

# キャリアアップ助成金 社会保険適用時処遇改善コース

～実践編～

# 社会保険適用時処遇改善コースの内容は？

## (1) 手当等支給メニュー

事業主が労働者を社会保険を加入させる際に「社会保険適用促進手当を支給することにより、労働者の手取り収入を減らさないようにするメニュー

※1年目から段階を踏んで働き方を変えてゆき、3年目に労働時間の延長をして年収の壁を超える働き方をしたい方等に対応しています

## (2) 労働時間延長メニュー

労働時間を延長することにより社会保険に加入させる、または社会保険に加入させた際に労働時間を延長するメニュー

※すぐに労働時間を延長して年収の壁を超えたい方に対応しています

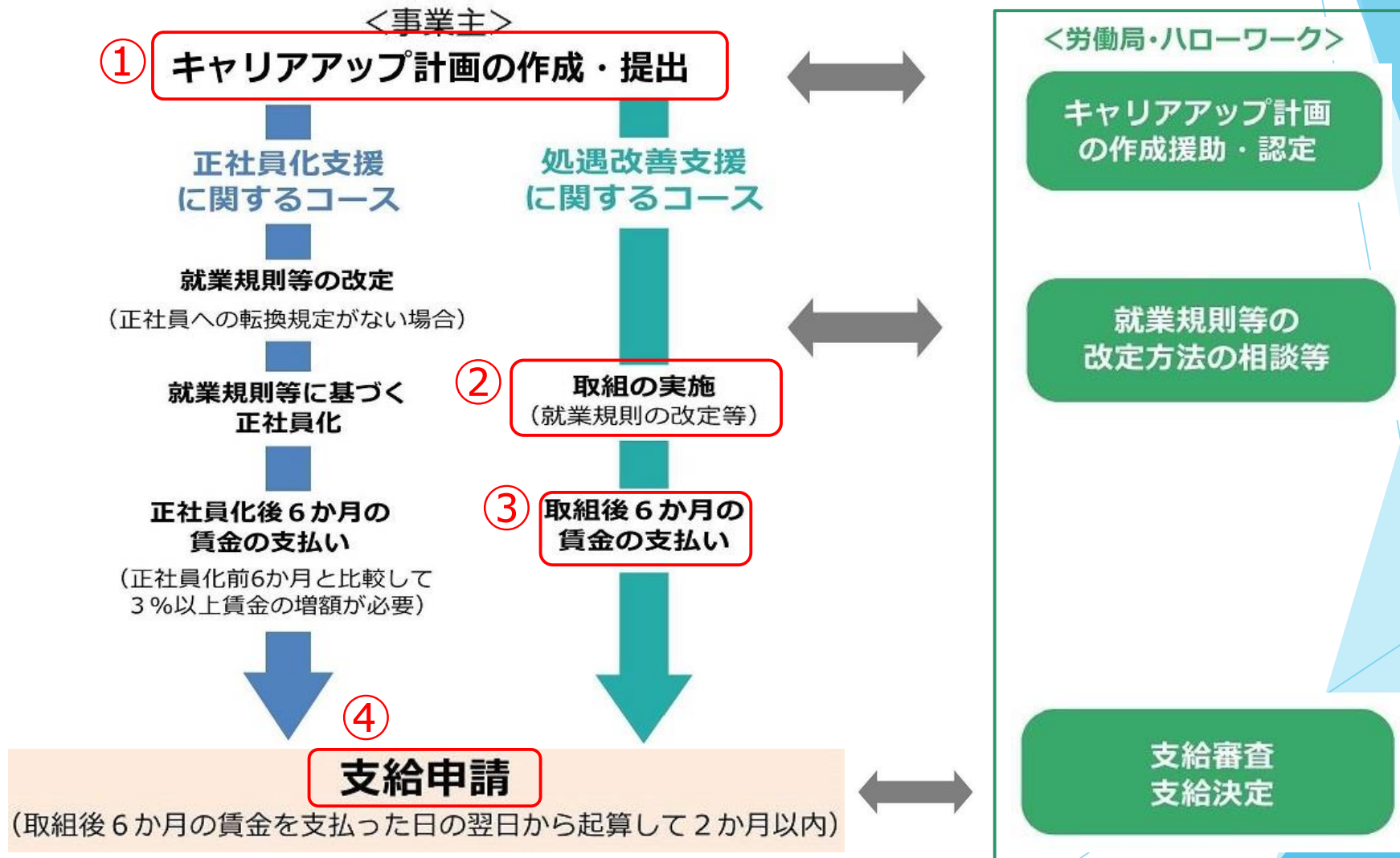
## (3) 併用メニュー

(1) と (2) の併用メニュー

※1年目に手当等支給メニューに取り組み、2年目に労働時間を延長して年収の壁を超える働き方をしたい方に対応しています

# キャリアアップ助成金の申請までの流れ

「キャリアアップ助成金」の活用にあたっては、各コースの実施日の前日までに「キャリアアップ計画」の提出が必要です。



# キャリアアップ計画とは？

有期雇用労働者等のキャリアアップに向けた取り組みを計画的に進めるため、今後の大まかな**取り組みイメージ**をあらかじめ記載するものです。

対象者

活用する  
助成金のコース

期間

目標

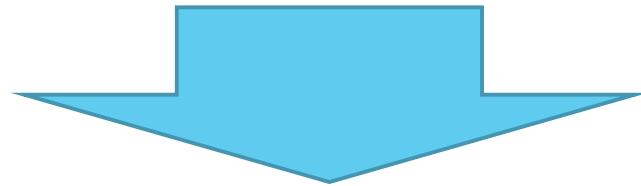
目標達成のために  
事業主が行う取り組み

# キャリアアップ計画作成のための事前準備

年末年始などの人手不足の見込みを踏まえ、対象労働者の働き方の希望を把握し、仕事内容や処遇について話し合う面談を実施する

助成金による支援メニューを活用しながら解決策を検討する

社会保険制度の概要や、メリットについて対象労働者に周知する



自社の状況や従業員のニーズを再確認して、どんな取組が必要か、どのメニューが活用できるかイメージできたら、キャリアアップ計画を作成しましょう



# キャリアアップ計画書作成に当たっての流れ

## ①「キャリアアップ管理者（※）」を決めてください。

※ 各事業所での有期雇用労働者等のキャリアアップを図る取組が積極的に進むよう、事業所ごとに、有期雇用労働者等のキャリアアップに取り組む者として、必要な知識及び経験を有していると認められる者。  
(複数の事業所および労働者代表との兼任はできません。)

## ② 3年以上5年以内の計画期間を定めてください。

## ③ 計画対象者、目標、目標を達成するために事業主が行う取組などを活用する助成金のコース（メニュー）に沿って記載、選択してください。

**!** キャリアアップ計画書は各事業所につき1つとなります。労働者ごとに作成していただく必要はありません。

## ④ 有期雇用労働者等を含む事業所における全ての労働者の代表から意見を聴いてください。（**計画の対象となる労働者**の意見が反映されるようにしてください。）

# キャリアアップ計画書の書き方①

(様式第1号(表紙))(R6.4)

提出日: 令和7年 ●月 ●日

静岡 労働局長 殿

## キャリアアップ助成金 《キャリアアップ計画書》

所 名: 株式会社〇〇 △△支店

創 代表者名: 〇〇 〇〇

労働組合等の労働者代表者名: 〇〇 〇〇

労働組合等の労働者代表者は、当該適用事業所における非正規雇用労働者も含む全ての労働者の代表者である。(チェックボックスに要チェック)	はい <input checked="" type="checkbox"/>
