

## 人材確保等支援助成金（介護・保育労働者雇用管理制度助成コース） 計画申請事業主用チェックリスト（全2ページ）

以下のチェック項目を確認いただき、計画の実施日までに管轄のハローワークまで提出してください。郵送の場合には、郵送事故防止のため簡易書留等、必ず配達記録の残る方法により、申請期限まで到達するよう提出してください。

（山形労働局ではこの助成金の受理はハローワークで行っておりますのでご注意ください）

申請事業所名 (適用事業所番号)	( )
提出書類  その他山形労働局長 が必要と認める書類 をお願いする場合が あります	<input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">様式第 c-1 号</span> 介護・保育賃金制度整備計画（変更）届 <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">様式第 c-1 号別紙 1</span> 整備する制度の概要票 <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">様式第 c-1 号別紙 2 または別紙 3</span> 対象労働者名簿 <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">様式第 c-2 号</span> 事業所確認票 <input type="checkbox"/> 現行の労働協約または就業規則（写）（以下「就業規則等」という） および変更予定の労働協約または就業規則の案 <input type="checkbox"/> 計画時離職率算定期間（注）における雇用保険一般被保険者の離職状況が わかる書類（離職証明書や喪失確認通知書（事業主通知用）の写）

（注）計画届提出日の12か月前の日の属する月の初日から提出日の属する月の前月末  
 計画届を令和2年5月10日提出予定の場合は令和元年5月1日～令和2年4月30日

確認事項	チェック項目
<input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">様式第 c-1 号</span> 雇用管理制度整備計画 (変更) 届について	<input type="checkbox"/> 雇用保険の適用事業主である <input type="checkbox"/> 記入漏れや、押印漏れがない(雇用保険手続で使用する印であること) <input type="checkbox"/> 主たる事業所の所在地が当該安定所の管轄である <input type="checkbox"/> 雇用管理制度整備計画期間が <u>3か月以上1年以内</u> である <input type="checkbox"/> 整備計画期間の開始日が新しい賃金制度を導入する月の初日である <input type="checkbox"/> 提出期間内に提出してください (雇用管理制度を導入する月の初日の6か月前の日から1か月前の日の前日まで) <input type="checkbox"/> ④-1、④-2 欄他の助成金等の申請状況を記載しているか
<input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">様式第 c-1 号別紙 1</span> 導入する制度の概要票	<input type="checkbox"/> 2 整備の態様のいずれかにチェックしているか <input type="checkbox"/> 現状・課題に照らして労働者の定着に結びつく内容としているか <input type="checkbox"/> 賃金制度整備後の対象労働者全員の賃金の合計額が低下するよいてでないか <input type="checkbox"/> 就業規則等の従業員への周知予定日及び管轄監督署への届出予定日が ⇒就業規則等の施行予定日以前の実施スケジュールである

<input type="checkbox"/> 様式第c-1号別紙2 様式第c-1号別紙3	<input type="checkbox"/> 雇用保険被保険者でない介護労働者についても記載すること <input type="checkbox"/> 主たる事業が保育事業以外の場合、保育労働者の名簿を記載すること
<input type="checkbox"/> 様式第c-2	<input type="checkbox"/> 介護事業所の場合「雇用管理責任者」を記載すること
<input type="checkbox"/> 制度の導入日について理解している（就業規則等の施行年月日） <input type="checkbox"/> 制度の実施日について理解している（制度の実施日とは、新しい賃金制度の反映日など）	
<input type="checkbox"/> 賃金制度整備計画期間を延長または短縮する場合、対象とする介護・保育事業所を増加、減少する場合には、事前に変更届が必要であることを理解している	

ハローワーク職員における確認欄（提出時に聞き取ります）

同事業所における 右の助成金支給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	・職場定着支援助成金（雇用管理制度助成コース／制度導入助成） 人材確保等支援助成金（雇用管理制度助成コース／目標達成助成） ※評価・処遇改善制度の雇用管理制度区分を含むもの  ・人事評価改善等助成金（制度整備助成／制度整備助成） 人材確保等支援助成金（人事評価改善等助成コース／制度整備助成）  を受けたことがある場合は3年以上		
	・職場定着支援助成金（介護労働者雇用管理制度助成／制度整備助成） （保育労働者雇用管理制度助成／制度整備助成） ※29年度は〇〇助成コースと読み替えてください 人材確保等支援助成金 （介護・保育労働者雇用管理制度助成コース／制度整備助成）  を受けたことがある場合は5年以上		
離職による雇用保険 一般被保険者 資格喪失数の確認	定年退職・重責解雇 （離職証明書等で確認）	役員昇格による喪失 （聞き取りによる確認）	本人希望で週20時間未満の勤務となった （聞き取りによる確認）
	人	人	人
雇用保険被保険者数（高年齢・短期特例・日雇除く） （指定日における取得中の人数）（4）-1			人
計画時離職率期間に離職した雇用保険被保険者数 （高年齢・短期特例・日雇除く）（4）-2			人