

新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金

支給申請書等記載例

①対象労働者が雇用保険被保険者である場合の支給申請書等記載例

- ・「両立支援等助成金（新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース）支給申請書」（様式第1号①、②）
- ・有給休暇取得確認書（様式第2号）
- ・支給要件確認申立書（様式第3号）
- ・支払方法・受取人住所届（様式第4号）

②対象労働者が雇用保険被保険者でない場合の支給申請書等記載例

- ・「新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金支給申請書」（様式第1号①、②）
- ・有給休暇取得確認書（様式第2号）
- ・支給要件確認申立書（様式第3号）
- ・支払方法・受取人住所届（様式第4号）

**① 対象労働者が雇用保険被保険者である
場合の支給申請書等記載例**

※欄は記載しないでください。

両立支援等助成金(新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース) 支給申請書

両立支援等助成金(新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース)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。

記載例

2020 年 4 月 25 日

雇用環境・均等局長 殿

申請事業主 所在地 〒000-0000
東京都〇〇区〇〇町1-2-3
名称 株式会社 職業生活商事
氏名 職業 正広 印

代理人又は
事務代理人・提出代
行者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
連絡先 印

日本標準産業分類に基づき記入してください。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号		1234-567890-1		②労働保険番号		11-2-33-000000-333		③主たる業種 (日本標準産業分類 の中分類を記入)		分類番号: 58 分類項目名: 飲食料品小売業	
	④記載担当者		役職		氏名		連絡先電話番号		03-0000-1111			
2 本社等を除く事業所	No.	①事業所名		②所在地		③雇用保険適用事業所番号		④電話番号				
	1	ちよだ支店		東京都〇〇区〇〇町1-2-3		890-1		03-0000-1111				
	2	みなと支店		東京都△△区△△町1-2-4		1234-567890-2		03-0000-2222				
	3	はるみ支店		東京都××区××町1-2-5		1234-567890-3		03-0000-3333				
	4	なかの支店		東京都〇〇区〇〇町1-2-6		1234-567890-4		03-0000-4444				
	5	みのわ支店		東京都△△区△△町1-2-7		1234-567890-5		03-0000-5555				
	6	よこはま支店		神奈川県横浜市××区××1-2-3		1234-567890-6		045-000-1111				
	7	ふじさわ支店		神奈川県藤沢市××1-2-3		1234-567890-7		0466-00-1111				
	8											
	9											
10												

※事業所が10以上ある場合は、別紙等により提出ください。

※以下欄には記入しないでください。

※一次審査処理欄	処 理 欄 等							
	室長		室長補佐		係長		担当者	
	受 付 年 月 日		年 月 日		受 付 番 号		(県 名 一 番 号)	
	審 査 終 了 年 月 日		年 月 日		厚生労働省回送年月日		年 月 日	
	備考							
※厚生労働省処理欄	決 裁 欄 等							
	局長		課長		補佐		担当者	
	起 案 年 月 日		年 月 日		支 給 (不 支 給) 決 定 年 月 日		年 月 日	
	決 定 番 号		(県 名 一 番 号)		支 給 決 定 額		円	
	通 知 書 発 送 年 月 日		年 月 日					
	備考							

