

中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース(育休取得時))支給申請書

中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース(育休取得時))の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

平成 28 年 9 月 1 日

東京 労働局長 殿

申請事業主の所在地を管轄する労働局名を記載してください。

この申請書を提出する年月日を記載してください。

申請事業主 又は代理人

住所 100-0000 千代田区霞が関1-0-0
名称 株式会社 両立商事
氏名 霞 太郎



代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース)の支給申請に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

申請事業主 又は 社会保険労務士 (提出代行者・事務代理者)

住所 200-0000 東村山市2-0-0
名称 ニコニコ社会保険労務士事務所
氏名 社会保険労務士 申請 進



本パンフレットP4にあてはまる労働者の数を記載してください。

Main application form table with 10 sections (1-10) and 2 sub-sections (2-1, 2-2) for applicant and employee details. Includes fields for insurance numbers, employee counts, business details, and dates.

※審査結果 支給 ・ 不支給

<【中小/プ】様式第1号①>

3 記載担当者	役職 総務課長	氏名 ○藤 ○恵	連絡先電話番号 03-1234-0000
社 この申請書の内容について問い合わせができる方を記載してください。	年月日 平成28年8月20日	連絡先電話番号 042-567-0000	
	提出代行・事務代理者の表示 事務代理		
4 振込先	両立	銀行 霞ヶ関 信用金庫 口座の種類 (普通) 当座 )	フリガナ 口座名義 カブシキガイシャ リョウリツショウジ 株式会社 両立商事 口座番号 ( 1234567 )

※ 処 理 欄	受理年月日	平成 年 月 日	受理番号	
	支給決定 決定年月日	平成 年 月 日	決定番号	
	決定金額合計	円		備考
	局長	部(室)長	担当	

<【中小/ブ】様式第1号②> (H28.6.24改正)

申請事業主	
事業所名	株式会社 両立商事
住所	〒100-0000 千代田区霞が関1-0-0
電話番号	03-1234-0000
雇用保険適用事業所番号	1234-5678890-0

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地(住所)	雇用保険適用事業所番号	電話番号
1	(株)両立商事葛西支店	江戸川区葛西1-0-0	1234-0000000-0	03-1234-0000
2	(株)両立商事愛媛支店	愛媛県松山市1-0-0	2345-0000000-0	089-123-0000
3	リョウリツマート	杉並区高円寺1-0-0	3456-0000000-0	03-3456-0000
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース(職場復帰時))支給申請書

中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース(職場復帰時))の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、下記に記載した事項については事実と相違ありません。

平成 28 年 11 月 1 日

東京 労働局長 殿

申請事業主  
又は代理人

住所 100-0000  
千代田区霞が関1-0-0

名称 株式会社 両立商事

氏名 霞 太郎

事業主  
の印

申請事業主の所在地  
を管轄する労働局長を  
記載してください。

この申請書を提出する  
年月日を記載して  
ください。

代理人が申請する場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に中小企業両立支援助成金(育休復帰支援プランコース)の支給申請に係る事業主の住所、名称及び氏名の記入(押印不要)を、社会保険労務士法施行規則第16条第2項に規定する提出代行者又は同令第16条の3に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

申請事業主  
又は  
社会保険労務士  
(提出代行者・  
事務代理者)

住所 200-0000  
東村山市2-0-0

名称 ニコニコ社会保険労務士事務所

氏名 社会保険労務士 申請 進

社会保険  
労務士  
の印

本パンフレットP4にあ  
てはまる労働者の数  
を記載してください。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号	1234-5678890-0	②労働保険番号	日本標準産業分類 に従った主な産業を 記載してください。	2123456-789
	③申請月の初日において 常時雇用する労働者の数	150 人	④主たる事業	サービス業	
	⑤資本の額若しくは 出資の総額	3300 万円	⑥事業所総数	5 箇所	(うち他道府県に 存在する事業所数) 1 箇所
	⑦育児休業制度及び育 児休業制度	いわゆる払込み済資 本額を記載してくださ い。	⑧一般事業主行動計画の策定、届出、公表及び労働者に周知させるため ※次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく認定を受けた事業主は	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	
	⑨支給申請に係る労働者について中小企業両立支援助成金(期間雇用者継続就業支援コース) の受給の有無				有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>

