

様式第1号(第8条関係)

令和 年 月 日

公益財団法人東京しごと財団

理事長 殿

個人の住所地
※個人事業主のみ
(住民票どおりに記入)

企業等の所在地 〒

(企業等の所在地、
名称、代表者役職、
氏名は法人登記簿
どおりに記入)

企業等の名称

代表者 役職

代表者 氏名(自署)

令和7年度 介護休業取得応援奨励金 支給申請書

介護休業取得応援奨励金(以下「奨励金」という。)について、奨励金支給要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

1 奨励金支給申請額

金 _____ 円 (申請額内訳：奨励額 _____ 円 / 加算額 _____ 0 円)

※加算となる取組の有無 ☐ 有 ☐ 無 (有の場合は取組内容を選択)

- ☐ ① 同僚への応援評価制度・表彰制度の整備と介護休業応援プランシートの作成
☐ ② 同僚への応援手当支給と介護休業応援プランシートの作成

2 企業等の概要

業種			
常時雇用する従業員数	人 (内訳: 男性 人 女性 人)		
申請企業等の 連絡担当者・連絡先 ※必ず連絡の取れる連絡先を記入	所属		
	氏名	フリガナ	
	代表電話番号		email
連絡先電話番号			

3 対象従業員の介護休業状況

対象従業員	フリガナ					申請企業等の代表者の三親等内の親族でない ☐							
	氏名 (住民票記載氏名)												
	フリガナ												
	旧姓・通称等 (申請書類に別名使用の場合のみ記入)	別名を使用している提出書類名 ()											
上記従業員住所 (住民票記載住所)													
介護休業の対象家族	フリガナ			続柄									
	氏名												
上記対象家族住所													
	介護休業期間				介護休業 日数	一時就労 日数	一時就労日数を差し引いた 介護休業日数						
1回目	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日	日	日	
2回目	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日	日	日	
3回目	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日	日	日	
4回目	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	日	日	日	
有給の介護休暇 ※就業規則等に明記されている場合のみ記入可	令和	年	月	日		令和	年	月	日	令和	年	月	日
	令和	年	月	日		令和	年	月	日	令和	年	月	日
	令和	年	月	日		令和	年	月	日	計			日
職場復帰日	令和				年	月	日	介護休業・有給の介護休暇 日数合計(一時就労除く)		計			日

財団記入欄

4 対象従業員の介護休業中における就労状況

介護休業中に一時的・臨時的な就労を行った ☐ はい ☐ いいえ

一時的・臨時的な就労の詳細(欄が不足する場合はシートをコピーして使用すること)

	就労日	就労理由
1	令和 年 月 日	
2	令和 年 月 日	
3	令和 年 月 日	
4	令和 年 月 日	
5	令和 年 月 日	
6	令和 年 月 日	
7	令和 年 月 日	
8	令和 年 月 日	
9	令和 年 月 日	
10	令和 年 月 日	
11	令和 年 月 日	
12	令和 年 月 日	
13	令和 年 月 日	
14	令和 年 月 日	
15	令和 年 月 日	
16	令和 年 月 日	
17	令和 年 月 日	
18	令和 年 月 日	
19	令和 年 月 日	
20	令和 年 月 日	

財団記入欄

5 対象従業員の就労状況

(介護休業開始1か月前と原職復帰3か月後時点の状況)

			介護休業開始 <u>1か月前</u>	原職復帰 <u>3か月後</u>	相違理由 ※介護休業開始1か月前と原職復帰 3か月後で相違がある場合は記入必須
1	所属事業所	名称			
		所在地			
	勤務先 ※対象従業員が実際に業務を行っている職場(出向先や派遣先なども含む。)	名称	☐ 所属事業所と同じ	☐ 所属事業所と同じ	
		所在地	☐ 所属事業所と同じ	☐ 所属事業所と同じ	
相違理由 ※「所属事業所」と「勤務先」の名称または所在地が異なる場合は記入必須					
2	部署 ※組織の最小単位の所属先がない場合は「なし」と記入				
3	テレワーク勤務 ※有の場合、テレワーク(在宅勤務)規程を提出すること	☐ 有 ☐ 無	☐ 有 ☐ 無		
		テレワークをしている場所 ☐ 自宅 ☐ コワーキングスペース ☐ その他()	テレワークをしている場所 ☐ 自宅 ☐ コワーキングスペース ☐ その他()		

