

人材開発支援助成金(事業展開等リスティング支援コース) 職業訓練実施計画届

提出日 年 月 日

労働局長 殿

(労働局処理欄)	
受付番号	受付印

事業主

所在地

名称

氏名

- 代理人
または
社会保険労務士
 提出代行者
 事務代理者
(該当に☑チェック)

所在地

名称

氏名

電話番号

訓練の実施につき、次のとおり届けます。

1	事業所の名称												
2	事業所の所在地	(〒 -) 電話番号 - -											
3	雇用保険適用事業所番号 11桁(4桁-6桁-1桁)	-	-	4	労働保険番号 14桁(2桁-1桁-2桁-6桁-3桁)	-	-	-	-	-	-		
5	法人番号 13桁 ※法人の場合は、記載ください(個人事業主は記載不要です。)	6 産業分類 (第3面「記載上の注意」の3を参考にアルファベットを記載してください。)											
7	企業の主たる事業	<input type="checkbox"/> ①小売業(飲食店を含む)			<input type="checkbox"/> ②サービス業			<input type="checkbox"/> ③卸売業			<input type="checkbox"/> ④その他()		
8	企業規模	①企業の資本の額又は出資の総額 万円			②企業全体の常時雇用する労働者数 人			③企業規模 <input type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業(中小企業以外)					
9	職業能力開発推進者の選任の確認 ※選任が要件となるため、当欄に記載がない場合は受給できません。	役職	氏名										
10	事業内職業能力開発計画の策定の確認 ※策定が要件となるため、チェックが無い場合は受給できません。	<input type="checkbox"/> 事業内職業能力開発計画を策定し、従業員に周知しました。 また、事業内職業能力開発計画について、労働局長の求めがあった場合は提出します。											
11	事業内職業能力開発計画・職業訓練実施計画の周知確認	事業内職業能力開発計画・職業訓練実施計画が従業員に周知されていることを労働者を代表して証明します。 労働者代表 氏名											
12	届出に関する当該事業所の担当者	所属	氏名						電話番号	- -			
		氏名	MAIL										
13	訓練区分	<input type="checkbox"/> ①事業展開に伴い実施する訓練			<input type="checkbox"/> ②企業内のデジタル・デジタルトランスフォーメーション(DX)化に伴い実施する訓練			<input type="checkbox"/> ③企業内のグリーン・カーボンニュートラル化に伴い実施する訓練					
14	訓練コースの名称							15 受講(予定)者数 (25欄にチェックがある場合は、男女別の人数を記載してください。)	人 (うち男性 人) 人 (うち女性 人)				
16	訓練の実施期間 (eラーニングによる訓練等の場合は、最終日は、契約期間(訓練受講可能期間)の終了日を記載してください。)	初日	年	月	日	最終日	年	月	日	※26欄の資格・試験を実施する場合、受験日は含めません。			
※	契約期間 (定額制サービスによる訓練の場合に限る。16欄の初日と同一の場合は記載不要)	初日	年	月	日	最終日	16欄の最終日と同じ(記載不要)						
17	<定額制サービスによる訓練の場合は記載不要> 総訓練時間数及び実訓練時間数 (eラーニング及び通信制による訓練の場合は、標準学習時間又は標準学習期間を記載してください。)	(総訓練時間数)					(実訓練時間数)						
		時間	分	時間	分	時間	分						
		(標準学習時間)					(標準学習期間)						
		時間	分	か月	日								
18	事業展開等の内容と訓練の関連性 (13欄でチェックをした区分に応じ、事業展開、デジタル・DX化又はグリーン・カーボンニュートラル化の取組と、訓練コースの内容がどのように関連しているかを具体的に記載してください。)												

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面以降も両面印刷して使用してください。

(第2面にも記載項目があるので、必ずご確認ください。)