労働者からの意見の聴取方法について、以下ア、イ、ウのうちいずれかのチェックボックスにチェックを入れてください。 なお、ウを選択した場合は、括弧内にその聴取方法について記載してください。 ア: 社内掲示板、メール等の文書で周知し、意見を集約。 イ: 朝礼、説明会等の場で直接労働者に説明し、意見を集約。 ウ: その他 ( )	ア <input checked="" type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/>

注) 本助成金の支給要件は、本計画書提出時点ではなく正社員化等の各取組時点における支給要件により支給の可否が決定されますので、ご注意ください。

●対象労働者と、その労働者の就業状況に合わせた申請メニューを基に、**キャリアアップ計画書**を作成します

●計画の作成に当たっては、**労働者から意見を聴取し、計画に反映**させましょう

**コースを実施する前日までに労働局長に提出してください**

**労働者からの意見聴取について、該当するものを選択してください**

# キャリアアップ計画書の書き方②

(様式第1号(共通))(R6.4)

## 【 共 通 事 項 】

### (事業所情報欄)

① 事業主名	株式会社〇〇 △△支店												
② 事業所所在地	(〒×××-××××) 〇〇県△△市1-1-1												
③ 電話番号	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇						④ 事業所の担当者	△△ △△					
⑤ 雇用保険適用事業所番号	○	○	○	○	-	○	○	○	○	○	○	-	○
⑥ 労働保険番号	都道府県	所	管	基幹番号						枝番号			
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	○
⑦ 主たる事業	〇〇業 (××××の△△)						⑧ 企業規模(人数)	100人					

### (代理人・社会保険労務士による提出代行者又は事務代理者欄)

※代理人・社会保険労務士による提出代行または事務代理者の場合は必ず記入してください。  
(事業主の委任を受けて代理人が提出する場合は委任状(原本)を添付)

氏名	( )	( )
電話番号	( )	( )

### (キャリアアップ管理者欄)

⑬ キャリアアップ管理者情報	(氏名): △△ △△
※ 複数の事業所における兼任及び労働者代表との兼任	(配置日): 令和7年2月1日
	<input checked="" type="checkbox"/> 事業主又は役員である

日本標準産業分類をご参考に、主たる産業分類を記入してください

キャリアアップ管理者と同じ方でも差し支えありません

キャリアアップ管理者は、以下の①～③を満たす者であることが要件となっています

- ① 事業所(雇用保険適用事業所)の労働者、事業主または役員いずれかの者
- ② 同一法人等の他の事業所ですでにキャリアアップ管理者となっていない者
- ③ 労働組合等の労働者の代表ではない者

企業(法人)全体の対象労働者数を記入してください



# キャリアアップ計画書の書き方③

(様式第1号(計画(全コース共通)))(R6.4)

**【キャリアアップ計画(共通事項)】**

①キャリアアップ計画期間 ※計画期間(3年~5年) ※計画期間の開始日は届出日の翌日以降	令和7年4月1日	~	令和12年3月31日
②キャリアアップ計画期間中に講ずる措置の項目	1 正社員化コース (正規雇用・勤務地限定正社員・職務限定正社員)	(	年 月頃実施予定)
講ずる措置の該当するコースの番号全てに「○」をつけて下さい。	2 障害者正社員化コース (正規雇用等・勤務地限定正社員・職務限定正社員)	(	
	3 賃金規定等改定コース (	(	
	4 賃金規定等共通化コース (	(	
	5 賞与・退職金制度導入コース (	(	
	⑥ 社会保険適用時処遇改善コース	(	
	① 手当等支給メニュー	(	令和7年7月頃実施予定)
	② 労働時間延長メニュー	(	令和7年7月頃実施予定)
	③ 併用メニュー	(	令和7年7月頃実施予定)

