者の介護休暇に係る対象家族が要介護状態であることが確認できる書類（※1）	写し	例：対象家族に係る介護保険被保険者証（要介護認定結果の記載のある部分。提出の際は個人情報保護の観点から保険番号および被保険者等記号・番号部分をマスキングすること）、医師等が交付する証明書類。要介護認定が申請時までに出していない場合、自治体あて介護認定申請書、事業主及び労働者の連名による理由を付した申立書（介護休暇利用申出の経緯、対象家族の状態、介護の実施状況、公的な証明書類が用意できない理由等が確認できるものであること）	□	□
6	対象制度利用者の制度利用状況が確認できる書類 ※合算で申請する場合は同一事業主に雇用されている当該労働者の配偶者又は親族等の制度利用状況が確認できる書類	写し	・利用申出書、休暇簿、休暇申請書 合算対象となる配偶者又は親族等 ・利用申出書、休暇簿、休暇申請書	□ □	□ □

番号	書類名	原本・写し	備考	チェック	
				受付時	審査時
7	対象労働者の取得実績が確認できる書類		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出退勤記録簿、タイムカード等 年 月 日～ 年 月 日</li> <li>・ 賃金台帳等 年 月 日～ 年 月 日</li> </ul> 合算対象となる配偶者又は親族等 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 出退勤記録簿、タイムカード等 年 月 日～ 年 月 日</li> <li>・ 賃金台帳等 年 月 日～ 年 月 日</li> </ul>		
8	支給要件確認申立書(共通要領様式第1号(R8.4.1))	原本		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	支払方法・受取人住所届(R5.4.1)及び通帳の写し等支払口座番号が確認できる書類	原本	ハローワークシステムに記録されていない事業主の場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	その他( )			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※1 対象労働者が生じた事業所の労働協約又は就業規則及び関連する労使協定。

不備書類提出依頼日 / (担当者: )

不備書類提出完了日 / (担当者: )

不備・補正日数: 日

-----

-----

-----