財団記入欄

6 対象従業員の雇用状況

(雇用契約書、労働条件通知書、賃金決定通知書などで**従業員に明示した労働条件の内容を記入すること**)

		介護休業開始 1か月前	原職復帰 3か月後	相違理由 ※介護休業開始1か月前と原職復帰 3か月後で相違がある場合は記入必須
1	職務			
2	役職	☐ 有 () ☐ 無	☐ 有 () ☐ 無	
3	雇用形態	☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ パート・アルバイト ☐ その他 ()	☐ 正社員 ☐ 契約社員 ☐ パート・アルバイト ☐ その他 ()	
		☐ 申請日時点で在籍しており、本奨励金支払い完了まで雇用を継続する予定である		
4	所定労働日数	☐ 週 ☐ 月 ☐ 年 (日)	☐ 週 ☐ 月 ☐ 年 (日)	
5	所定労働時間 ※休憩時間を除いたもの ※時短勤務時間を含めて 記載	☐ 日 ☐ 週 ☐ 月 ☐ 年 時間 分	☐ 日 ☐ 週 ☐ 月 ☐ 年 時間 分	
6	介護に関わる 時短勤務	☐ 有 ☐ 無 時短時間 (分)	☐ 有 ☐ 無 時短時間 (分)	
7	給与形態	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時給 ☐ 年俸 ☐ その他 ()	☐ 月給 ☐ 日給 ☐ 時給 ☐ 年俸 ☐ その他 ()	
8	賃金 ※従業員に明示した労働条件 通知書等に記載されている 金額を記入 ※職能に関する手当が複数 ある場合はその合計金額を 記入	基本給 円	基本給 円	
		職能に関する手当 (ない場合は0円と記入) 円	職能に関する手当 (ない場合は0円と記入) 円	
		*役職手当、職務手当、資格手当などの責任の重さや職務の難易度に対して支払われる手当	*役職手当、職務手当、資格手当などの責任の重さや職務の難易度に対して支払われる手当	
9	出向の有無	☐ 有 ☐ 無 ※有の場合、出向に関する書類を提出すること	☐ 有 ☐ 無 ※有の場合、出向に関する雇用契約書を提出すること	

7 対象従業員の署名

対象従業員が下記について申請内容を確認し、口にチェックを入れ署名してください

- ☐ 介護休業時の状況は支給申請書(P2～P3)に記載のとおりです。
- ☐ 職場復帰状況は支給申請書(P4～P5)に記載のとおりです。

氏名 _____

※ 必ず対象従業員本人が住民票記載氏名を自署してください。

財団記入欄

8 法を上回る取組に関する就業規則の整備

届出内容	該当するものに1つ☑を入れること ※複数実施した場合はいずれか一つを選択
	☐ ア.介護休業期間の延長(対象家族1人につき通算93日を超える介護休業)
	☐ イ.介護休業の取得回数の上乗せ(3回を超える取得)
	☐ ウ.介護休暇の取得日数の上乗せ(1人の場合6日以上、かつ2人以上の場合11日以上)
	☐ エ.中抜けありの時間単位の介護休暇導入(中抜けできることを明記してあること)

改訂の詳細

(選択した届出内容について就業規則の条文を転記し、提出する就業規則の該当ページに付箋を貼付すること)

	新規程	旧規程
労基署の 受領印の日付	令和 年 月 日	☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
改訂条文		
	該当ページに付箋を貼付した ☐	該当ページに付箋を貼付した ☐

財団記入欄

様式第2号(第7条関係)

誓 約 書

公益財団法人東京しごと財団理事長 殿

私は、介護休業取得応援奨励金支給要綱第7条の規定に基づく奨励金の支給申請を行うにあたり、以下のことを誓約します。

(□欄にチェックしてください。)