※ 2 障害者正社員化コースの正規雇用等には「無期雇用労働者」を含みます。  
 ※ 6 社会保険適用時処遇改善コースは、令和8年3月31日までに行われた取組(対象者の社会保険被保険者としての適用)に対して支給申請を受け付ける時限措置となります。  
 (過去に短時間労働者労働時間延長コースの計画届を提出している場合でも、「6 社会保険適用時処遇改善コース」の計画書(又は変更届)を提出する必要があります。)  
 ※ 詳しくはパンフレット「キャリアアップ助成金のご案内」をご参照ください。

キャリアアップ計画の取り組みを講じる期間を、3年以上5年以下で設定してください。なお、計画期間の始期はキャリアアップ計画の提出日の翌日以降にしてください。

社会保険適用時処遇改善コースに○を付し、(1)から(3)のメニューのうち、取り組む予定のあるもの全てに、同じく○を付してください

キャリアアップ計画書は当初の予定を記載しますので、内容を随時変更できます。実施するコースを追加する場合には変更届けの提出が必要です。  
**実施するコースに関する記載が無い場合には助成金は受給できません!**

取り組みを開始する予定の年月を記入してください

# キャリアアップ計画書の書き方④

(様式第1号(計画(その6)))(R6.4)

## 「6 社会保険適用時処遇改善コース」に係る計画内容

③対象者	短時間労働者(※短時間正社員を除く)
④目標	<input checked="" type="checkbox"/> 「手当等支給メニュー」の措置を講じ、社会保険加入による処遇の改善を図る <令和6年度に( 1 )名、令和7年度に( 1 )名程度> <input checked="" type="checkbox"/> 「労働時間延長メニュー」の措置を講じ、社会保険加入による処遇の改善を図る <令和6年度に( 1 )名、令和7年度に( 1 )名程度> <input checked="" type="checkbox"/> 「併用メニュー」の措置を講じ、社会保険加入による処遇の改善を図る <令和6年度に( 1 )名、令和7年度に( 1 )名程度>
	<b>共通</b> <input checked="" type="checkbox"/> 対象者の働き方の希望を把握し、仕事内容や処遇等について話し合う面談の実施 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険制度の概要や加入のメリット及び本助成措置について、対象者に説明 <input checked="" type="checkbox"/> 労働条件の変更時には、雇用契約書や労働条件通知書にて変更内容を通知 <input type="checkbox"/> その他( )
	<b>手当等の支給方法</b> <1年目> 新たに社会保険に適用した際に、適用から1年間は本人負担分の社会保険料相当額 <sup>※1</sup> の一時的な手当等 <sup>※2</sup> を支給 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の一時的な手当等を支給することを対象者に通知(給与明細による通知)
	<2年目以降> <input type="checkbox"/> 2年目に18%以上の恒常的な賃金上昇(基本給等 <sup>※3</sup> の増額)を実施 <input checked="" type="checkbox"/> 2年目に引き続き一時的な手当等を支給し、3年目に下記のいずれかの取組 <input checked="" type="checkbox"/> 労働時間の延長(概ね週所定労働時間数に0.18を乗じた時間数以上) <input type="checkbox"/> 基本給等の増額(基本給の単価に対して18%以上の増額) <input checked="" type="checkbox"/> 労働時間の延長及び基本給等の増額
	<b>労働時間の延長</b> <input checked="" type="checkbox"/> 労働時間の延長(4時間以上) <input checked="" type="checkbox"/> 労働時間の延長(3時間以上)及び基本給の増額(5%以上) <input type="checkbox"/> 労働時間の延長(2時間以上)及び基本給の増額(10%以上) <input type="checkbox"/> 労働時間の延長(1時間以上)及び基本給の増額(15%以上)

取り組む予定のあるメニューを**全て選択**してください

取組内容を確認の上、当てはまるものを**全て選択**してください

手当等支給メニュー、併用メニューに取り組む予定がある場合には、計画作成時点で実施を検討している措置を**全て選択**してください

労働時間延長メニュー、併用メニューに取り組む予定がある場合には、計画作成時点で実施を検討している措置を**全て選択**してください

対象者の意向や事業所の雇用管理状況を踏まえ、計画作成時点の、メニューごとの見込み人数を記入してください。  
 (後日、人数が増減しても変更届けは不要です)

**!** 社会保険適用時処遇改善コースは、令和8年3月31日までに行われた取組(対象者)(対象者の社会保険被保険者としての適用)に対して支給申請を受け付ける時限措置となります。

## 6か月後の支給申請に必要な書類

- **キャリアアップ助成金支給申請書**
- **支給要件確認申立書**
- **対象労働者の取り組み開始前後の雇用契約書  
または労働条件通知書の写し**
- **対象労働者の取り組み開始前後の賃金台帳の写し**
- **その他取り組み内容等により必要な書類**



# 支給申請書の書き方①

様式第1号

共通要領 様式第1号 (R5.4.1)

