

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8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
- ③ 介護離職防止のための雇用環境整備及び雇用管理等に関する措置(2つ以上)
- ④ 管理職の介護休業取得と体験談の周知

2 企業等の概要

業種	※総務省日本標準産業分類・大分類を記入		
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 <input type="checkbox"/>								
	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

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 ※厚生労働省職業分類・中分類を記入			
2	役職	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
3	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 契約社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> その他 ()	
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 (日)	<input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 時間 分	<input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 週 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 年 時間 分	
6	介護に関わる時短勤務	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 時短時間 (分)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 時短時間 (分)	
7	給与形態	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 年俸 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 月給 <input type="checkbox"/> 日給 <input type="checkbox"/> 時給 <input type="checkbox"/> 年俸 <input type="checkbox"/> 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 ※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	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	
9	出向の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、出向に関する書類を提出すること	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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、□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 <input checked="" type="checkbox"/> を入れること ※複数実施した場合はいずれか一つを選択 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> イ.介護休業の取得回数の上乗せ(3回を超える取得) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ※従業員数10人未満のため労基署へ届出を行っていない場合は 施行日を記載してください。
改訂条文		
	該当ページに付箋を貼付した <input type="checkbox"/>	該当ページに付箋を貼付した <input type="checkbox"/>

財団記入欄

(参考様式)

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 総従業員数は様式第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

 登記上の本店※下記のいずれか **ひとつに✓** を入れること 本社機能を持つ事業所

様式第7号(第22条関係)

令和 年 月 日

委任状

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、氏名は履歴事項全部証明書どおりに記入)

企業等の名称

代表者 役職

代表者 氏名(自署)

私は、下記の者を代理人と定め、介護休業取得応援奨励金の申請に関し、次の権限を委任します。

- 本奨励金の申請に関する書類の作成及び提出を行うこと
 本奨励金に関する財団からの問い合わせに対し、誠実に対応すること

また、上記委任事項に関連し、次の事項について同意します。

- 本奨励金の審査にあたり、必要に応じて申請企業(委任者)へ直接連絡、照会又は確認が行われること

<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

加算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

企業等の名称	
--------	--

対象従業員について

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

応援手当の支給対象となる同僚について

対象となる同僚の範囲	<input type="checkbox"/> 対象となる同僚は全員雇用保険に加入している
人数	名

応援手当について

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8年4月1日以降申請日までに届け出ること) *応援手当の名称が、就業規則に規定した名称と同じであることを確認します。	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 就業規則の該当箇所に付箋を貼付しました

支払いの事実を確認できる書類について

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)	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 ※金額及び算定方法が、就業規則に規定された内容に基づいていることを確認します。	<input type="checkbox"/> 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について

介護休業応援プランシートの作成と添付	<input type="checkbox"/> 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

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。

様式第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	
	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
a	<input type="checkbox"/>	完了		<input type="checkbox"/>	すべて対象従業員が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	継続中		<input type="checkbox"/>	すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	未着手		<input type="checkbox"/>	対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	<input type="checkbox"/>	休止・廃止		<input type="checkbox"/>	分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :
b	<input type="checkbox"/>	完了		<input type="checkbox"/>	すべて対象従業員が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	継続中		<input type="checkbox"/>	すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	未着手		<input type="checkbox"/>	対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	<input type="checkbox"/>	休止・廃止		<input type="checkbox"/>	分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :
c	<input type="checkbox"/>	完了		<input type="checkbox"/>	すべて対象従業員が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	継続中		<input type="checkbox"/>	すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	未着手		<input type="checkbox"/>	対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	<input type="checkbox"/>	休止・廃止		<input type="checkbox"/>	分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :
d	<input type="checkbox"/>	完了		<input type="checkbox"/>	すべて対象従業員が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	継続中		<input type="checkbox"/>	すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	未着手		<input type="checkbox"/>	対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	<input type="checkbox"/>	休止・廃止		<input type="checkbox"/>	分担割合 対象従業員: 応援者(同僚) :
e	<input type="checkbox"/>	完了		<input type="checkbox"/>	すべて対象従業員が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	継続中		<input type="checkbox"/>	すべて応援者(同僚)が引き継ぐ
	<input type="checkbox"/>	未着手		<input type="checkbox"/>	対象従業員と応援者(同僚)で分担する
	<input type="checkbox"/>	休止・廃止		<input type="checkbox"/>	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】

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、介護休業応援プランシート(変更)を合わせて提出してください。

加算③ 介護離職防止のための雇用環境整備及び雇用管理等に関する措置(2つ以上)

企業等の名称

--

- 令和8年度(令和8年4月1日以降)に実施・設置・提供・周知していること
- 二つ以上の項目の実施が必須

<input type="checkbox"/> ア 介護休業・介護両立支援制度等に関する研修の実施			
提出資料: 実施日が確認できる開催案内(書面、メール文等)又は研修資料(実際に配布したもの)			
実施日	令和	年	月
			日
対象者	人	参加人数	人
テーマ			
提出資料	<input type="checkbox"/> 添付しました		
<input type="checkbox"/> イ 介護休業・介護両立支援制度等に関する相談体制の整備(相談窓口設置)			
提出資料: 設置日が確認できる社内周知文(書面、メール文等)			
設置日	令和	年	月
			日
相談先 (部署または担当者名)			
提出資料	<input type="checkbox"/> 添付しました		
<input type="checkbox"/> ウ 自社の労働者の介護休業取得・介護両立支援制度等の利用の事例の収集・提供			
提出資料: 提供日が確認できる資料(実際に配布したもの)			
提供日	令和	年	月
			日
提供方法 (メール、掲示板など)			
提出資料	<input type="checkbox"/> 添付しました		
<input type="checkbox"/> エ 自社の労働者へ介護休業・介護両立支援制度等の取得・利用促進に関する方針の周知			
提出資料: 周知日が確認できる周知資料(実際に配布したもの)			
周知日	令和	年	月
			日
周知方法			
提出資料	<input type="checkbox"/> 添付しました		

加算④ 管理職の介護休業取得と体験談の周知

企業等の名称

介護休業を取得した管理職について

役職									
氏名									
介護休業期間 (合計15日以上介護休業が対象)	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 <small>※就業規則等に 明記されていること</small>	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	
組織図の添付	<input type="checkbox"/> 添付しました						計		日

管理職の介護休業取得による社内の変化について

管理職が介護休業を取得するにあたり、社内ではどのようなことに配慮し、対応しましたか。	
管理職の介護休業取得により、介護休業することについて社内の考え方にどのような変化がありましたか。	
管理職の介護休業取得により、社内の介護休業取得率に変化はありましたか。	<input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 増えた <input type="checkbox"/> 減った) <input type="checkbox"/> いいえ
今後も管理職の介護休業取得を推進していこうと思いませんか。(◆)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(◆)についてそう考える理由を教えてください。	

体験談の社内周知について

周知日 <small>(令和8年4月1日以降、申請日までに社内周知したこと)</small>	令和	年	月	日
周知方法	<input type="checkbox"/> 社内イントラネット	<input type="checkbox"/> 企業内研修		
	<input type="checkbox"/> メール添付	<input type="checkbox"/> 体験談発表会・交流会		
	<input type="checkbox"/> 会社のHP	<input type="checkbox"/> 社内報		
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
周知日及び周知内容がわかる書類の添付	<input type="checkbox"/> 添付しました			