新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース 詳細

事業主名: 株式会社 職業生活商事

雇用保険被保険者分

対象労働者一覧

氏名		厚 彦 太郎		雇用保険 被保険者番号		5234-567890-1		事業所名		ちよだ支店		
(1)賃金 形態	(2)通常の賃金額	(3)1か月の所 定労働日数 (日)	(4)1日の所定 労働時間 (時間)	(5)日額換算 賃金額(円)	(6)日額換算 賃金額(円) (調整後)	(7)時間額換算額 (円) (5)÷(4)	合計付与有給休暇日数 (8) (9)	(10)合計日数総額 (6)×(8)	(11)合計時間総額 (7)×(9)	(12)合計時間総額 (調整後)	(13)支払い賃金額に 相当する額(円) (10)+(12)	
1月給制	250,000 円	20 日	8 時間	12,500 円	8,330 円	1,563 円	12 日と 7 時間	99,960 円	10,941 円	8,330 円	108,290 円	
氏名		労働 弘子		雇用保険 被保険者番号		5234-567890-2		事業所名		ふじさわ支店		
(1)賃金 形態	(2)通常の賃金額	(3)1か月の所 定労働日数 (日)	(4)1日の所定 労働時間 (時間)	(5)日額換算 賃金額(円)	(6)日額換算 賃金額(円) (調整後)	(7)時間額換算額 (円) (5)÷(4)	合計付与有給休暇日数 (8) (9)	(10)合計日数総額 (6)×(8)	(11)合計時間総額 (7)×(9)	(12)合計時間総額 (調整後)	(13)支払い賃金額に 相当する額(円) (10)+(12)	
2時給制	1,200 円	20 日	6 時間	7,200 円	7,200 円	1,200 円	5 日と 4 時間	36,000 円	4,800 円	4,800 円	40,800 円	
氏名		両立 進		雇用保険 被保険者番号		5234-567890-3		事業所名		なかの支店		
(1)賃金 形態	(2)通常の賃金額	(3)1か月の所 定労働日数 (日)	(4)1日の所定 労働時間 (時間)	(5)日額換算 賃金額(円)	(6)日額換算 賃金額(円) (調整後)	(7)時間額換算額 (円) (5)÷(4)	合計付与有給休暇日数 (8) (9)	(10)合計日数総額 (6)×(8)	(11)合計時間総額 (7)×(9)	(12)合計時間総額 (調整後)	(13)支払い賃金額に 相当する額(円) (10)+(12)	
3日給制	20,000 円	15 日	6 時間	20,000 円	8,330 円	3,334 円	3 日と 3 時間	24,990 円	10,002 円	8,330 円	33,320 円	
氏名		職業 福子		雇用保険 被保険者番号		5234-567890-4		事業所名		よこはま支店		
(1)賃金 形態	(2)通常の賃金額	(3)1か月の所 定労働日数 (日)	(4)1日の所定 労働時間 (時間)	(5)日額換算 賃金額(円)	(6)日額換算 賃金額(円) (調整後)	(7)時間額換算額 (円) (5)÷(4)	合計付与有給休暇日数 (8) (9)	(10)合計日数総額 (6)×(8)	(11)合計時間総額 (7)×(9)	(12)合計時間総額 (調整後)	(13)支払い賃金額に 相当する額(円) (10)+(12)	
4月給制	400,000 円	22 日	8 時間	18,182 円	8,330 円	2,273 円	5 日と 3 時間	41,650 円	6,819 円	6,819 円	48,469 円	
氏名		雇均 両子		雇用保険 被保険者番号		5234-567890-5		事業所名		みのわ支店		
(1)賃金 形態	(2)通常の賃金額	(3)1か月の所 定労働日数 (日)	(4)1日の所定 労働時間 (時間)	(5)日額換算 賃金額(円)	(6)日額換算 賃金額(円) (調整後)	(7)時間額換算額 (円) (5)÷(4)	合計付与有給休暇日数 (8) (9)	(10)合計日数総額 (6)×(8)	(11)合計時間総額 (7)×(9)	(12)合計時間総額 (調整後)	(13)支払い賃金額に 相当する額(円) (10)+(12)	
5時給制	1,500 円	20 日	8 時間	12,000 円	8,330 円	1,500 円	10 日と 6 時間	83,300 円	9,000 円	8,330 円	91,630 円	
(14)合計支払賃金額(助成金支給申請額)											(13)欄の合計	
											322,509 円	

※金額については円単位で記入してください。
※人数分の欄が足りない場合は、本欄を人数分追加してください。

※金額については円単位で記入してください。

※人数分の欄が足りない場合は、本欄を人数分追加してください。

新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コースについて換りその他不正の手段により助成金の支給を受けた場合は、支給した助成金の全額または一部の返還に加え、返還額の2割に相当する額を返還していただきます(返還に關しては支給した日の翌日から返還終了日までの期間に對し、年5分の利息(令和2年4月1日以降に支給申請した場合は年3分の利息)を付します。)。併せて、取組決定日から起算して5年間雇用保険助成金の申請ができなくなります。

はい

☒

各対象労働者について、雇用保険助成金(緊急特定地域特例雇用安定助成金を含む。)や特定求職者雇用開発助成金等、他の助成金について受給申請(予定含む)している。

2

1.はい
2.いいえ

助成金名称及び該当する労働者番号
一貫の番号を記載ください。

助成金名()
対象労働者番号()

