キャリアアップ助成金（キャリアアップ計画書）チェックリスト

事　業　所　名【　　】　・提出先は適用事業所住所を管轄するハローワークになります。

・雇用保険適用事業所ごとにキャリアアップ計画書を作成して下さい。
・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）が必要です。
・キャリアアップ計画の内容に変更が生じた場合は、変更後速やかに変更届を提出して下さい。
・新たなコースを計画に追加する場合、変更届の提出がなされた翌日以降に有効となります。
・書類の訂正については、訂正印を押印してください。

〈提出期限の確認〉

□	提出期限を過ぎていないこと	コース実施日の**前日**までに管轄ハローワークへ提出。 ※提出期限を徒過した場合、そのままでは受付ができないため、計画期間初日を変更する必要があります。

〈提出書類の確認〉 様式第1号

チェック	書類名	確認事項
□	キャリアアップ計画書 【表紙】	□ 事業所の所在を管轄する都道府県名を労働局長の前に記入して下さい。 □ 使用者側代表者名：事業主またはキャリアアップ管理者の氏名を記載して下さい。 □ 労働組合等の労働者代表名：計画書について意見を聴いた労働組合等の労働者の代表者の本人が氏名を記載して下さい。 ※当該事業所に労働者の過半数で組織する労働組合がある場合は、その労働組合を代表する者が氏名を記載、労働組合の過半数で組織する労働組合がない場合は、その事業所の過半数を代表する者が氏名を記載して下さい。 □ 労働者からの意見聴取の方法欄：いずれかを必ず選択してください。
□	キャリアアップ計画書 【共通事項】	□ ①～④についてそれぞれ記入して下さい。 （代理人・社会保険労務士による申請は⑤～⑧も記入して下さい。） □ キャリアアップ管理者の氏名、配置日を記入し、役員である／ないにチェックをを付けてください。計画書の提出日より前の日付で配置して下さい。 □ キャリアアップ管理者としての業務内容を、記載して下さい。 （制度規定の策定、職業訓練の企画管理、制度周知　等）
□	キャリアアップ計画書 【事業所番号】	□ ①雇用保険適用事業所番号、②労働保険番号をそれぞれ記載して下さい。 （労働保険番号が複数ある場合は2つ目以降は欄外に記入して下さい。）
□	キャリアアップ計画書 【キャリアアップ計画】 キャリアアップ助成金のご案内パンフレットの見本を参考にしながら作成してください。	□ ① 3年から5年間の計画を作成して下さい。 □ ② 実施予定コースの項目番号等に〇を付けてください。 □ ③ 支給対象となる労働者の要件を満たすような内容となっているか確認して下さい。 □ ④ ③に記載された労働者に対して①キャリアアップ計画期間中に講じる措置の項目で定めた実施予定時期までに取り組む目標を記載して下さい。（対象となる労働者に対して正規雇用へ転換を図る、すべての対象労働者に対して制度整備し、賃金規定を改定する等） □ ⑤ 目標を達成するための取り組みを記載して下さい。（昇格試験を実施、制度整備を実施して対象者に周知する等） □ ⑥ 各コースの実施に向けての全体の流れを記入して下さい。（就業規則を改定し、対象労働者に周知をして希望する者に対して面接試験等を実施して転換していく 等） □ ※複数コースを選択している場合は、所定欄にそれぞれの取り組みについて記入して下さい。

【R21225事業主用】