- ☐ 支給申請日の前日から起算して過去5年間に、重大な法令違反はないことを誓約します。
- ☐ 従業員に支払われる賃金が、東京都の最低賃金額(特定(産業別)最低賃金額)以上であることを誓約します。
- ☐ 固定残業代等の時間当たり金額が時間外労働の割増賃金に違反していないこと、また、固定残業時間を超えて残業を行った場合は、その超過分について通常の時間外労働と同様に、割増賃金が追加で支給されていることを誓約します。
- ☐ 法定労働時間を超えて従業員を勤務させる場合は、「時間外・休日労働に関する協定(36協定)」を締結し、遵守していることを誓約します。
- ☐ 労働基準法第39条第7項(年次有給休暇について年5日を取得させる義務)に違反していないことを誓約します。
- ☐ 労働基準法に定める時間外労働の上限規制を遵守していることを誓約します。
* 原則として、時間外労働は月45時間以内、年360時間以内。臨時的な特別な事情がある場合は、時間外労働・休日労働の合計が月100時間未満、複数月平均80時間(年6か月まで)、時間外労働が年720時間以内(ただし、いずれも特別条項付きの36協定締結が必要)。
- ☐ 前記以外の労働関係法令についても遵守していることを誓約します。
- ☐ 厚生労働大臣の指針に基づき、セクシュアルハラスメント等を防止するための措置を取っていることを誓約します。
- ☐ 風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律(昭和23年法律第122号)第2条第1項に規定する風俗営業、同条第5項に規定する性風俗関連特殊営業、同条第13項に規定する接客業務受託営業及びこれらに類する事業を行っていないことを誓約します。
* 接待飲食店営業のほか、パチンコ、ゲームセンター等の遊技場営業を行っている事業主は申請できません。
- ☐ 代表者、役員又は使用人その他の従業員若しくは構成員について、東京都暴力団排除条例第2条第2号に規定する暴力団、同条第3号に規定する暴力団員又は同条第4号に規定する暴力団関係者(以下「暴力団員等」という。)に該当せず、かつ将来にわたっても該当しないことを誓約します。
あわせて、理事長が必要と認めた場合には、暴力団員等であるか否かの確認のため、警視庁へ照会がなされることに同意します。
* この誓約書における「暴力団関係者」とは、以下の者をいいます。
 - ・暴力団又は暴力団員が実質的に経営を支配する法人等に所属する者
 - ・暴力団員を雇用している者
 - ・暴力団又は暴力団員を不当に利用していると認められる者
 - ・暴力団の維持、運営に協力し、又は関与していると認められる者
 - ・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と認められる者
- ☐ 本奨励金に係る審査を適切に行うため、申請書類一式について東京都及び専門家へ提供することに同意します。
- ☐ 過年度に実施された本コースを受給していないこと、また、吸収合併等により過去に本奨励金を受給した企業の事業を引き継いだ企業に該当しないことを誓約します。
- ☐ 本奨励金の申請に関し提出する書類の内容は事実と相違ないこと、書類の写し(電子ファイル等を含む)はすべて原本と相違ないこと及び公益財団法人東京しごと財団が審査に必要な事項についての確認や検査を行う際に誠実に対応することを誓約します。

令和 年 月 日

奨励金支給後に本誓約書の内容に虚偽や不正が発覚した場合は奨励金を返還します。

個人の住所地
※個人事業主のみ

企業等の所在地

企業等の名称

代表者 役職

代表者 氏名(自署)

(様式)

令和 年 月 日

企業等の名称

事業所一覧

【記入上の注意】

- ①登記上の本店と本社機能をもつ事業所が異なる場合、本社機能をもつ事業所の所在地で事業を営んでいることがわかる書類(水道光熱費等の領収書、賃借契約書などの写し)を提出すること。登記上の本店と本社機能を持つ事業所の両方が都外の場合、対象従業員が所属する都内事業所分も提出すること。
- ②雇用保険適用事業所に限らず、すべての事業所の名称・所在地を記入すること。
(事業所数が多い場合は別紙でも可。別紙の場合は様式自由。海外の事業所は記入不要。)
- ③従業員数は、常時雇用する従業員の人数を記入。0名の場合は0と記入。
- ④総従業員数は様式1号1ページ目の従業員数と一致すること。

● 登記上の本店

所在地	従業員数
(ビル名等)*1	名

*1:支給・不支給決定通知等を送付する際、登記住所のみで郵便物が届かない場合はビル名等を追記。

● 本社機能を持つ事業所 □ 登記上の本店と同じ

事業所の名称	所在地	従業員数
		名

● 都内事業所(登記上の本店・本社機能がある事業所を除く)