## 支給要件確認申立書 ( 助成金 )

事業主記載事項	労働局・安定所確認
1 法人名： 法人番号：	年月日
2 事業所名称：	確認
3 雇用保険適用事業所番号：	確認者
<p>○ 以下の4から16までの事業活動等に係る状況について、「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでください。後述の「記載にあたっての留意点」の内容を了解した上でご回答下さい。</p> <p>・4から16までについて はい ・ いいえ</p> <p>・「いいえ」がある場合の該当番号</p>	(労働局・安定所にてチェック)
4 平成31年3月31日以前に申請した雇用関係助成金について不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがない、又は受けたことがあるが、当該不支給決定日又は支給決定取消日から3年を経過している。	<input type="checkbox"/>
5 平成31年4月1日以降に申請した雇用関係助成金について不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがない、又は受けたことがあるが、当該不支給決定日又は支給決定取消日から5年を経過している。	<input type="checkbox"/>
6 平成31年4月1日以降に申請した雇用関係助成金について不正受給に関与した役員等がない。	<input type="checkbox"/>
7 支給申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度における労働保険料の未納がない。	<input type="checkbox"/>
8 支給申請日の前日から起算して過去1年において、労働関係法令違反により送検されていない。	<input type="checkbox"/>
9 風俗営業等関係事業主でない。	<input type="checkbox"/>
10① 事業主若しくは事業主団体（以下「事業主等」という。）又は事業主等の役員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。）第2条第2号に規定する暴力団又は第2条第6号に規定する暴力団員でない。	<input type="checkbox"/>
② 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしていない。	<input type="checkbox"/>
③ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給せず、又は便宜を供与しないなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力をせず、若しくは関与していない。	<input type="checkbox"/>
④ 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしていない。	<input type="checkbox"/>
⑤ 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していない。	<input type="checkbox"/>
11 事業主等又は事業主等の役員等が、破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行っていない又は行う恐れがある団体等に属していない。	<input type="checkbox"/>
12 倒産していない。	<input type="checkbox"/>
13 管轄労働局長が審査に必要な事項についての確認を行う際に協力すること、雇用関係助成金について不正受給を行った場合に労働局長が事業主名等を公表すること並びに、管轄労働局長が支給決定を取り消し、支給を受けた雇用関係助成金の返還を求めた場合に返還することに承諾する。	<input type="checkbox"/>
14 役員等の氏名、役職及び生年月日が記載されている別紙「役員等一覧」又は同内容の記載がある書類を添付している。	<input type="checkbox"/>
15 「雇用関係助成金支給要領」に従うことに承諾する。	<input type="checkbox"/>
16 支給申請書等に事実と異なる記載又は証明を行っていない。	<input type="checkbox"/>

裏面にも記載事項があります。

令和 年 月 日 労働局長 殿  
( 公共職業安定所長 )

1から16までの記載事項については、いずれも事実と相違ありません。また、1から16までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を労働局(安定所)が行う場合には協力します。

事業主 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
名称 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

代理人又は 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
社会保険労務士 名称 \_\_\_\_\_ 登録番号 \_\_\_\_\_  
(提出代行・事 氏名  
務代理者の表示)

※社会保険労務士が事業主の申請を代わって行う場合、上欄に事業主の氏名等を、下欄に社会保険労務士法施行規則第16条第2項又は同規則第16条の3の規定により氏名等を記載してください。また、代理人が事業主の申請を代わって行う場合、上欄に助成金の支給に係る事業主の氏名等を、下欄に代理人の氏名等を記載してください。社会保険労務士による申請の場合は登録番号を記載してください。

### 【代理人又は社会保険労務士（以下「代理人等」という。）記載欄※事業主等が直接申請する場合は記載不要です】

本助成金に関し、審査に必要な事項についての確認を労働局(安定所)が行う場合には協力します。

また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為により申請事業主等が、本来受けることのできない助成金を受けたり又は受けようとした場合であって、代理人等が故意に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りながら黙認していた場合を含む。)は、①申請事業主等が負担すべき一切の債務について、申請事業主等と連帯し、請求があった場合、直ちに請求金(①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から①の納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額を指す。以下について同じ。)を弁済すべき義務を負うこと、②代理人等に係る事務所(又は法人等)の名称、所在地、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、不正受給に係る請求金が全額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、雇用関係助成金に係る代理人が行う申請又は社会保険労務士が行う提出代行、事務代理に基づく申請が受理されないことについて承諾します。

代理人又は 住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
社会保険労務士 名称 \_\_\_\_\_ 登録番号 \_\_\_\_\_  
(提出代行・事 氏名  
務代理者の表示)

※代理人等が事業主の申請を代わって行う場合、代理人等の氏名等を記載してください。  
社会保険労務士による申請の場合は登録番号を記載してください。

# 支給申請書の書き方②

様式第3号

静岡 労働局長 殿

## キャリアアップ助成金支給申請書

申請日：令和 7 年 〇 月 〇 日

T XXX - XXXX

事業主  
※雇用保険適用事業所の情報を記載してください。  
所在地 〇〇県△△市□□町〇〇〇-〇  
名称 株式会社〇〇 △△支店  
氏名 代表取締役 △△△ △△