有給休暇取得確認書

対象労働者1人につき1枚作成してください

（労働者氏名**厚労太郎**）は以下の子どもの世話を保護者（注1）として行うため、以下の表の期間について有給（賃金全額支給）の休暇を取得しました。

対象となる子ども（複数となる場合は本欄を人数分追加ください）				
氏名	年齢	施設等の種類 （施設の番号を記載）	施設等名	子どもとの 続柄
厚労真也	6歳	①	〇〇小学校	父

以下の表について、有給休暇取得日に休暇取得理由（ア又はイ、両方に該当する場合はアイ両方）と取得日数・時間数（例：「1日」、「3時間」等）を記入してください。

ア：新型コロナウイルス感染症に関する対応として行われる小学校等の臨時休業等（注2）のため
（小学校等からのお知らせを提出ください。お知らせが無い場合は、以下に小学校等の臨時休業等期間を記載ください。）

臨時休業等期間：令和2年●月●日～□月□日

※ 春休み等、学校等の元々の休校日や閉園日は含めないでください。

イ：新型コロナウイルス感染症に感染した又は感染したおそれ（注3）があるため

		令和2年2月			令和2年3月													
		27 (木)	28 (金)	29 (土)	1 (日)	2 (月)	3 (火)	4 (水)	5 (木)	6 (金)	7 (土)	8 (日)	9 (月)	10 (火)	11 (水)	12 (木)	13 (金)	14 (土)
取得理由						ア	ア	ア	ア	ア			ア	ア	ア	ア	ア	
休暇 取得	日数						1	1	1	1				1	1	1	1	
	時間数					3							4					
		令和2年3月																
		15 (日)	16 (月)	17 (火)	18 (水)	19 (木)	20 (金)	21 (土)	22 (日)	23 (月)	24 (火)	25 (水)	26 (木)	27 (金)	28 (土)	29 (日)	30 (月)	31 (火)
取得理由			ア	ア	ア	ア												
休暇 取得	日数		1	1	1	1												
	時間数																	

なお、上記取得日については、年次有給休暇を取得しているものではありません。

上記事実と相違ありません。

2020年 3月 27日

申請事業主代表者名

職業 正広

印

対象労働者氏名（※）

厚労 太郎

印

※必ず労働者本人が署名又は記名押印してください。

支給要件確認申立書 (両立支援等助成金 (新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース))

事業主記載事項		※1 確認欄
1 法人名: 株式会社 職業生活商事	法人番号: 000000000000	年 月 日 確認
2 事業所名称: ちよだ支店		確認者 _____
3 雇用保険適用事業所番号: 1234-567890-1		
○ 事業活動等に係る状況 (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。)		
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あり、当該不支給決定日又は支給決定取消日から3年を経過していない。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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あり、当該不支給決定日又は支給決定取消日から5年を経過していない。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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いる。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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滞納がある。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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処分を受けている。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
9 風俗営業等関係事業主である。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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ある。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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る。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
③ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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る。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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る。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
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た又は行う恐れがある団体等に属している。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
12 倒産している。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
13 雇用関係助成金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、事業主名等を公表することに承諾する。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
14 役員等の氏名、役職、性別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。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐
15 「雇用関係助成金支給要領」に従うことに承諾する。		(はい・ <u>いいえ</u>) ☐

令和 2 年 4 月 25 日

厚生労働省 雇用環境・均等局長 殿

1 から 15 までの記載事項については、いずれも相違ありません。また、1 から 15 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雇用環境・均等局等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等により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、請求があった場合、直ちに請求金（※）を弁済します。

※請求金は、偽りその他不正の行為による場合は、①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から納付の日まで、年 5 %（令和 2 年 4 月 1 日より前に支給申請した場合は年 5 %（令和 2 年 4 月 1 日以降に支給申請した場合は年 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です。なお、偽りその他不正の行為以外の事由により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、当該受け取った額です。

事業主 住所 東京都〇〇区〇〇町 1-2-3 電話番号 03-0000-1111
名称 株式会社 職業生活商事
氏名 職業 正広 (記名押印又は署名)

印

代理人又は 住所 _____ 電話番号 _____
社会保険労務士 名称 _____
(提出代行者・事 氏名 _____ (記名押印又は署名)
務代理者の表示) _____

印

※社会保険労務士が事業主の申請を代わって行う場合、上欄に事業主の記名押印又は署名を、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 の規定により記名押印をしてください。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住所、名称及び氏名の記入（押印不要）を、下欄に代理人の記名押印又は自署による署名をしてください。

【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雇用環境・均等局等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又は受けようとした場合であって、代理人等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、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、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でき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 _____
(提出代行者・事 氏名 _____ (記名押印又は署名)
務代理者の表示) _____