2 支給申請に係る労働者	氏 フリガナ 名  ○山 ○樹 (マルヤマ マルキ)	①雇用保険被保険者番号	×××× - ×××××××	②雇用保険の被保険者と なった年月日	昭和 平成 24年 4月 1日		
		③雇用期間の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	支給申請に係る労働者の氏名、フリガナを記載してください。			
		④支給申請に係る労働者の氏名、フリガナを記載してください。	平成 28年 5月 1日 ~平成 28年 6月 25日				
		⑤育児休業期間	平成 28年 6月 26日 ~平成 29年 3月 31日				
		⑥休業の対象となつた子	氏名	○山 ○子	生年月日	平成 28年 3月 31日 (満 1歳)	
		⑦育休復帰支援プランに基づき、支給申請に係る労働者について、当該労働者の育児休業中の職場に関する情報及び資料の提供の実施の有無	ア 実施の有無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>			
			イ 実施の確認を行った者の氏名	○藤 ○恵			
		ウ 実施の確認を行った者の確認欄	所属	総務課	署名	○藤 ○恵	○印
		⑧支給に係る労働者の育児休業終了前に、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名	ア 面談を行った年月日	平成 29年 2月 1日			
			イ 面談を行った者の氏名	○藤 ○恵			
ウ 面談者確認欄	所属	総務課	署名	○藤 ○恵	○印		
⑨支給に係る労働者の育児休業終了後に、当該労働者と上司又は人事労務担当者が面談を行った年月日及び面談を行った者の氏名	ア 面談を行った年月日	平成 29年 6月 1日					
	イ 面談を行った者の氏名	○藤 ○恵					
ウ 面談者確認欄	所属	総務課	署名	○藤 ○恵	○印		
⑩原職等復帰	復帰日	平成 29年 4月 1日			労働者の希望		
	職場復帰の状況	復職前とア 同じ イ 異なる			原職等復帰 <input checked="" type="radio"/> それ以外 <input type="radio"/>		
本人確認欄	所属	営業課	署名	○山 ○樹	○印		

※審査結果  
支給  
・  
不支給

<【中小/ブ】様式第1号③>

3 記載担当者	役職	総務課長	氏名	○藤 ○恵	連絡先電話番号	03-1234-0000	
社 この申請書の内容について問い合わせができる方を記載してください。	年月日	平成29年10月20日			連絡先電話番号	042-567-0000	
	代行・事務代理者の表示					事務代理	
4 振込先	両立	銀行 信用金庫	霞ヶ関	店	フリガナ 口座名義	カブシキガイシャ リョウリツショウジ 株式会社 両立商事	
		口座の種類	(普通・当座)		口座番号 (	1234567 )	
※ 処 理 欄	受理	年	月	日	受理番号		
	支給決定	決定年月日	平成	年	月	日	決定番号
		決定金額合計				円	備考
		局長	部(室)長		担当		

ネットバンク以外の金融機関を記載してください。

<【中小/ブ】様式第1号④> (H28.6.24改正)

申請事業主	
事業所名	株式会社 両立商事
住所	〒100-0000 千代田区霞が関1-0-0
電話番号	03-1234-0000
雇用保険適用事業所番号	1234-5678890-0