社会保険労務士以外の方が代理人の場合、身分を確認させていただく場合がありますので、身分証をお持ちください

申請期間は、支給対象期間分の賃金支払日から2か月以内

代理人または事務代理人・提出代行者  
※代理人等の場合は以下から選択してください。  
【代理人・事務代理人・提出代行者】

所在地  
名称  
氏名  
TEL

事業主名を記載してください

構記について、次のとおり申請します。

① 雇用保険適用事業所番号	● ● ● ● - ● ● ● ● ● ● - ●
② 労働保険番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △
③ キャリアアップ計画書の受理番号	△-〇〇〇
④ 申請に関する当該事業所の担当者	所属： 〇〇部門 氏名： △△ △△ 電話番号： ××-××-×× FAX： 同上
⑤ 企業の名称	株式会社〇〇 △△支店
⑥ 企業の主たる事業	〇〇業 (□□の××)
⑦ 企業規模 (判断基準は裏面参照)	<input checked="" type="radio"/> 中小企業 <input type="radio"/> 大企業
⑧ 企業の資本の額または出資の総額	500万円
⑨ 企業全体の常時雇用数	100人
⑩ 支給申請コース (該当する番号を○で囲む)	1 正社員化 2 障害者正社員化 3 賃金規定等改定 4 賃金規定等共通化 5 賞与・退職金制度導入 6 社会保険適用時処遇改善
⑪ (今回の支給申請に係る対象労働者について) 国または地方公共団体の助成金・奨励金・補助金等の支給申請・受給の有無 (予定がある場合も含む)	<input type="radio"/> 有 (名称： ) <input checked="" type="radio"/> 無

申請するコースに○をつけます

助成金の種類によっては併給できない場合があります



# 支給申請書の書き方③-1

## 手当等支給メニュー

様式第3号（別添様式6）（第1面-1）（R6.4）（令和6年4月1日以降に取組を行った場合は、この様式で申請してください。）

### 6 社会保険適用時処遇改善コース内訳（手当等支給メニュー）

①	特定適用事業所、任意特定適用事業所のいずれかに該当する場合は該当する内容にチェックを、いずれにも該当しない場合はいずれでもないにチェックをしてください。（※第4面「記入上の注意」1参照）	<input checked="" type="radio"/> 特定適用事業所 <input type="radio"/> 任意特定適用事業所 <input type="radio"/> いずれでもない
②	対象労働者は、本来、社会保険の加入要件を満たす条件で雇い入れる予定であったにもかかわらず、本助成金を申請する目的で、賃金又は週所定労働時間を一定期間減じた者では無い。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
③	対象労働者は、新たに社会保険の被保険者となる以前に、既に社会保険の被保険者要件を満たしていた者では無い。（社会保険被保険者としての資格取得に関する事務手続きに遅滞があった訳ではない。）	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
④	対象労働者は、新たに社会保険の被保険者となる日の前日から起算して2年前の日（当該日時点で雇用していない場合は雇い入れた日）から、社会保険に加入していなかった者である。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑤	対象労働者が、本申請事業主又は取締役の3親等以内の親族に含まれるかどうか。（含まれる場合は、該当する対象労働者について、⑧欄「3親等以内親族」の列に「○」を記入してください。）	<input checked="" type="radio"/> 含まれない <input type="radio"/> 含まれる
⑥	対象労働者に対して、社会保険適用に際して講じる措置（労働者負担分の社会保険料相当の手当を一定期間支給し、その後、手取りが減少しないよう措置を講じること）について、説明している。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

#### 事業主確認欄

記載内容について間違いのないことを確認しました  
 ※ 記載内容に虚偽が発覚した場合、助成金の不正受給として事業所名公表や刑事告発等を行う場合がありますので、記載内容に誤りがないか、必ずご確認ください。  
 申請代理人が不正受給に関与した場合や不正の事実を知っていて黙認した場合、申請代理人に返還の連帯債務を負っていただきます。

令和 7 年 〇 月 △ 日 （事業主名）※法人名及び事業主の氏名（個人事業主の場合は事業主の氏名のみ）  
 株式会社〇〇 代表取締役 △△△ △△  
 （代理人又は事務代理人・提出代行者の場合のみ）  
 令和 年 月 日 （代理人・事務代理人・提出代行者）

対象労働者について、支給対象時期ごとに、人数を記載してください

⑦ 支給申請額 該当する申請内容の項目に、対象労働者数を入力し、企業規模を選択してください。

以下の対象労働者の詳細については、第2面に記載してください。

<社会保険の被保険者とした日以降の1年間、一時的に支給する手当等を支給した労働者>

【第1期（1か月目～6か月目）】

【第2期（7か月目～12か月目）】

対象労働者 4 人 × 支給単価 10万円 = 支給申請額 (A) 400,000 円

対象労働者 人 × 支給単価 10万円 = 支給申請額 (B) 円

# 支給申請書の書き方③-2

## 手当等支給メニュー

様式第3号（別添様式6）（第2面）（R6.4）

支給申請内容（メニュー、支給対象期）	
<input checked="" type="radio"/> 手当等支給メニュー <input type="radio"/> 併用メニュー	第 1 期
新たに社会保険の被保険者とした日	本申請の支給対象期分の賃金を支給した日（第4面ご参照）
令和 7 年 7 月 1 日	令和 8 年 12 月 15 日

⑧	番号	氏名	雇用保険被保険者番号	一時的な手当等の金額が労働者負担分の社会保険料未済の場合のみ記入				3親等以内親族	
				a 支給対象期に適用されていた毎月の標準報酬月額	b 支給対象期中にaの改定があった場合は、改定後の月額及び改定後月額の該当月数	c 支給対象期に賞与の支給があった場合は標準賞与	賞与		
	1	労働 花子	1234-567890-1	円	円	か月	円	か月	
	2	静岡 太郎	9876-543210-9	円	円	か月	円	か月	
	3		123-9	円	円	か月	円	か月	円
	4	清水 三郎	5678-123456-7	98,000 円	04,000 円	1 か月	円	か月	50,000 円
	5			円		か月	円	か月	円
	6								円