印

※代理人等が事業主の申請を代わって行う場合、代理人等の記名押印等をしてください。

(別 紙)

役員等一覧

法人名 株式会社 職業生活商事

法人番号 000000000000

事業所名称 ちよだ支店

雇用保険適用事業所番号 1234-567890-1

役員等氏名 (漢字)	役員等氏名 (カナ)	役職	性別	生年月日
職業 正広	シヨクギョウ マサヒロ	代表取締役社長	男	19××年×月○日
職業 正男	シヨクギョウ マサオ	会長	男	19××年×月○日
吉田 太郎	ヨシダ タロウ	会計参与	男	19××年×月○日
山田 花子	ヤマダ ハナコ	理事	女	19××年×月○日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日

注1) 法人番号は、平成27年10月以降国税庁長官から本社等に通知された13桁の番号を記載してください。

注2) 「役員等」とは、事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者をいいます。

注3) 個人事業主の場合、事業主本人について記載ください(役職除く)。

注4) 役員等の就任中に氏名の変更等があった場合は、変更前の氏名(旧姓)も併記してください。

3 2 8 5 0

様式第4号 (R2. 3)

支払方法・受取人住所届 (両立支援等助成金 (新型コロナウイルス感染症小学校休業等対応コース))

①雇用保険適用事業所番号

0000-000000-0

②金融機関名称

〇〇××銀行

店舗名称

霞ヶ関支店

③口座の種類

1 1:普通 5:通知
2:当座 6:別段

④金融機関コード

0000

店舗コード

000

口座番号

0000000

⑤支払方法

1 1:振込
2:送金

⑥口座名義 (漢字)

職業生活商事

⑦口座名義 (カナ)

シヨクギョウセイカツショウジ

⑧受取人郵便番号

000-0000

⑨受取人住所

東京都〇〇区〇〇町1-2-3

上記のとおり届け出ます。

令和 2 年 4 月 25 日

厚生労働省雇用環境・均等局長 殿

※申請者が代理人の場合、右上欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名を記入 (押印不要) し、右下欄に、代理人の住所、名称及び氏名を記入し押印してください。

申請者が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規則第16条の3に規定する事務代理者の場合、右上欄に事業主の住所、名称及び氏名を記入・押印し、右下欄に提出代行者又は事務代理者の住所、名称及び氏名を記入し押印してください。

事業主

住所

〒〇〇〇-〇〇〇〇
東京都〇〇区〇〇町1-2-3
TEL03-0000-1111

名称

株式会社 職業生活商事

氏名

職業 正広 印

代理人
又は
社会保険労務士
(提出代行者・事務代理者の提示)

住所

〒
TEL

名称

氏名

印

	局長	審議官	課長	課長補佐	係長	担当
※決裁欄						

**② 対象労働者が雇用保険被保険者以外
である場合の支給申請書等記載例**

※欄は記載しないでください。

新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金 支給申請書

新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金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。

記載例

2020 年 4 月 25 日

雇用環境・均等局長 殿

申請事業主

所在地

〒000-0000

東京都00区00町1-2-3

名称

株式会社 職業生活商事

氏名

職業 正広

印

代理人

所在地

〒

名称

氏名

連絡先

印

日本標準産業分類に基づき記入してください。

1 申請事業主	①雇用保険適用事業所番号		1234-567890-1		②労働保険番号		11-2-33-000000-333		③主たる業種 (日本標準産業分類 の中分類を記入)		分類番号: 58 分類項目名: 飲食料品小売業		
	④記載担当者		役職		総務部人事課長		氏名		〇田△男		連絡先電話番号		03-0000-1111
2 本社等を除く事業所	No.	①事業所名		②所在地		③雇用保険適用事業所番号		④電話番号					
	1	ちよだ支店		東京都00区00町1-2-1		890-1		03-0000-1111		この申請書の内容について問合せに対応できる社内の方を記載してください。			
	2	みなと支店		東京都△△区△△町1-2-4		1234-567890-2		03-0000-2222					
	3	はるみ支店		東京都××区××町1-2-5		1234-567890-3		03-0000-3333					
	4	なかの支店		東京都00区00町1-2-6		1234-567890-4		03-0000-4444					
	5	みのわ支店		東京都△△区△△町1-2-7		1234-567890-5		03-0000-5555					
	6	よこはま支店		神奈川県横浜市××区××1-2-3		1234-567890-6		045-000-1111					
	7	ふじさわ支店		神奈川県藤沢市××1-2-3		1234-567890-7		0466-00-1111					
	8												
	9												
10													

