

### 3 65歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース)支給申請書

無期様式第7号

### 65歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース)支給申請書

* 受付印
-------

65歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース)の支給を受けたいので、裏面留意事項を承諾のうえ関係書類を添付し申請します。

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構理事長 殿

* 受付番号	
--------	--

#### 1 申請事業主

※支給申請日の前日における状況を、記入して下さい。

①申請年月日	平成31年4月19日	②主たる事務所の雇用保険適用事業所番号	1 3 3 4 - 5 6 7 8 9 0 - 1	③雇用保険適用事業所数	2箇所
④事業主の名称	フカナ カイタロ 株式会社 井多呂	⑤代表者職名・氏名	代表取締役 今田 晴気 印		
⑥主たる事務所の所在地	フカナ トウキョウミナトクアヤマ 〒100-0005 東京都港区青山 3-16-99 電話番号 03 -**** -				
⑦資本金の額又は出資の総額	億 9,000 万円	⑧常時雇用する労働者数	55人	⑨主たる事業の内容	輸入食品卸売
⑩産業分類(中分類番号)	5 2 (1~4から選択) 2	1:小売業(飲食店を含む) 2:卸売業 3:サービス業 4:その他の業種	⑪企業規模	(1~2から選択) 1	
⑫現在の定年年齢等	(イ)導入年月日 昭和・平成 22年4月1日	(ロ)定年年齢	60歳	(ハ)希望者全員継続雇用年齢	65歳
⑬他の助成金等の受給申請の有無	有・無	⑭⑬で有の場合、助成金等の名称	<input checked="" type="checkbox"/> キャリアアップ助成金(正社員化コース) <input type="checkbox"/> 障害者雇用安定助成金(障害者職場定着支援コース)③正規・無期転換 <input type="checkbox"/> その他( )		
⑮計画認定日	平成30年6月15日	⑯計画認定番号	30-13-U0003	⑰計画の実施期間	平成30年8月1日から平成33年7月31日まで
⑱支給申請回数	1回目	⑲⑱で有の場合、直近の支給申請日	年 月 日		

#### 2 申請事業所

※上記1の②以外の雇用保険適用事業所において、措置を実施する場合、記入してください。

①事業所の名称	フカナ カイタロ オオサカシヤ 株式会社 井多呂 大阪支社	②雇用保険適用事業所番号	2 7 4 2 - 5 6 7 8 9 0 - 1
③事業所の所在地	フカナ オオサカシヤイシミヤ 〒666-0005 大阪府吹田市泉町1-11-41 電話番号 06-****-****	④事業所責任者職名・氏名	支社長 飯野 小太郎 印

#### 3 支給申請額

① (内訳)	960,000 円	②対象労働者	2人	④(イ)支給単価(生産性要件を満たした場合の額を適用しない場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 中小企業(48万円) <input type="checkbox"/> 中小企業以外(38万円)
③生産性要件を(生産性満たした場合の額の適用を希望する場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 満たす <input type="checkbox"/> 満たさない			④(ロ)支給単価(生産性要件を満たした場合の額の適用を希望する場合)	<input type="checkbox"/> 中小企業(60万円) <input type="checkbox"/> 中小企業以外(48万円)

※上記④(ロ)を選択できるのは左記③で生産性要件を「満たした」場合のみ

#### 4 振込先

① 融機関名	幕張銀行	②金融機関コード	8 5 9 0	③支店名	青山支店	④支店コード	9 9 8
⑤預金種別	1.普通・2.当座・3.その他	フカナ	カイタロ				
⑥口座番号	0120444	⑦口座名義	株式会社 井多呂				

#### 事業所担当者、提出代行者等

事業所担当者	職名 総務課長 氏名 高本 元子 電話番号 03 -****-****	※処理欄	
提出代行者	(提出代行者・事務代理者・代理人) ※いずれかを選択 作成年月日 平成 年 月 日	支給決定日	平成 年 月 日
事務代理者	住所 〒 -	支給決定金額	千円
代理人	職名 氏名 印 電話番号 - -	支給決定番号	