事業所の名称	所在地	従業員数
		名
		名
		名
		名
		名
		名
	合計	名

● 都外事業所

事業所の名称	所在地	従業員数
		名
		名
		名
	合計	名

総従業員数 名

- 支給・不支給決定通知書等送付先 ※下記のいずれか、ひとつに✓を入れること
- 登記上の本店 □ 本社機能を持つ事業所

(様式)

委任状

公益財団法人東京しごと財団理事長 殿

<代理人>

住所				
法人名又は事務所名				
代表者役職・氏名				
担当者	氏名			
	電話番号		メールアドレス	

上記の者を代理人とし、下記の権限を委任します。ただし、下記委任事項に対する貴財団からの問い合わせについて、誠実に対応することを誓約いたします。

✓を入れてください

☐ 介護休業取得応援奨励金の申請に関する書類の作成・提出

令和 年 月 日

<委任者>

企業等の所在地	
企業等の名称	
代表者役職	
代表者氏名 ※自署	
電話番号	

加算① 同僚への応援評価制度表彰制度の整備と介護休業応援プランシートの作成

企業等の名称

応援評価制度について

同僚への応援評価制度を令和5年4月1日以降に運用した実績がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
応援評価制度概要	●目的
	●対象となる同僚の範囲
	●導入内容 ☐ 業績評価等に加点 ☐ 追加の評価項目を導入 ☐ 他の従業員とは異なる評価基準を導入 ☐ その他（ ）
応援評価制度を導入した理由を教えてください。	
応援評価制度を導入したことで、社内の介護休業を取り巻く環境に変化はありましたか。(◆)	☐ はい ☐ いいえ
(◆)について、 ☒ はいの場合どのような変化がありましたか。	

表彰制度について

就業規則の整備年月日 (令和7年4月1日以降申請日までに届け出ること)	令和 年 月 日
	☐ 就業規則の該当箇所に付箋を貼付しました

介護休業応援プランシートについて

介護休業応援プランシートの作成と添付	☐ 作成し、添付しました
--------------------	-------------------------------------

企業等の名称

氏名 (支給申請に係る従業員と同一)													
所属 (最小単位まで漏れなく記載)													
介護休業期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日)												
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日)												
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日)												
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日)												
	有給の 介護休暇 ※就業規則等 に明記されて いること	令和 年 月 日				令和 年 月 日							
		令和 年 月 日				令和 年 月 日							
令和 年 月 日				令和 年 月 日									
令和 年 月 日				令和 年 月 日									

対象となる同僚の範囲	
	☐ 対象となる同僚は全員雇用保険に加入している
人数	名

手当の名称	
算定方法	
就業規則の労基署受領印の日付 (令和7年4月1日以降に届け出ること)	令和 年 月 日
	☐ 就業規則の該当箇所に付箋を貼付しました

支給対象となる同僚の賃金台帳の添付(支給対象となる人数・期間分)	☐ 添付しました
全ての支給対象者について、所属記載部分にマーカーを引く	☐ マーカーで示しました
全ての支給対象者について、支払われた応援手当記載部分にマーカーを引く *対象従業員の業務の代替にかかる職務内容の評価として支払うものをいい、名称は問いません。(例:職場応援手当、業務代替手当、特別業務手当 等)	☐ マーカーで示しました
合計支給額 ※手当を合計20万円以上支給した場合が対象	円

介護休業応援プランシートの作成と添付	☐ 作成し、添付しました
--------------------	-------------------------------------

企業等の名称

介護休業応援プランシート

支給申請に係る 対象従業員氏名		所属部署・担当業務	
介護休業期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	初回面談日	令和 年 月 日

*分割取得している場合は初回の開始日と最も遅い介護休業(介護休暇を含む)の終了日を記入

1 加算申請に係る応援者(同僚):最大4名まで記載

応援者（同僚）	1	(カナ) 氏名	()	所属部署・担当業務	
				初回面談日	令和 年 月 日
	2	(カナ) 氏名	()	所属部署・担当業務	
				初回面談日	令和 年 月 日
	3	(カナ) 氏名	()	所属部署・担当業務	
				初回面談日	令和 年 月 日
	4	(カナ) 氏名	()	所属部署・担当業務	
				初回面談日	令和 年 月 日