※事業所が10以上ある場合は、別紙等により提出ください。

※以下欄には記入しないでください。

※一次審査処理欄	処 理 欄 等											
	室長		室長補佐		係長		担当者		受 付 年 月 日		年 月 日	
									受 付 番 号		(県 名 一 番 号)	
									審 査 終 了 年 月 日		年 月 日	
									厚生労働省回送年月日		年 月 日	
備考												
※厚生労働省処理欄	決 裁 欄 等											
	局長		課長		補佐		担当者		起 案 年 月 日		年 月 日	
									支給(不支給)決定年月日		年 月 日	
									決 定 番 号		(県 名 一 番 号)	
									支 給 決 定 額		円	
									通知書発送年月日		年 月 日	
備考												

※金額については円単位で記入してください。
※人数分の欄が足りない場合は、本欄を人数分追加してください。

2

有給休暇取得確認書

対象労働者1人につき1枚作成してください

(労働者氏名**厚生めぐみ**)は以下の子どもの世話を保護者(注1)として行うため、以下の表の期間について有給(賃金全額支給)の休暇を取得しました。

対象となる子ども(複数となる場合は本欄を人数分追加ください)				
氏名	年齢	施設等の種類 (裏面の番号を記載)	施設等名	子どもとの 続柄
厚生なな子	7歳	⑨	〇〇保育園	母

以下の表について、有給休暇取得日に休暇取得理由(ア又はイ、両方に該当する場合はアイ両方)と取得日数・時間数(例:「1日」、「3時間」等)を記入してください。

ア: 新型コロナウイルス感染症に関する対応として行われる小学校等の臨時休業等(注2)のため
(小学校等からのお知らせを提出ください。お知らせが無い場合は、以下に小学校等の臨時休業等期間を記載ください)

臨時休業等期間: 令和2年●月●日～□月□日

※ 春休み等、学校等の元々の休校日や閉園日は含めないでください。

イ: 新型コロナウイルス感染症に感染した又は感染したおそれ(注3)があるため

		令和2年2月			令和2年3月													
		27 (木)	28 (金)	29 (土)	1 (日)	2 (月)	3 (火)	4 (水)	5 (木)	6 (金)	7 (土)	8 (日)	9 (月)	10 (火)	11 (水)	12 (木)	13 (金)	14 (土)
取得理由														イ	イ	イ	イ	
休暇 取得	日数														1	1	1	
	時間数													3				
		令和2年3月																
		15 (日)	16 (月)	17 (火)	18 (水)	19 (木)	20 (金)	21 (土)	22 (日)	23 (月)	24 (火)	25 (水)	26 (木)	27 (金)	28 (土)	29 (日)	30 (月)	31 (火)
取得理由			イ															
休暇 取得	日数		1															
	時間数																	

なお、上記取得日については、年次有給休暇を取得しているものではありません。

上記事実に相違ありません。

2020年 3月 25日

申請事業主代表者名

職業 正広

印

対象労働者氏名(※)

厚生 めぐみ

印

※必ず労働者本人が署名又は記名押印してください。

支給要件確認申立書（新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金）

事業主記載事項		※1 確認欄
1 法人名：株式会社 職業生活商事	法人番号：000000000000	年 月 日 確認
2 事業所名称：ちよだ支店		確認者
3 雇用保険適用事業所番号：1234-567890-1	4 労働保険番号：11-2-33-000000-333	
○ 事業活動等に係る状況（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。）		
5 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あり、当該不支給決定日又は支給決定取消日から3年を経過していない。		（はい ①いいえ） ☐
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あり、当該不支給決定日又は支給決定取消日から5年を経過していない。		（はい ①いいえ） ☐
7 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いる。		（はい ①いいえ） ☐
8 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滞納がある。		（はい ①いいえ） ☐
9 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処分を受けている。		（はい ①いいえ） ☐
10 風俗営業等関係事業主である。		（はい ①いいえ） ☐
11① 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ある。		（はい ①いいえ） ☐
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る。		（はい ①いいえ） ☐
③ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与している。		（はい ①いいえ） ☐
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る。		（はい ①いいえ） ☐
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る。		（はい ①いいえ） ☐
12 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た又は行う恐れがある団体等に属している。		（はい ①いいえ） ☐
13 倒産している。		（はい ①いいえ） ☐
14 助成金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、事業主名等を公表することに承諾する。		（はい ①いいえ） ☐
15 役員等の氏名、役職、性別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。		（はい ①いいえ） ☐
16 「雇用関係助成金支給要領の共通要領」及び本助成金支給要領に従うことに承諾する。		（はい ①いいえ） ☐