一時的な手当の金額が「労働者負担の社会保険料」と同額以上の場合は記載不要

賞与の支給に伴って発生した「労働者負担の社会保険料」と同額以上の一時的な手当等を支給している場合は記載不要

6か月の間に、適用される標準報酬月額に変更があった場合に記載してください

# 支給申請書の書き方④-1 労働時間延長メニュー

様式第3号（別添様式6）（第1面-3）（R6.4） （令和6年4月1日以降に取組を行った場合は、この様式で申請してください。）

## 6 社会保険適用時処遇改善コース内訳（労働時間延長メニュー）

①	特定適用事業所、任意特定適用事業所のいずれかに該当する場合は該当する内容にチェックを、いずれにも該当しない場合はいずれでもないにチェックをしてください。（※第4面「記入上の注意」1参照）	<input checked="" type="radio"/> 特定適用事業所 <input type="radio"/> 任意特定適用事業所 <input type="radio"/> いずれでもない
②	対象労働者は、本来、社会保険の加入要件を満たす条件で雇い入れる予定であったにもかかわらず、本助成金を申請する目的で、賃金又は週所定労働時間を一定期間減じた者ではない。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
③	対象労働者は、新たに社会保険の被保険者となる以前に、既に社会保険の被保険者要件を満たしていた者ではない。（社会保険被保険者としての資格取得に関する事務手続きに遅滞があった訳ではない。）	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
④	対象労働者は、新たに社会保険の被保険者となる日の前日から起算して2年前の日（当該日時点で雇用していない場合は雇い入れた日）から、社会保険に加入していなかった者である。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑤	対象労働者が、本申請事業主又は取締役の3親等以内の親族に含まれるかどうか。（含まれる場合は、該当する対象労働者について、⑧欄「3親等以内親族」の列に「○」を記入してください。）	<input checked="" type="radio"/> 含まれない <input type="radio"/> 含まれる
⑥	対象労働者に対して、社会保険適用に際して講じる措置（労使合意に基づく労働時間の延長等の措置）について、説明している。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

事業主確認欄

記載内容について間違いのないことを確認しました  
 ※ 記載内容に虚偽が発覚した場合、助成金の不正受給として事業所名公表や刑事告発等を行う場合がありますので、記載内容に誤りがないか、必ずご確認ください。  
 申請代理人が不正受給に関与した場合や不正の事実を知っていて黙認した場合、申請代理人に返還の連帯債務を負っていただきます。

令和 7 年 ○ 月 △ 日 （事業主名）※法人名及び事業主の氏名（個人事業主の場合は事業主の氏名のみ）

**株式会社○○ 代表取締役 △△△ △△**

里人・事務代理人・提出代行者)

対象労働者について、**延長した時間ごとに**人数を記載してください

⑦ 支給申請額 該当する申請内容の項目に、対象労働者数を入力し、企業規模を選択してください。

以下の対象労働者の詳細については、**第3面**に記載してください。

< 1. 週所定労働時間を4時間以上延長した労働者 >      < 2. 週所定労働時間を3時間以上4時間未満延長した労働者 >

対象労働者	支給単価	支給申請額 (A)	対象労働者	支給単価	支給申請額 (B)
5 人	<input checked="" type="radio"/> 中小企業 30万円 <input type="radio"/> 大企業 22万5,000円	1,500,000 円	人	<input type="radio"/> 中小企業 30万円 <input type="radio"/> 大企業 22万5,000円	円



# 支給申請書の書き方④-2 労働時間延長メニュー

様式第3号（別添様式6）（第3面）（R6.4）

支給申請内容（メニュー）	週所定労働時間を延長した日	本申請の支給対象期分の賃金を支給した日（第4面ご参照）
<input checked="" type="radio"/> 労働時間延長メニュー <input type="radio"/> 併用メニュー	令和 7 年 7 月 1 日	令和 8 年 12 月 15 日

⑧	番号	氏名	雇用保険被保険者番号	a 延長前 平均実労働 時間	b 延長後 所定労働時 間	c 延長時間 数 (b-a)	【cが4時間未満の場合のみ記入】			3親等 以内 親族
							d 延長前の 基本給	e 延長後の 基本給	f 昇給率 ((e-d)/d)	
	1	労働 花子	1234-567890-1	18 時間	24 時間	6 時間	円	円	%	
	2	静岡 太郎	9876-543210-9	18 時間	40 時間	22 時間	円			
	3	駿河 富士子	4321-987123-9	18 時間	24 時間	6 時間	円		%	
	4	清水 三郎	5678-123456-7	18 時間	21 時間	3 時間	1040 円	1100 円	5.7 %	
	5			時間	時間	時間	円	円	%	
	6			時間	時間	時間	円			

延長時間数が4時間未満の場合に  
記載してください

小数点第2位を切り捨ててください  
(この例だと5.769→5.7)

# 支給申請書の書き方⑤-1

## 併用メニュー

1年目の取組についての申請書です  
 手当等支給メニューの取組を実施した  
 労働者について記載してください。  
 記載のしかたは「支給申請書の書き方  
 ③-1」と同じです。