## 1 記入上の注意

- (1) 「1 申請事業主」について ※支給申請日の前日における状況を記入してください。
  - 〔2欄〕 申請事業主の主たる事務所の雇用保険適用事業所番号を記入してください。主たる事務所が雇用保険適用事業所でない場合、記入の必要はありません。
  - 〔3欄〕 支店等を含む企業全体としての雇用保険適用事業所の合計数を記入してください。
  - 〔5欄〕 申請する事業主の代表者の職名と氏名を記入し、印鑑登録された代表者の印を押印してください。代理人に委任される場合は、当欄に代表者印の押印は必要ありません。
  - 〔6欄〕 主たる事務所の所在地及び電話番号を記入してください。登記事項証明書等の所在地と異なる場合（例えば、支社、支店等が実質的な法人としての活動を行っている場合等）は、その理由を記した申立書を添付してください。
  - 〔7欄〕 個人、特例社団法人、一般社団法人、公益社団法人、特例財団法人、一般財団法人、公益財団法人、医療法人、学校法人、労働組合、協同組合、社会福祉法人等の場合は、「0」と記入してください。
  - 〔8欄〕 常時雇用する労働者数は、2か月を超えて使用される者であり、かつ、週当たりの所定労働時間が、当該事業主に雇用される通常の労働者と概ね同等である者の数を記入してください。
  - 〔9欄〕〔10欄〕 日本標準産業分類に基づく産業分類（中分類番号）及び業種区分を記入してください。
  - 〔11欄〕 主たる事業、資本金の額又は出資の総額、常時雇用する労働者数に応じて記入してください。
  - 〔12欄〕 労働協約又は労働基準監督署に届け出た就業規則における定年年齢等を記入してください。定年年齢が職種別に異なる場合は、最も低い年齢を、定年年齢に従業員が自由に選択できる制度の場合は、選択可能な最も高い年齢を記入してください。
  - 〔13欄〕〔14欄〕 他の助成金等の受給（申請）の有無を〔13欄〕に、有の場合は助成金等の名称を〔14欄〕に、記入してください。
  - 〔15欄〕～〔17欄〕 認定された日付、認定番号及び実施期間を記入してください。
  - 〔18欄〕〔19欄〕 当計画認定番号に係る当コースの支給申請の回数を〔18欄〕に、2回目以降の場合は直近の支給申請日を〔19欄〕に記入してください。
- (2) 「2 申請事業所」について  
上記1の〔3欄〕で複数の雇用保険適用事業所がある場合、当該無期雇用転換措置を実施する事業所を記載してください。上記1の〔2欄〕の主たる事務所で実施する場合は、〔1欄〕に同上と記入してください。複数の雇用保険適用事業所で当該無期雇用転換措置を実施した場合は、雇用保険適用事業所毎に支給申請書を作成してください。
- (3) 「3 支給申請額」について  
対象労働者の人数と企業規模に基づいて算出した支給申請額を記入してください。  
「3-③」欄 無期転換を実施する事業所において、以下の生産性要件を満たすか否かを記入してください。なお、生産性要件を満たした場合の額の適用を希望しない場合はこの欄には記入しないでください。  
〔生産性要件〕 以下(イ)及び(ロ)のいずれも満たす必要があります。
  - (イ) 生産性の伸びが6%以上である。  
※生産性とは支給対象事業所の財務諸表の勘定科目のうち「人件費、減価償却費、動産・不動産賃貸料、租税公課、営業利益」に該当するものの額を合算することによって事業所が1年間に生み出した「付加価値額」を求め、それを「労働者数（雇用保険被保険者数）」で除すことによって求めたものをいいます。生産性の伸びは、支給申請を行う年度の直近年度とその3年度前の生産性を比較することによって算定した伸び率をいいます。
  - (ロ) 生産性の算定対象となる事業所において、生産性の伸び率の算定期間（支給申請を行う年度の直近の会計年度から3年度前の期間）に雇用する雇用保険被保険者（短期雇用特例被保険者及び日雇労働被保険者を除く。）を事業主都合で解雇（退職勧奨を含む。）していないこと。  
生産性要件を満たした場合の額の適用を希望する場合は、生産性要件シート（共通要領 様式第2号）及び算定の根拠となる証拠書類（損益計算書、総勘定元帳など）も併せて添付してください。
- (4) 「4 振込先」について  
法人の場合の口座名義は、法人名義のものを指定してください。口座は全国銀行協会に加盟する金融機関口座を指定してください。
- (5) 「事業所担当者、提出代行者等」の「事業所担当者」欄は、社会保険労務士等が代行する場合でも必ず記入してください。
- (6) 提出代行者、事務代理者又は代理人が提出する場合、「提出代行者・事務代理者・代理人」欄に記入・押印等をしてください。  
・代理人が提出する場合、上記1の〔5欄〕に押印は不要です。