全事業所に係る次の情報を記載してください。

No.	事業所名	所在地(住所)	雇用保険適用事業所番号	電話番号
1	(株)両立商事葛西支店	江戸川区葛西1-0-0	1234-0000000-0	03-1234-0000
2	(株)両立商事愛媛支店	愛媛県松山市1-0-0	2345-0000000-0	089-123-0000
3	リョウリツマート	杉並区高円寺1-0-0	3456-0000000-0	03-3456-0000
4	リョウリツストア	足立区綾瀬1-0-0	4567-0000000-0	03-4567-0000
5				
6				
7				
8				
9				
10				

育休復帰支援プランコース 実施結果書

事業所名	株式会社 両立商事	支給に係る労働者の氏名	○山 ○樹
------	-----------	-------------	-------

情報及び資料の提供、職場復帰の状況については、下記のとおりです。

平成 29 年 10 月 24 日

上司又は人事労務担当者の署名・押印

○藤 ○恵

○藤

(連絡先電話番号 03-1234-0000) (注1)

支給申請に係る労働者の署名・押印

○山 ○樹

印○山

(連絡先電話番号 03-1234-XXXX) (注2)

職場復帰前の直近の3回を記載してください

支給申請にかかる労働者に情報及び資料の提供を行った合計の回数を記載してください。

及び支給申請に係る労働者への情報	ア 実施時期 平成 28 年 10 月 1 日	イ 内容 ・ 業界情報誌 ・ 業務マニュアル改訂資料	計 5 回
	ア 実施時期 平成 29 年 1 月 15 日	イ 内容 ・ 部内会議資料 ・ 社内通達	
	ア 実施時期 平成 29 年 3 月 1 日	イ 内容 ・ 就業規則改定資料 ・ 平成28年度の業績見込み ・ 平成29年度実施の新規企画書	

職 支 場 給 復 申 請 に 係 る （ 労 働 者 ） の	育児休業前		職場復帰後	
	部署・係	営業本部法人営業課第三営業係	営業本部法人営業課第三営業係	
	職務	マーケティング	マーケティング	
	役職	リーダー	リーダー	
	所定労働日数	週5日（月曜日～金曜日 土日祝日休み）	週5日（月曜日～金曜日 土日祝日休み）	
	所定労働時間	週40時間以内（9時～18時 休憩1時間）	週40時間以内（9時～18時 休憩1時間）	
	賃金（基本給、手当、賞与等）	基本給30万円（月給）、営業手当5万円、交通費：実費 賞与2回（夏期2か月分、冬期2か月分）	基本給30万円（月給）、営業手当5万円、交通費：実費 賞与2回（夏期2か月分、冬期2か月分）	
	その他の労働条件等	その他、営業成績上位者に精励手当が支給 賞与については、人事考課の算定あり 転勤：有（全国） 夏期休暇：7月～9月で連続3日間	その他、営業成績上位者に精励手当が支給 賞与については、人事考課の算定あり 転勤：有（全国） 夏期休暇：7月～9月で連続3日間	

(注) 1 支給申請に係る労働者の上司又は人事労務担当者は、実施結果書の記載内容について確認した上で、署名・押印してください。また、連絡先電話番号は、本人宛て連絡がとれる職場の電話番号を記入してください。

2 支給申請に係る労働者は、実施結果書の記載内容について確認した上で、署名・押印してください。また、連絡先電話番号は、本人宛て連絡がとれる職場の電話番号を記入してください。

3 ア、イについては、復帰前の直前3回を記入してください。なお、合計欄は情報提供を行った合計の回数を記載してください。

4 「部署・係」、「職務」については、所属する部署の最小単位まで記載してください。

5 必要に応じて、以下の書類の提出を求めることがあります。

・育児休業前と復職後それぞれの部署・係、職務、役職、所定労働日数、所定労働時間、賃金（基本給、手当、賞与等）、その他の労働条件等が確認できる書類（例：組織図、労働条件通知書又は雇入れ通知書、就業規則、企業カレンダー、出勤簿、タイムカード、賃金台帳等）

・支給に係る労働者と上司又は人事労務担当者が行った面談の記録（参考：面談シート） など