様式第3号（別添様式6）（第1面-2）（R6.4） （令和6年4月1日以降に取組を行った場合は、この様式で申請してください。）

### 6 社会保険適用時処遇改善コース内訳（併用メニュー）

①	特定適用事業所、任意特定適用事業所のいずれかに該当する場合は該当する内容にチェックを、いずれにも該当しない場合はいずれでもないうちにチェックをしてください。（※第4面「記入上の注意」1参照）	<input checked="" type="radio"/> 特定適用事業所 <input type="radio"/> 任意特定適用事業所 <input type="radio"/> いずれでもない
	かつ条件で雇い入れる予定であったにもかかわらず、本助成金定期間減じた者では無い。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	る以前に、既に社会保険の被保険者要件を満たしていた者では ずる事務手続きに遅滞があった訳ではない。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	日の前日から起算して2年前の日（当該日時点で雇用していな いていなかった者である。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	等以内の親族に含まれるかどうか。 ⑧欄「3親等以内親族」の列に「○」を記入してくださ	<input checked="" type="radio"/> 含まれない <input type="radio"/> 含まれる
	じる措置（労働者負担分の社会保険料相当の手当を一定期間支 じること）について、説明している。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

※記載内容に虚偽が発覚した場合、助成金の不正受給として事業所名公表や刑事告発等を行う場合がありますので、記載内容に誤りがないか、必ずご確認ください。  
 申請代理人が不正受給に関与した場合や不正の事実を知っていて黙認した場合、申請代理人に返還の連帯債務を負っていただきます。

**事業主確認欄**

令和 7 年 0 月 △ 日 （事業主名）※法人名及び事業主の氏名（個人事業主の場合は事業主の氏名のみ）  
 （代理人又は事務代理人・提出代行者の場合のみ） **株式会社〇〇 代表取締役 △△△ △△**  
 令和 年 月 日 （代理人・事務代理人・提出代行者）

目、対象労働者数を入力し、企業規模を選択してください。  
 細については、**第2面に記載してください。**

＜社会保険の被保険者とした日以降の**1年間**、一時的に支給する手当等を支給した労働者＞

【第1期（1か月目～6か月目）】 → 【第2期（7か月目～12か月目）】

対象労働者 <span style="font-size: 1.5em;">5</span> 人 × 支給単価 <input checked="" type="radio"/> 中小企業 10万円 <input type="radio"/> 大企業 7万5,000円	=	支給申請額 (A) <span style="font-size: 1.5em; color: red;">500,000</span> 円	=	対象労働者 <span style="font-size: 1.5em;"> </span> 人 × 支給単価 <input type="radio"/> 中小企業 10万円 <input type="radio"/> 大企業 7万5,000円	=	支給申請額 (B) <span style="font-size: 1.5em;"> </span> 円
--	---	---	---	---	---	---



# 支給申請書の書き方⑤-2 併用メニュー

様式第3号（別添様式6）（第2面）（R6.4）

支給申請内容（メニュー、支給対象期）	
<input checked="" type="radio"/> 手当等支給メニュー <input type="radio"/> 併用メニュー	第 1 期
新たに社会保険の被保険者とした日	本申請の支給対象期分の賃金を支給した日（第4面ご参照）
令和 7 年 7 月 1 日	令和 8 年 12 月 15 日

⑧	番号	氏名	雇用保険被保険者番号	一時的な手当 社会保険			金額が労働者負担分の のみ記入		
				a 支給対象に適用された毎月 の標準報酬月	円	円	円	円	円
	1	労働 花子	1234-567890-1						
	2	静岡 太郎	9876-543210-9		円	円	か月	円	円
	3	駿河 富士子	4321-987123-9		円	円	か月	円	円
	4	清水 三郎	5678-123456-7	98,000	円	104,000	円 1 か月	円	50,000 円
	5				円	円	か月	円	円
	6				円	円	か月	円	円

1年目に手当等支給メニューの取組を行い、2年目に労働時間延長メニューの取組を行います。  
記載のしかたは「支給申請書の書き方③-2」と同じです。

# 支給申請書の書き方⑤-3 併用メニュー

様式第3号（別添様式6）（第1面-2）（R6.4）

（令和6年4月1日以降に取組を行った場合は、この様式で申請してください。）

## 6 社会保険適用時処遇改善コース内訳（併用メニュー）

以下の対象労働者の詳細については、**第2面**に記載してください。

<社会保険の被保険者とした日以降の**1年間**、一時的に支給する手当等を支給し

【第1期（1か月目～6か月目）】 → 【第2期（7か月目～12か月目）】

対象労働者	支給単価	支給申請額（A）	対象労働者	支給単価
<input type="text"/> 人	<input checked="" type="radio"/> 中小企業 10万円 <input type="radio"/> 大企業 7万5,000円	= <input type="text"/> 円	<input type="text"/> 人	<input type="radio"/> 中小企業 10万円 <input type="radio"/> 大企業 7万5,000円

2年目の取組についての申請書です  
労働時間延長メニューの取組を実施した労働者について記載してください。  
記載のしかたは「支給申請書の書き方④-1」と同じです。

対象労働者について、**延長した時間ごとに**  
人数を記載してください

については、**第3面**に記載してください。

<社会保険の被保険者とした日以降の**2年目**に、週所定労働時間を延長した労働者>

【第3期（13か月目～18か月目）】

<1. 週所定労働時間を4時間以上延長した労働者>

<2. 週所定労働時間を3時間以上4時間未満延長した労働者>

対象労働者	支給単価	支給申請額（C）	対象労働者	支給単価	支給申請額（D）
<input type="text"/> 3 人	<input checked="" type="radio"/> 中小企業 30万円 <input type="radio"/> 大企業 22万5,000円	= <input type="text"/> 900,000 円	<input type="text"/> 1 人	<input checked="" type="radio"/> 中小企業 30万円 <input type="radio"/> 大企業 22万5,000円	= <input type="text"/> 300,000 円