19 OFF-JT訓練種別・実施形態 (事業内・事業外の区分及びチェックした区分に対応する訓練の実施形態をチェックしてください。)	訓練種別	<input type="checkbox"/> ①事業内訓練	実施形態	<input type="checkbox"/> ①部内講師 ()	<input type="checkbox"/> ②部外講師 ()					
		<input type="checkbox"/> ②事業外訓練	<input type="checkbox"/> ①通学制	<input type="checkbox"/> ②同時双方向型の通信訓練	<input type="checkbox"/> ③eラーニング	<input type="checkbox"/> ④通信制				
20 教育訓練機関の名称及び所在地	名称	所在地			電話番号					
	<input type="checkbox"/> 事業外訓練を実施した場合、支給申請時に訓練機関の承諾が必要な「人材開発支援助成金（事業展開等リスケリング支援コース）支給申請承諾書（訓練実施者）」（様式第12号）の提出が必要となります。当該承諾が可能であることを訓練機関へ確認している場合は、チェックしてください。									
21 訓練の実施場所										
22 育児休業中訓練の場合	育児休業取得期間	年	月	日	～	年	月	日	# 認定職業訓練の場合	<input type="checkbox"/>
24 教育訓練給付指定講座の場合	講座区分	<input type="checkbox"/> ①専門実践教育訓練講座		<input type="checkbox"/> ②特定一般教育訓練講座		<input type="checkbox"/> ③一般教育訓練講座				
	指定番号									
25 デジタル人材の育成を目的に行う訓練の場合 (該当する主な区分1つにチェックしてください。13欄で②「企業内のデジタル・デジタルトランスフォーメーション(DX)化に伴い実施する訓練」にチェックをした場合は、必ずチェックしてください。ただし、DXリテラシーに関する訓練の場合、チェックは不要です。なお、区分の詳細は第4面「記載上の注意」の22を参照してください。)	<input type="checkbox"/> ①ビジネスアーキテクト関係	<input type="checkbox"/> ②データサイエンティスト関係	<input type="checkbox"/> ③ソフトウェアエンジニア関係	<input type="checkbox"/> ④サイバーセキュリティ関係	<input type="checkbox"/> ⑤デザイナー関係	<input type="checkbox"/> ⑥その他のデジタル人材関係				
26 訓練カリキュラム等において取得目標となっている資格・試験の名称・試験日	<input type="checkbox"/> ①ITSS・DSS-PLレベル4		<input type="checkbox"/> ②ITSS・DSS-PLレベル3		<input type="checkbox"/> ③ITSS・DSS-PLレベル2		<input type="checkbox"/> ④公的職業資格		<input type="checkbox"/> ⑤教育訓練給付指定講座	
	資格・試験名									
	試験日 ※訓練終了日から6か月以内	年	月	日	実施予定回数	年	第	回目		
27 訓練として行われる職業能力検定を受ける予定がある場合（予定がある場合にチェック）	<input type="checkbox"/>				28 訓練として行われるキャリアコンサルティングを実施する予定がある場合（予定がある場合にチェック）	<input type="checkbox"/>				

・ 人材開発支援助成金における訓練を修了した非正規雇用労働者を正社員化することで、キャリアアップ助成金（正社員化コース）も活用することができます。

・ 以下の項目を追加で記載することをもってキャリアアップ助成金の当該コース申請分のキャリアアップ計画書（様式第1号）を届け出たことと見なすことができます。

・ なお、その場合には、届出日から5年以内をキャリアアップ計画期間と見なします。

上記の訓練を修了した非正規雇用労働者の正社員転換の実施につき、次のとおり届けます。

キャリアアップ管理者情報 <small>※労働者代表との兼任はできません</small>	<input type="checkbox"/> (氏名)
キャリアアップ計画（正社員化コース）	<input type="checkbox"/> 人材開発支援助成金の訓練を修了した非正規雇用労働者を正社員転換する。 (年 月頃実施予定)

人材開発支援助成金(事業展開等リスティング支援コース) 職業訓練実施計画届

記載例

提出日 2024 年 7 月 1 日

宮崎 労働局長 殿

(労働局処理欄)

受付番号	受付印

事業主

〒 880 - 2105
宮崎県宮崎市大塚台西1-0-0

名称 株式会社 厚生労働

氏名 労働 太郎

〒 880 - 2105
宮崎県宮崎市大塚台西1-0-0

名称 △△社会保険労務士事務所

氏名 社会保険労務士 厚生 次郎

電話番号 0985 - 62 - △△△△

代理人
または
社会保険労務士
 提出代行者
 事務代理者
(該当に☑チェック)