介護休業前の業務状況(業務分担計画):対象従業員の介護休業前に対象従業員および応援者(同僚)と面談した内容をふまえて記載

2 まえて記載

対象従業員の業務状況		介護休業応援者(同僚)の業務状況			
介護休業中の予定業務 (業務内容と実施時期を記載)		応援者 (No)	既存業務 (左記実施時期の状況について記載)	代替業務 (既存業務に加えて分担する業務を記載)	配慮事項 (介護休業応援者に対し配慮する内容を記載)
a	実施時期 ()				
b	実施時期 ()				
c	実施時期 ()				
d	実施時期 ()				
e	実施時期 ()				

業務分担計画の変更 ☐ 有 ☐ 無

※業務分担計画に当初予定から変更があった場合は、介護休業応援プランシート(変更)を合わせて提出し、次頁3「復帰直前の業務状況」には変更後の計画に対する結果を記載してください。

(様式1号【別紙】加算①②共通:2枚目)

3 復帰直前の業務状況(業務進捗報告):対象従業員の復帰直前に応援者(同僚)と面談した内容をふまえて記載

介護休業中の予定業務	進捗状況	報告事項、残務内容、休止・廃止理由 (対象従業員への送り内容を記載)	今後の業務執行体制
a	☐ 完了		☐ すべて対象従業員が引き継ぐ
	☐ 継続中		☐ すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	☐ 未着手		対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	☐ 休止・廃止		☐ 分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :
b	☐ 完了		☐ すべて対象従業員が引き継ぐ
	☐ 継続中		☐ すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	☐ 未着手		対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	☐ 休止・廃止		☐ 分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :
c	☐ 完了		☐ すべて対象従業員が引き継ぐ
	☐ 継続中		☐ すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	☐ 未着手		対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	☐ 休止・廃止		☐ 分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :
d	☐ 完了		☐ すべて対象従業員が引き継ぐ
	☐ 継続中		☐ すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	☐ 未着手		対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	☐ 休止・廃止		☐ 分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :
e	☐ 完了		☐ すべて対象従業員が引き継ぐ
	☐ 継続中		☐ すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	☐ 未着手		対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	☐ 休止・廃止		☐ 分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :

4 職場復帰支援状況:復帰する直前に対象従業員と面談した内容を記載

フォロー面談	対象従業員から	職場の対応策(フォロー体制)	
	【自身や介護の状況等気がかりなこと】		
	【勤務形態等働き方の希望】		
面談日		面談者 所属	面談者 氏名

5 介護休業推進取組計画:従業員が気兼ねなく介護休業できるように企業としてどのような取組をしていくかプランを記載

【介護休業者への取組】
【応援者(同僚)への取組】

企業等の名称

介護休業応援プランシート(変更)※変更部分のみ記入のこと

支給に係る 対象従業員氏名		所属部署・担当業務	
介護休業期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	初回面談日	令和 年 月 日

*複数回取得している場合は初回の開始日と最も遅い介護休業(介護休暇を含む)の終了日を記入

1 加算申請に係る応援者(同僚):最大4名まで記載

応援者（同僚）	1	(カナ) 氏名	()	所属部署・担当業務	
				初回面談日	令和 年 月 日
	2	(カナ) 氏名	()	所属部署・担当業務	
				初回面談日	令和 年 月 日
	3	(カナ) 氏名	()	所属部署・担当業務	
				初回面談日	令和 年 月 日
	4	(カナ) 氏名	()	所属部署・担当業務	
				初回面談日	令和 年 月 日

2 介護休業前の業務状況(業務分担計画):対象従業員の介護休業前に対象従業員および応援者(同僚)と面談した内容をふまえて記載

対象従業員の業務状況		介護休業応援者(同僚)の業務状況			
介護休業中の予定業務 (業務内容と実施時期を記載)		応援者 (No)	既存業務 (左記実施時期の状況について記載)	代替業務 (既存業務に加えて分担する業務を記載)	配慮事項 (介護休業応援者に対し配慮する内容を記載)
a	実施時期 ()				
b	実施時期 ()				
c	実施時期 ()				
d	実施時期 ()				
e	実施時期 ()				

※業務分担計画に当初予定から変更があった場合は、育業応援プランシート(変更)を合わせて提出してください。