令和 2 年 4 月 25 日 厚生労働省 雇用環境・均等局長 殿

1 から 16 までの記載事項については、いずれも相違ありません。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雇用環境・均等局等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等により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、請求があった場合、直ちに請求金（※）を弁済します。

※請求金は、偽りその他不正の行為による場合は、①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から納付の日まで、年 5 %（令和 2 年 4 月 1 日より前に支給申請した場合は年 5 %（令和 2 年 4 月 1 日以降に支給申請した場合は年 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です。なお、偽りその他不正の行為以外の事由により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、当該受け取った額です。

事業主 住所 東京都〇〇区〇〇町 1 - 2 - 3 電話番号 03-0000-1111
名称 株式会社 職業生活商事
氏名 職業 正広 (記名押印又は署名)

印

代理人 住所 電話番号
名称
氏名 (記名押印又は署名)

印

※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住所、名称及び氏名の記入（押印不要）を、下欄に代理人の記名押印又は自署による署名をしてください。

【代理人記載欄 ※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雇用環境・均等局等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又は受けようとした場合であって、代理人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、直ちに請求金を弁済すべき義務を負うこと、②代理人に係る事務所（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、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、雇用関係助成金に係る代理人が行う申請ができないことについて承諾します。

代理人 住所 電話番号
名称
氏名 (記名押印又は署名)

印

※代理人が事業主の申請を代わって行う場合、代理人の記名押印等をしてください。

役員等一覧

法人名 株式会社 職業生活商事

法人番号 000000000000

事業所名称 ちよだ支店

雇用保険適用事業所番号 1234-567890-1 労働保険番号 11-2-33-000000-333

役員等氏名 (漢字)	役員等氏名 (カナ)	役職	性別	生年月日
職業 正広	ショクギョウ マサヒロ	代表取締役社長	男	19××年×月○日
職業 正男	ショクギョウ マサオ	会長	男	19××年×月○日
吉田 太郎	ヨシダ タロウ	会計参与	男	19××年×月○日
山田 花子	ヤマダ ハナコ	理事	女	19××年×月○日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日

注1) 法人番号は、平成27年10月以降国税庁長官から本社等に通知された13桁の番号を記載してください。

注2) 「役員等」とは、事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者をいいます。

注3) 個人事業主の場合、事業主本人について記載ください(役職除く)。

注4) 役員等の就任中に氏名の変更等があった場合は、変更前の氏名(旧姓)も併記してください。

3 2 8 5 0

様式第4号 (R2. 3)

支払方法・受取人住所届 (新型コロナウイルス感染症による小学校休業等対応助成金)

①事業所番号 (雇用保険適用事業所番号及び労働保険番号) ※雇用保険に加入していない場合は、労働保険番号のみ記入
雇用保険適用事業所番号 労働保険番号

0000-000000-0

00-0-00-00000000-000

②金融機関名称

〇〇××銀行

店舗名称

霞ヶ関支店

③口座の種類

1 1: 普通 5: 通知
2 2: 当座 6: 別段

④金融機関コード

0000

店舗コード

000

口座番号

00000000

⑤支払方法

1 1: 振込
2 2: 送金

⑥口座名義 (漢字)

職業生活商事

⑦口座名義 (カナ)

シヨクギョウセイカツショウジ

⑧受取人郵便番号

000-0000

⑨受取人住所

東京都〇〇区〇〇町1-2-3

上記のとおり届け出ます。

令和 2 年 4 月 25 日

厚生労働省雇用環境・均等局長 殿

※申請者が代理人の場合、右上欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名を記入 (押印不要) し、右下欄に、代理人の住所、名称及び氏名を記入し押印してください。

事業主

住所

〒〇〇〇-〇〇〇〇
東京都〇〇区〇〇町1-2-3
TEL03-0000-1111

名称

株式会社 職業生活商事

氏名

職業 正広

印

代理人

住所

〒
TEL

名称

氏名

印

	局長	審議官	課長	課長補佐	係長	担当
※決裁欄						