訓練の実施につき、次のとおり届けます。

1	事業所の名称	株式会社 厚生労働																			
2	事業所の所在地	(〒 880 - 2105) 宮崎県宮崎市大塚台西1-0-0 電話番号 0985 - 62 - 0000																			
3	雇用保険適用事業所番号 11桁(4桁-6桁-1桁)	4501	-	XXXX	-	X	4	労働保険番号 14桁(2桁-1桁-2桁-6桁-3桁)	XX	-	X	-	XX	-	XXXXXXXX	-	XXX				
5	法人番号 13桁 ※法人の場合は、記載ください(個人事業主は記載不要です。)	1234567890XXX						6	産業分類 (第3面「記載上の注意」の3を参考にアルファベットを記載してください。)	E											
7	企業の主たる事業	<input type="checkbox"/> ①小売業(飲食店を含む)		<input type="checkbox"/> ②サービス業		<input type="checkbox"/> ③卸売業		<input checked="" type="checkbox"/> ④その他 (製造業)													
8	企業規模	①企業の資本の額又は出資の総額 2000 万円			②企業全体の常時雇用する労働者数 50 人			③企業規模 <input checked="" type="checkbox"/> 中小企業 <input type="checkbox"/> 大企業(中小企業以外)													
9	職業能力開発推進者の選任の確認 ※選任が要件となるため、当欄に記載がない場合は受給できません。	役職	人事課長						氏名	労働次郎											
10	事業内職業能力開発計画の策定の確認 ※策定が要件となるため、チェックが無い場合は受給できません。	<input type="checkbox"/> 事業内職業能力開発計画を策定し、従業員に周知しました。 また、事業内職業能力開発計画について、労働局長の求めがあった場合は提出します。																			
11	事業内職業能力開発計画・職業訓練実施計画の周知確認	事業内職業能力開発計画・職業訓練実施計画が従業員に周知されていることを労働者を代表して証明します。 労働者代表 氏名 労働 一郎																			
12	届出に関する当該事業所の担当者	所属	総務部						電話番号	0985 - 00 - 0000											
		氏名	厚生 次郎						MAIL	-@											
13	訓練区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①事業展開に伴い実施する訓練				<input type="checkbox"/> ②企業内のデジタル・デジタルトランスフォーメーション(DX)化に伴い実施する訓練				<input type="checkbox"/> ③企業内のグリーン・カーボンニュートラル化に伴い実施する訓練											
14	訓練コースの名称	〇〇応用コース						15	受講(予定)者数 (25欄にチェックがある場合は、男女別の人数を記載してください。)	2 人		(うち男性 1 人)		(うち女性 1 人)							
16	訓練の実施期間 (eラーニングによる訓練等の場合は、最終日は、契約期間(訓練受講可能期間)の終了日を記載してください。)	初日	2023		年	8		月	15		日	最終日	2023		年	8		月	31		日
※	契約期間 (定額制サービスによる訓練の場合に限る。16欄の初日と同一の場合は記載不要)	初日			年			月			日	最終日	16欄の最終日と同じ(記載不要)								
17	<定額制サービスによる訓練の場合は記載不要> 総訓練時間数及び実訓練時間数 (eラーニング及び通信制による訓練の場合は、標準学習時間又は標準学習期間を記載してください。)	46 時間 00 分				46 時間 00 分				(標準学習期間) 月 日											
18	事業展開等の内容と訓練の関連性 (13欄でチェックをした区分に応じ、事業展開、デジタル・DX化又はグリーン・カーボンニュートラル化の取組と、訓練コースの内容がどのように関連しているかを具体的に記載してください。)	新たに進出予定の〇〇部門において必要となる〇〇技術を習得するため「〇〇応用コース」で〇〇部門の経験をもつ講師による講習を受けることで、* * 職の若手職員に〇〇技術を習得させ、即戦力として〇〇部門に従事させたい。																			

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面以降も両面印刷して使用してください。

(第2面にも記載項目があるので、必ずご確認ください。)

19 OFF-JT訓練種別・実施形態 (事業内・事業外の区分及びチェックした区分に対応する訓練の実施形態をチェックしてください。)	訓練種別	<input type="checkbox"/> ①事業内訓練	実施形態	<input type="checkbox"/> ①部内講師 ()	<input type="checkbox"/> ②部外講師 ()					
		<input checked="" type="checkbox"/> ②事業外訓練	<input checked="" type="checkbox"/> ①通学制	<input type="checkbox"/> ②同時双方向型の通信訓練	<input type="checkbox"/> ③eラーニング	<input type="checkbox"/> ④通信制				
20 教育訓練機関の名称及び所在地	名称	株式会社△△△△		所在地	〒880-0000 宮崎県宮崎市〇〇町△-△-△					
		電話番号 0985 - △△ - △△△△								
<input checked="" type="checkbox"/> 事業外訓練を実施した場合、支給申請時に訓練機関の承諾が必要な「人材開発支援助成金（事業展開等リスティング支援コース）支給申請承諾書（訓練実施者）」（様式第12号）の提出が必要となります。当該承諾が可能であることを訓練機関へ確認している場合は、チェックしてください。										
21 訓練の実施場所	△△△△総合ビル7階 <input type="checkbox"/> 教室 〒880-0000 宮崎県宮崎市〇〇町△-△-△									
受講生自宅で受講 (URL: https://~~~~~)										
22 育児休業中訓練の場合	育児休業取得期間	年	月	日	～ 年 月 日 # 認定職業訓練の場合 <input type="checkbox"/>					
24 教育訓練給付指定講座の場合	講座区分	<input type="checkbox"/> ①専門実践教育訓練講座		<input type="checkbox"/> ②特定一般教育訓練講座						
	指定番号	<input type="checkbox"/> ③一般教育訓練講座								
25 デジタル人材の育成を目的に行う訓練の場合 (該当する主な区分1つにチェックしてください。13欄で②「企業内のデジタル・デジタルトランスフォーメーション(DX)化に伴い実施する訓練」にチェックをした場合は、必ずチェックしてください。ただし、DXリテラシーに関する訓練の場合、チェックは不要です。なお、区分の詳細は第4面「記載上の注意」の22を参照してください。)	<input type="checkbox"/> ①ビジネスアーキテクト関係	<input type="checkbox"/> ②データサイエンティスト関係	<input type="checkbox"/> ③ソフトウェアエンジニア関係	<input type="checkbox"/> ④サイバーセキュリティ関係	<input type="checkbox"/> ⑤デザイナー関係	<input checked="" type="checkbox"/> ⑥その他のデジタル人材関係				
26 訓練カリキュラム等において取得目標となっている資格・試験の名称・試験日	<input type="checkbox"/> ①ITSS・DSS-PLレベル4	<input type="checkbox"/> ②ITSS・DSS-PLレベル3	<input type="checkbox"/> ③ITSS・DSS-PLレベル2	<input type="checkbox"/> ④公的職業資格	<input type="checkbox"/> ⑤教育訓練給付指定講座					
	資格・試験名	二等無人航空機操縦士資格								
	試験日 ※訓練終了日から6か月以内	2024	年	9	月	10	日	実施予定回数	年	第
27 訓練として行われる職業能力検定を受ける予定がある場合（予定がある場合にチェック）	<input type="checkbox"/>	28 訓練として行われるキャリアコンサルティングを実施する予定がある場合（予定がある場合にチェック）				<input type="checkbox"/>				