# 支給申請書の書き方⑤-4 併用メニュー

様式第3号（別添様式6）（第3面）（R6.4）

支給申請内容（メニュー）	週所定労働時間を延長した日	本申請の支給対象期分の賃金を支給した日（第4面ご参照）
○労働時間延長メニュー    ●併用メニュー	令和 8 年 7 月 1 日	令和 9 年 12 月 15 日

⑧	番号	氏名	雇用保険被保険者番号	a 延長前 平均実労働 時間	b 延長後 所定労働時 間	【cが4時間未満の場合のみ記入】			3親等 以内 親族
						c 延長後の 時間	d 延長後の 賃金	f 昇給率 (e-)	
	1	労働 花子	1234-567890-1	18 時間					
	2	静岡 太郎	9876-543210-9	18 時間	40 時間	22 時間	円	円	%
	3	駿河 富士子	4321-987123-9	18 時間	24 時間	6 時間	円	円	%
	4	清水 三郎	5678-123456-7	18 時間	21 時間	3 時間	1040 円	1100 円	5.7 %
	5			時間	時間	時間	円	円	%

労働時間延長メニューは2年目の取組のため、第3期からの提出となります。記載のしかたは「支給申請書の書き④-2」と同じです

# キャリアアップ助成金 各コースのご案内

年収の壁を意識しない働き方ができるようにする他にも、労働者の処遇改善のための取組を行った事業主は、キャリアアップの他のコースも活用することができます

## ①賃金規定等改定コース

同一事業所内の他の労働者の処遇改善に！

有期雇用労働者等※1の基本給の賃金規定等※2を3%以上増額改定し、その規定を適用させた場合に助成します。

【労働者1人当たりの助成額】

	3%以上5%未満	5%以上
中小企業	5万円	6万5,000円
大企業	3万3,000円	4万3,000円

※1年度1事業所当たりの支給申請上限人数は100名

- ※1 一部の有期雇用労働者等の賃金を増額する場合には、その区分が雇用形態別または職種別、その他合理的な理由（部門別等）に基づき区分されている場合に限り、対象労働者と認めます。
- ※2 賃金規定とは、以下のように、就業規則や労働協約において賃金額の定めがあるものを言います。賃金規定等は、改定ではなく、新たに作成した場合でもその内容が、過去3か月の賃金実態からみて3%以上増額していることが確認できれば助成対象になります。

就業規則	例：第〇条（賃金） 契約社員およびパートタイマーの賃金を〇〇のとおり定める・・・
賃金規定	例：第〇条（賃金）賃金は、基本給、時間外手当、通勤手当とする。 第〇条（基本給）基本給は、時給によって定める。なお、その金額は本人の能力および経験等に応じ、〇級：〇〇円、〇級：〇〇円とする
賃金一覧表	例：【等級別】1級：〇〇〇円、2級：〇〇〇円、3級：〇〇〇円 【個人別】〇〇さん：〇〇〇円、××さん：××円、△△さん：△△円 など ※個人別は匿名でも可

※このコースは、同一の対象者について、社会保険適用時処遇改善コースとの併給はできません



# キャリアアップ助成金 各コースのご案内

## ② 正社員化コース

さらなるキャリアアップで正社員化する時に！

就業規則または労働協約その他これに準ずるものに規定した制度に基づき、有期雇用労働者等を正社員化した場合に助成します。

★2023（令和5）年11月29日以降に正社員化する労働者について、助成額を拡充しました。

### 【労働者1人当たりの助成額】

	有期雇用労働者	無期雇用労働者
中小企業	80万円（40万円×2期）	40万円（20万円×2期）
大企業	60万円（30万円×2期）	30万円（15万円×2期）

※1年度1事業所当たりの支給申請上限人数は20名

### 【加算額】

措置内容	有期雇用労働者	無期雇用労働者
① 派遣労働者を派遣先で正社員として直接雇用する場合	28万5,000円	
② 対象者が母子家庭の母等または父子家庭の父の場合	9万5,000円	4万7,500円
③ 人材開発支援助成金の訓練修了後に正社員化した場合	9万5,000円	4万7,500円
うち、自発的職業能力開発訓練または定額制の訓練修了後に正社員化した場合	11万円	5万5,000円
④ 正社員転換等制度を新たに規定し、当該雇用区分に転換等した場合（1事業所当たり1回のみ）	20万円 （大企業15万円）	
⑤ 「勤務地限定・職務限定・短時間正社員」制度を新たに規定し、当該雇用区分に転換等した場合（1事業所当たり1回のみ）	40万円 （大企業30万円）	



# 厚生労働省キャリアアップ関連HP

キャリアアップ助成金  
社会保険適用時  
処遇改善コース



キャリアアップ助成金  
申請様式ダウンロード



社会保険適用拡大  
特設サイト



# お問い合わせ先

- ◆ 各都道府県の働き方改革推進支援センターでも助成金に関する相談を受け付けています。

働き方改革推進支援センター 無料相談窓口

検索

- ◆ 以下の「年収の壁突破・総合相談窓口」（コールセンター）にもご相談いただけます。

## 年収の壁突破・総合相談窓口



0120-030-045

(フリーダイヤル・無料)

受付時間 平日 8:30~18:15

(土日・祝日・年末年始(12/29~1/3)はご利用いただけません。)

## キャリアアップ助成金についてのお問い合わせ

静岡労働局 助成金センター

TEL : 054-653-6116

Mail : 22000-joseikin@mhlw.go.jp