## 2 提出上の注意

- (1) 支給申請書は、対象労働者に対して転換後6か月分（通常勤務をした日数が11日未満の月は除く。）の賃金を支給した日の翌日から起算して2か月前の日までに、事業主の主たる事務所又は無期雇用転換制度を実施する事業所の所在する都道府県を業務担当区域とする支部高齢・障害者業務課（東京、大阪においては高齢・障害者窓口サービス課）（以下「支部高齢・障害者業務課等」という。）に提出してください。
- (2) 支給申請書を提出する場合、次の書類を添付してください。
  - ア 無期雇用転換計画提出日から支給申請日の前日までの期間における定年及び継続雇用制度が確認できる労働協約（写）又は労働基準監督署に届け出た就業規則（写）（65歳までの雇用確保措置を基準該当者を対象とする継続雇用制度（改正高齢法に規定する経過措置に基づくものに限る）により講じている期間がある場合は、当該期間において有効な当該基準を定めた全ての労使協定書（写）を含む。）
  - イ 無期転換制度が確認できる労働協約（写）又は労働基準監督署に届け出た就業規則（写）その他これに準ずるもの
  - ウ 対象労働者の転換前及び転換後の労働条件通知書等
  - エ 65歳超雇用推進助成金（高齢者無期雇用転換コース）対象労働者雇用状況等申立書
  - オ 対象労働者の賃金台帳（対象労働者について、転換後6か月分（通常勤務をした日数が11日未満の月を除き転換日から6か月経過する日までの賃金に係る分））
  - カ 対象労働者の出勤簿、タイムカード簿等出勤状況が確認できる書類（対象労働者について、転換後6か月分（通常勤務をした日数が11日未満の月を除く。））
  - キ 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写）等、対象労働者の雇用保険の資格取得状況が確認できる書類
  - ク 預金通帳（写）等、助成金の振込先口座の確認ができる書類

## 3 申請に当たっての注意

- (1) 助成金の支給に関して、調査又は報告を求められます。求められた書類等が機構の定める期限までに提示又は提出されない場合には、助成金は支給しません。
- (2) 不正受給を行った事業主は、助成金の返還を求められることがあります。
- (3) 不正受給を行った事業主は、当機構ホームページで公表します。公表の内容は以下のとおりです。  
・事業主の名称、代表者氏名  
・事業所の名称、所在地、概要  
・不正受給の金額、内容  
手段が悪質な場合などは、刑事事件として告発することがあります。
- (4) 機構に提出した無期雇用転換計画書、添付書類の写しなどは、支給決定されたときから5年間保管しなければなりません。
- (5) 助成金の認定・不認定の決定、支給・不支給の決定、支給決定の取消しなどは、行政不服審査法上の不服申し立ての対象とはなりません。
- (6) 社会保険労務士又は社会保険労務士法人でない者が、報酬を得て、社会保険労務士法第2条第1項第1号から第2号までに掲げる業務を業として行った場合、社会保険労務士法第27条に違反となり、処罰される場合があります。