・ 人材開発支援助成金における訓練を修了した非正規雇用労働者を正社員化することで、キャリアアップ助成金（正社員化コース）も活用することができます。
 ・ 以下の項目を追加で記載することをもってキャリアアップ助成金の当該コース申請分のキャリアアップ計画書（様式第1号）を届けたことと見なすことができます。
 ・ なお、その場合には、届出日から5年以内をキャリアアップ計画期間と見なします。

上記の訓練を修了した非正規雇用労働者の正社員転換の実施につき、次のとおり届けます。

キャリアアップ管理者情報 <small>※労働者代表との兼任はできません</small>	<input type="checkbox"/> (氏名)
キャリアアップ計画（正社員化コース）	<input type="checkbox"/> 人材開発支援助成金の訓練を修了した非正規雇用労働者を正社員転換する。 (年 月頃実施予定)

人材開発支援助成金（事業展開等リスキリング支援コース） 事業展開等実施計画

1 事業展開等の種類

該当する分類を①又は②から選択してください。分類については、裏面の1, 3及び4を参照してください。

① 事業展開を行う場合	<input type="checkbox"/>
② 上記①の事業展開以外で企業内のデジタル・デジタルトランスフォーメーション（DX）化又はグリーン・カーボンニュートラル化を進める場合	<input type="checkbox"/>

<上記1で①にチェックをした場合>

2 事業展開の実施（予定）時期

年 月（予定）

※事業展開は訓練開始日（定額制サービスによる訓練の場合は契約期間の初日）から起算して3年以内に実施する予定のもの又は6か月前までに実施したものに限ります。

<上記1で②にチェックをした場合>

3 事業展開の内容

現在の事業内容及び訓練を行う端緒となる事業展開の内容について具体的に記載してください。記載例は裏面3を参照してください。

<上記1で②にチェックをした場合>

4 デジタル・デジタルトランスフォーメーション（DX）化又はグリーン・カーボンニュートラル化の内容

訓練を行う端緒となるデジタル・デジタルトランスフォーメーション（DX）化又はグリーン・カーボンニュートラル化の内容を具体的に記載してください。記載例は裏面4を参照してください。

上記の事業展開等実施計画の内容に誤りがないことを証明します。

年 月 日

申請事業主の証明

代表者役職名

氏名

※ホームページから様式をダウンロードするときは、第2面も両面印刷して使用してください。

人材開発支援助成金（事業展開等リスキリング支援コース）
事業展開等実施計画

記載例

1 事業展開等の種類

該当する分類を①又は②から選択してください。分類については、裏面の1, 3及び4を参照してください。

① 事業展開を行う場合	<input checked="" type="checkbox"/>
② 上記①の事業展開以外で企業内のデジタル・デジタルトランスフォーメーション（DX）化又はグリーン・カーボンニュートラル化を進める場合	<input type="checkbox"/>

<上記1で①にチェックをした場合>

2 事業展開の実施（予定）時期

2024年 10月（予定）

※事業展開は訓練開始日（定額制サービスによる訓練の場合は契約期間の初日）から起算をして3年以内に実施する予定のもの又は6か月前までに実施したものに限りです。

<上記1で①にチェックをした場合>

3 事業展開の内容

現在の事業内容及び訓練を行う端緒となる事業展開の内容について具体的に記載してください。記載例は裏面3を参照してください。

（例1）現在は●●部品を中心とする製造業を営んでいるが、今後の半導体の需要増を見据え、半導体工場の建設を予定しており、工場の整備や生産ラインの安定した運用を図るため、各種自動制御技術、電気保全技術、空圧装置制御技術等を習得する訓練を従業員に受講させたい。

（例2）現在は外食を中心とした飲食店を営んでいるが、テイクアウト及びお弁当の製造販売を新たに開始することに伴い、オンライン予約を可能とするなど、サービスの提供方法も一新するため、予約システムの構築やアプリ開発に必要な知識や技術を従業員に習得させたい。

<上記1で②にチェックをした場合>

4 デジタル・デジタルトランスフォーメーション（DX）化又はグリーン・カーボンニュートラル化の内容

訓練を行う端緒となるデジタル・デジタルトランスフォーメーション（DX）化又はグリーン・カーボンニュートラル化の内容を具体的に記載してください。記載例は裏面4を参照してください。

（例3）建設業において、DX化による測量受注の拡大を受けて、ドローンやBIMを活用した測量作業に習熟した従業員の育成を目指し、ドローンの操縦技能やBIMの講習を受講させたい。

（例4）製造業分野において、現在の溶解炉はコークスを熱源としているが、今後、電気炉に変更することによりCO2の削減を図る。設備やシステムの変更に伴い新たに必要となる知識・技術を習得するためのプログラムを受講させたい。

上記の事業展開等実施計画の内容に誤りがないことを証明します。

2024年 5月 1日

申請事業主の証明

代表者役職名 株式会社 厚生労働 代表取締役社長

氏名 労働 太郎

※ホームページから様式をダウンロードするときは、第2面も両面印刷して使用してください。

様式第2号（第2面）

人材開発支援助成金(事業展開等リスキング支援コース) 職業訓練実施計画変更届

提出日 年 月 日

労働局長 殿

Table with 2 columns: 受付番号, 受付印. Includes a note for labor office processing.

Business and Agent Information Form. Fields include: 事業主 (所在地, 名称, 氏名), 代理人 (所在地, 名称, 氏名, 電話番号), and checkboxes for agent roles.

職業訓練実施計画の内容を変更したため、次のとおり届けます。

Table 1-4: Summary of training plan changes. Includes fields for 職業訓練実施計画届の受付番号, 事業所の名称, 雇用保険適用事業所番号, 届出に関する当該事業所の担当者, and 訓練区分.

変更する項目について、記載してください。

Main training plan details table (Table 5-21). Includes fields for 訓練コースの名称, 受講(予定)者数, 訓練の実施期間, 契約期間, 総訓練時間数, 訓練カリキュラム・実施方法, OFF-JT訓練種別・実施形態, 教育訓練機関の名称及び所在地, 訓練の実施場所, 育児休業中訓練の場合, 教育訓練給付指定講座の場合, デジタル人材の育成を目的に行う訓練の場合, 訓練カリキュラム等において取得目標となされている資格・試験の名称・試験日, 訓練として行われる職業能力検定を受ける予定がある場合, 訓練として行われるキャリアコンサルティングを実施する予定がある場合, その他の変更, and 変更手続きを行う理由.

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面も両面印刷して使用してください。

人材開発支援助成金(事業展開等リスキリング支援コース) 支給申請書 (通常分 回)

申請日 年 月 日

労働局長 殿

事業主 所在地

名称

氏名

電話番号

代理人

または

社会保険労務士

提出代行者

事務代理者

(該当に☑チェック)

別添申請額内訳及び必要書類を添付の上申請します。

1	職業訓練実施計画届の受付番号					
2	雇用保険適用事業所番号					
3	事業所の名称					
4	支給申請額	円 ※様式第6号及び7-1号又は7-2号で計算した助成額の合計を記載してください。				
5	申請に関する担当者 (代理人等の場合は代理人等)	所属	電話番号	-	-	
		氏名	MAIL			
6	同じ訓練や同じ労働者について助成を受けた(予定を含む)国・地方公共団体・事業主団体等の助成金・奨励金・補助金等の申請・受給の有無	<input type="checkbox"/> ①有	<input type="checkbox"/> ②無			
「①有」の場合はその名称 ()						
7	この支給申請に係る訓練のうち、訓練の内容がデジタル人材の育成に関係するものである場合は、該当する区分(複数該当する場合は主なもの1つ)に受講人数及び男女別の人数(内数)を記載(区分の詳細は裏面「記載上の注意」の7を参照)					
	①ビジネスアーキテクト関係	人	②データサイエンティスト関係	人	③ソフトウェアエンジニア関係	人
	(うち男性)	人	(うち男性)	人	(うち男性)	人
	(うち女性)	人	(うち女性)	人	(うち女性)	人
	④サイバーセキュリティ関係	人	⑤デザイナー関係	人	⑥その他のデジタル人材関係	人
	(うち男性)	人	(うち男性)	人	(うち男性)	人
	(うち女性)	人	(うち女性)	人	(うち女性)	人
8	<定額制訓練であって訓練期間中に支給申請をした場合> 契約の途中解約等について	<input type="checkbox"/> 本申請の定額制サービスに係る契約について契約期間の終了前に途中解約しません。また、訓練の実施期間の最終日まで計画届(変更届)により届け出た教育訓練を継続します。 当該契約を解約した場合又は教育訓練を中止した場合は、速やかに申し出ます。				

【注意事項】

- 記載に当たっては、裏面の記載上の注意を必ずご覧ください。
- 労働局処理欄には記載しないでください。
- ホームページから様式をダウンロードするときは、第2面も両面印刷して使用してください。

※ 労働局処理欄	支給内訳							
	助成対象職業訓練の区分		経費助成		賃金助成		合計	
			助成額(円)	対象人数	助成額(円)	対象人数	対象人数	対象人数
	事業展開等リスキリング支援コース							
	事業展開関係							
	デジタル・DX化関係							
	グリーン・カーボンニュートラル化関係							
	決裁欄				支給決定額		円	
	局長	部長	課長	課長補佐	職業指導官	係長	担当	受理年月日
								年 月 日
							起案年月日	
							年 月 日	
							支給(不支給)決定年月日	
							年 月 日	
							支給決定番号	
							第 号	
							通知書発送年月日	
							年 月 日	

人材開発支援助成金（事業展開等リスキリング支援コース） 賃金助成の内訳

※ 本一括申請の場合は、雇用保険適用事業所ごとに別葉として作成ください。
作成にあたっては、雇用保険適用事業所ごとに「事業所名」欄及び「雇用保険適用事業所番号」欄を記載の上、1欄から7欄の項目を記載してください。

事業所名	雇用保険適用事業所番号（4桁-6桁-1桁）
	-

1 職業訓練実施計画届の受付番号			
2 事業所の名称			3 訓練コースの名称
4 訓練区分	<input type="checkbox"/> ①事業展開に伴い実施する訓練	<input type="checkbox"/> ②企業内のデジタル・デジタルトランスフォーメーション（DX）化に伴い実施する訓練	<input type="checkbox"/> ③企業内のグリーン・カーボンニュートラル化に伴い実施する訓練

5 対象労働者 ・氏名（フリガナ） ・雇用保険被保険者番号	6 OFF-JTの賃金助成対象時間数 ^{※1}	5 対象労働者 ・氏名（フリガナ） ・雇用保険被保険者番号	6 OFF-JTの賃金助成対象時間数 ^{※1}
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分
()	時間 分	()	時間 分

7 賃金助成額

6欄「OFF-JTの賃金助成対象時間数」の合計

時間 分

×

1人1コースあたりの助成単価

(中小企業)

960円

(大企業)

480円

=

賃金助成額

円

(100円未満は切り捨て)

※1 1人1職業訓練実施計画あたり1,200時間が限度です。ただし、専門実践教育訓練を受ける場合は1,600時間が限度となります。

※2 ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面も両面印刷して使用してください。

人材開発支援助成金（事業展開等リスキング支援コース）経費助成の内訳

※ 本一括申請の場合は、雇用保険適用事業所ごとに別表として作成ください。
作成にあたっては、雇用保険適用事業所ごとに「事業所名」欄及び「雇用保険適用事業所番号」欄を記入の上、1欄から5欄の項目を記入してください。

事業所名	雇用保険適用事業所番号（4桁-6桁-1桁）			
		-		-

経費助成額の算定（第2面に続く）	1	職業訓練実施計画届の受付番号	2		事業所の名称	
	3	訓練コースの名称				
	4	訓練の実施形態 (複数の形態を組み合わせて行う訓練の場合は、該当するもの全てにチェックしてください。)	<input type="checkbox"/> ①通学制	<input type="checkbox"/> ②同時双方向型の通信訓練	<input type="checkbox"/> ③eラーニング	<input type="checkbox"/> ④通信制
	5	(1) 事業内訓練				
		① 部外講師の謝金 部外講師の謝金額 円 <small>※1時間あたり3万円を限度</small>	② 部外講師の旅費 円 <small>※県外からの旅費に限る</small>	③ 施設・設備の借上げ費 円	④ 教材費・教科書代 円	I 事業内訓練経費計 (①+②+③+④+⑤)の額 円
	⑤ 訓練コースの開発費 円	(一部の労働者について申請する場合に記載) $\left(\frac{\text{助成対象労働者数}}{\text{訓練コースの総受講者数}} \right) \times \text{I 事業内訓練経費計} = \text{II 事業内訓練経費計}$ 円 <small>(少数点以下切捨て)</small>				
	(2) 事業外訓練					
	① 1人当たりの入学金・受講料・教科書代 円 <small>※受講案内等であらかじめ定められているものに限る</small>	×	助成対象労働者数 人	=	III 事業外訓練経費計 円	
	(3) 資格・試験に要する受験料等					
	1人当たりの資格・試験に要する受験料 円 <small>※再試験等2回目以降の受験料を除く</small>	×	助成対象労働者数 人	=	IV 資格・試験に要する受験料計 円	
	(4) 訓練として行われる職業能力検定・キャリアコンサルティングを実施する場合					
	1人当たりの職業能力検定・キャリアコンサルティングに要した経費 円 <small>※1時間あたり3万円を限度</small>	×	助成対象労働者数 人	=	V 職業能力検定・キャリアコンサルティング経費計 円	
	(5) 1人当たりの訓練経費					
	(I又はII) + III + IV + V 円	÷	助成対象労働者数 人	=	VI 1人当たりの訓練経費 円 <small>(少数点以下切捨て)</small>	

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面以降も両面印刷して使用してください。

5
 経費助成額の算定(第1面の続き)

(6) 1人当たりの助成額(助成限度額の確認)

VI 1人当たりの訓練経費

 円

×

助成率

60%
75%

=

VII 1人当たりの助成額

 円
(少数点以下切捨て)
※上記の金額が、下表の限度額を超える場合は、限度額を記載

【事業展開等リスティング支援コースの1人当たりの経費助成限度額】

企業規模	10時間以上 100時間未満	100時間以上 200時間未満	200時間以上
中小企業	30万円	40万円	50万円
大企業	20万円	25万円	30万円

※eラーニングによる訓練及び通信制による訓練(標準学習時間が定められているものは除く。)については、企業規模に応じて、中小企業の場合は30万円、大企業の場合は20万円とする。
 ※専門実践教育訓練の指定講座の訓練については、企業規模に応じて、中小企業の場合は50万円、大企業の場合は30万円とする。

(7) 経費助成額

VII 1人当たりの助成額

 円

×

助成対象労働者数

 人

=

VIII 経費助成額

 円
(100円未満は切捨て)

人材開発支援助成金 (事業展開等リスティング支援コース) OFF-JT実施状況報告書

1 職業訓練実施計画届の受付番号		2 OFF-JT訓練種別	事業外訓練 <input type="checkbox"/> 事業内訓練 <input type="checkbox"/>	3 受講者氏名	
4 訓練コースの名称		5 訓練の実施機関・訓練の実施場所	実施機関 実施場所		
6 実訓練時間数の合計 (『13実施内容等③』の合計)	時間 分	7 受講時間数の合計 (『15実施内容等④』の合計) ※13にチェックを行う場合は、チェックが付いている日の受講時間数の	時間 分		
8 資金助成対象時間数 (『13実施内容等⑤』の合計) ※④受講時間数のうち、所定労働時間内に受講した時間数	時間 分	9 受講率 (7欄÷6欄×100) ※小数点以下切り捨て	%		※公的訓練機関・大学等の訓練を修了・卒業していることを証明する場合は記載不要。(第2面【記載上の注意】の5を参照)
10 受講者の所定労働時間	時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分 時 分 ~ 時 分	11 休日 (法定休日及び所定休日)	曜日 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/>		

12 13欄から15欄のとおり訓練を実施したことを、必ず各証明者本人が確認の上、それぞれ確認した日付と氏名をご記載ください。
また、訓練実施者の方は、認定職業訓練及び認定訓練助成事業費補助金等の受給状況について回答してください。

(1) 訓練実施者の証明	年 月 日	③ 事業外訓練の訓練実施機関は、以下についてもご回答ください。 ・都道府県知事が職業能力開発促進法第24条第1項の規定に基づいて認定した認定職業訓練に <input type="checkbox"/> 該当する / <input type="checkbox"/> 該当しない (認定職業訓練に該当する場合) ・都道府県から認定職業訓練助成事業費補助金を <input type="checkbox"/> 受けている / <input type="checkbox"/> 受けていない (認定職業訓練に該当する場合) ・都道府県から広域団体認定訓練助成金を <input type="checkbox"/> 受けている / <input type="checkbox"/> 受けていない
(2) 申請事業主の証明	年 月 日	(3) 訓練受講者の証明 (本人直筆の署名)
3欄の受講者に、申請事業主が事前に提出した訓練カリキュラムどおり14欄の日に15欄のとおり訓練を受けさせたことを証明します。 代表者役職名 氏名		私は、申請事業主が事前に提出した訓練カリキュラムどおり14欄の日に15欄のとおり訓練を受講したことを証明します。 氏名

13 訓練実施者の証明	14 実施日	15 実施内容等			
<input type="checkbox"/> ※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時 分 ~ 時 分	③実訓練時間数	時間 分
		②うち除外時間数	時間 分	④受講時間数	時間 分
		⑥実施内容 ※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載		⑤資金助成対象時間数	時間 分
<input type="checkbox"/> ※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時 分 ~ 時 分	③実訓練時間数	時間 分
		②うち除外時間数	時間 分	④受講時間数	時間 分
		⑥実施内容 ※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載		⑤資金助成対象時間数	時間 分

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面も両面印刷して使用してください。

人材開発支援助成金 (事業展開等リスティング支援コース) OFF-JT実施状況報告書

(OFF-JT実施状況報告書)

3	受講者氏名	
---	-------	--

13 訓練実施者の証明	14 実施日	15 実施内容等								
<input type="checkbox"/> <small>※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)</small>	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時	分	～	時	分	③実訓練時間数	時間	分
		②うち除外時間数	時間	分	④受講時間数	時間	分	⑤賃金助成対象時間数	時間	分
		⑥実施内容 <small>※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載</small>								
<input type="checkbox"/> <small>※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)</small>	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時	分	～	時	分	③実訓練時間数	時間	分
		②うち除外時間数	時間	分	④受講時間数	時間	分	⑤賃金助成対象時間数	時間	分
		⑥実施内容 <small>※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載</small>								
<input type="checkbox"/> <small>※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)</small>	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時	分	～	時	分	③実訓練時間数	時間	分
		②うち除外時間数	時間	分	④受講時間数	時間	分	⑤賃金助成対象時間数	時間	分
		⑥実施内容 <small>※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載</small>								
<input type="checkbox"/> <small>※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)</small>	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時	分	～	時	分	③実訓練時間数	時間	分
		②うち除外時間数	時間	分	④受講時間数	時間	分	⑤賃金助成対象時間数	時間	分
		⑥実施内容 <small>※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載</small>								
<input type="checkbox"/> <small>※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)</small>	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時	分	～	時	分	③実訓練時間数	時間	分
		②うち除外時間数	時間	分	④受講時間数	時間	分	⑤賃金助成対象時間数	時間	分
		⑥実施内容 <small>※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載</small>								
<input type="checkbox"/> <small>※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)</small>	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時	分	～	時	分	③実訓練時間数	時間	分
		②うち除外時間数	時間	分	④受講時間数	時間	分	⑤賃金助成対象時間数	時間	分
		⑥実施内容 <small>※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載</small>								
<input type="checkbox"/> <small>※12欄(1)で②を選択した場合に、証明できる日ごとにチェック(①を選択した場合はチェック不要)</small>	月 日 曜日	①訓練実施時間帯	時	分	～	時	分	③実訓練時間数	時間	分
		②うち除外時間数	時間	分	④受講時間数	時間	分	⑤賃金助成対象時間数	時間	分
		⑥実施内容 <small>※2欄で「事業内訓練」にチェックした場合に記載</small>								

人材開発支援助成金（事業展開等リスクリング支援コース） eラーニング訓練実施結果報告書

1 事業所の名称		2 受講者氏名	
3 訓練の実施期間	年 月 日 ~	年 月 日	(月 日)

(以下の実施結果報告は訓練の受講者本人が作成してください)

4 講座名	
5 内容（学んだこと、今後の活かし方）	

※以下の内容に該当する場合はチェックをしてください。

- 事業主命令により労働時間中に当該訓練を実施し、当該訓練を実施した時間中の賃金が、適正に支払われています。
- 当該訓練に係る費用（受講料や教科書代等）の一切を負担していません。

上記の内容に誤りがないことを証明します。

年 月 日

訓練受講者の署名

(本人直筆の署名)

(事業主記載欄) ※以下の内容に該当する場合はチェックをしてください。

- 2 欄の労働者の労働時間中に上記のとおり訓練を受けさせ、受講時間中の賃金を適正に支払っています。

上記の内容に誤りがないことを証明します。

年 月 日

申請事業主の証明

代表者役職名

氏名

※本書のほか、4 欄に記載した講座を受講したことの証明として、修了証等及びLMS（Learning Management System.）等による受講状況が確認できる書類を添付してください。

人材開発支援助成金（事業展開等リスキリング支援コース） 支給申請承諾書（訓練実施者）

※こちらは、訓練実施者（教育訓練施設等の方）が下記につきご了承の上、ご記載ください。
（労働局長名及び申請事業主訓練情報欄については、申請事業主が記載します。）

人材開発支援助成金（事業展開等リスキリング支援コース）（以下「本助成金」という。）に関し、審査に必要な事項についての確認を都道府県労働局（公共職業安定所）が行う場合には協力します。

また、令和4年12月2日以降に計画届が提出された本助成金に関し、本支給申請承諾書により承諾を行う訓練（以下「対象訓練」という。）について、偽りその他不正の行為により、申請事業主が本来受けることのできない助成金を受け、または受けようとした場合であって、対象訓練実施者が不正受給に関与していた場合（偽りその他不正の行為の指示やその事実を知らながら黙認していた場合を含む。）は、①申請事業主が負担すべき一切の債務について、申請事業主と連帯し、請求があった場合、直ちに請求金（※）を弁済すべき義務を負うこと、②対象訓練実施者（又は法人等）の名称、所在地、代表者氏名及び不正の内容が公表されること、③不支給とした日又は支給を取り消した日から起算して5年間（取り消した日から起算して5年を経過した場合であっても、請求金が納付されていない場合は、時効が完成している場合を除き、納付日まで）は、対象訓練実施者が行った訓練については、助成金の支給対象とならないことについて承諾します。

※ 請求金は、偽りその他不正の行為による場合は、①不正受給により受け取った額、②不正受給の日の翌日から納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により受け取った額の20%に相当する額の合計額です。

労働局長 殿

確認日 年 月 日

所在地

名称

（教育訓練施設等）代表者氏名

【申請事業主訓練情報欄】※こちらの情報は、申請事業主の方がご記載ください。

＜対象訓練＞ ※欄が不足する場合は下記項目を記した別紙（任意様式）を提出すること

受付番号	訓練コースの名称	訓練の実施期間
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日
		年 月 日 ～ 年 月 日

＜申請事業主＞

所在地

名称

氏名

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面も両面印刷して使用してください。