

65歳超雇用推進助成金（高齢者評価制度等雇用管理改善コース）支給申請書

補助助成金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 H-07-

*受理印

雇用管理整備計画の終了日の翌日から起算して6か月後の日の翌日からその2か月後の日までの間の年月日を記入してください。

1 申請事業主

①申請年月日	令和8年12月20日	②主たる事業所の雇用管理整備事業所番号(11桁)	1345-678901-2
③(フリガナ)事業主の名称	カ) ミハマキンゾク 株式会社 美浜金属	④代表者職名・氏名	代表取締役 高 齢 太 郎
⑤(フリガナ)主たる事業所の所在地	トウキョウトミナトクタクセンバ 〒123-4567 東京都港区竹芝1-11-1111	⑥電話番号	03 - **** - ****
⑧産業分類(中分類番号)	24 11~42の選択 4 小売業(飲食店等) 流通業 サービス業 その他の業種	⑨主たる事業の内容	金属製品製造業
⑩資本金又は出資の総額	億 500 万円	⑪常時雇用する労働者数	120 人
⑫認定番号	07-12-H0001	⑬企業規模	☐ 大企業 ☒ 中小企業
⑭計画期間	令和7年11月1日 ~ 令和8年4月30日	⑮支給申請回数等	☒ 初回 ☐ 回目・直近の申請日 ()
⑯他の受給・申請の状況	☐ 高齢者雇用安定助成金、65歳超雇用推進助成金 () ☐ その他 ()		

法人の申請の場合は、登記簿に記載されている役職名を記入してください。個人事業主の場合は代表と記入してください。

法人番号は国税庁から通知される13桁の番号です。個人事業主の場合は記入不要です。

個人、一般社団法人、医療法人、学校法人、協同組合、社会福祉法人等の場合は「0」としてください。

業種分類	中小企業基本法の定義
製造業その他	資本金の額又は出資の総額が3億円以下の会社又は常時使用する従業員の数が300人以下の会社及び個人
卸売業	資本金の額又は出資の総額が1億円以下の会社又は常時使用する従業員の数が100人以下の会社及び個人
小売業	資本金の額又は出資の総額が5千万円以下の会社又は常時使用する従業員の数が50人以下の会社及び個人
サービス業	資本金の額又は出資の総額が5千万円以下の会社又は常時使用する従業員の数が100人以下の会社及び個人

2 申請事業所

①雇用保険適用事業所番号(11桁)	1234-123456-1
②(フリガナ)事業所の名称	カ) ミハマキンゾク チバコウジョウ 株式会社 美浜金属 千葉工場
③事業所責任者職名・氏名	工場長 高 齢 次 郎
④(フリガナ)事業所の所在地	チバケンチバシミハマクワカバ 〒261-0014 千葉県千葉市美浜区若葉3-1
⑤電話番号	043 - **** - ****

主たる事業所で実施した場合は、記入不要です。

3 支給申請額

支給対象経費(評価様式第5号(1))	乗じる割合(プルダウンより選択)	支給申請額(10万円未満は四捨五入)
☒ みなし 500,000 円	中小企業(60%)	= 300,000 円
☐ 実費		

支給対象経費と乗じる割合を入力すると、自動計算されますので記入不要です。

4 振込先

①金融機関名	〇〇銀行	②金融機関コード	0000	③支店名	専任支店	④支店コード	111
⑤預金科目	☒ 普通 ☐ 当座 ☐ その他	⑦(フリガナ)口座名義	カ) ミハマキンゾク 株式会社 美浜金属				
⑥口座番号	1234567						

振込先は、法人の場合は法人名義のものを指定してください。また、個人事業主の場合は事業の用の金融機関口座を指定してください。

フリガナ、口座名義は通帳等に記載されているとおり記入してください

5 問い合わせ担当者、提出代行者等

申請事業主における問い合わせ担当者	職名 総務課長 氏名 高 齢 花 子 電話番号 043 - ** - ****	※処理欄
提出代行者、事務代理人、代理人	☒ 提出代行者 ☐ 事務代理人 ☐ 代理人 ※いずれかを選択 住所 〒279-0014 千葉県浦安市高潮1-2-3 事務所等名称 稲毛社会保険労務士事務所 職名 社会保険労務士 氏名 稲毛 太郎 電話番号 *** - **** - ****	支給決定日 支給決定額 支給決定番号

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。

職名には「社会保険労務士」「弁護士」等を記入してください。

計画書に記入した経費の内容を記入してください。
計画変更により経費の内容を変更している場合は、その内容を記入してください。

最初の支給申請※にあたっては、「みなし」チェックしてください。それ以外は、「実費」にチェックしてください。

「みなし」にチェックした場合は、計欄は「500,000円」と記入してください。
「実費」にチェックした場合は、計欄は実際に要した経費（上限50万円）を記入してください。

「事業主について、最初の支給申請（過去に65歳超雇用推進助成金（高齢者雇用環境整備支援コース）のうち雇用管理制度の整備等又は高齢者雇用安定助成金のうち雇用管理制度の整備等で助成金を受けていない場合に限り）にあたっては、「みなし」に直し、計欄は「500,000円」と記入してください。それ以外は「実費」に直し、計欄は実際に要した経費（上限50万円）を記入してください。

雇用管理整備実施報告書

※複数の措置を実施する場合は、種類毎に別業に記入してください。

事業主の名称	株式会社 美浜金属	計画認定番号	07-12-H0001		
職場等の名称	千葉工場（製造部門）				
実施した措置（プルダウンより選択）		就業規則の施行日 （又は労働協約の締結日） 及び規定条項			
② 労働時間制度（短時間勤務制度、隔日勤務制度など希望に応じた勤務）の導入又は改善		施行日 （締結日）	令和8年2月26日		
		規定条項	36条		
具体的な実施内容、効果等					
短時間勤務制度について社会保険労務士に制度設計を委託し、製造部門の従業員に行ったアンケート調査の結果を踏まえ、60歳以上の従業員を対象とした短時間勤務制度を導入することとし、就業規則を改定した（令和7年2月26日施行）。併せて、ICカード認証による出退勤管理のための機器を導入した（令和7年3月10日導入）。これにより、製造部門において、高齢従業員は勤務時間の選択が可能となり、各人の体力や生活スタイルに合わせた柔軟な働き方が可能となった。引き続き検討中の定年引上げについても、前向きな意見が聞かれるようになった。また、ICカード認証による出退勤管理機器の導入により、選択した勤務時間に応じた出退勤管理が簡易となった。					
対象被保険者					
	氏 名	年齢	雇入れ年月日	就業規則等の適用	制度実施日
1	若葉 花子	62	平成28年4月1日	☒ あり ☐ なし	令和8年4月15日
2				☐ あり ☐ なし	
3				☐ あり ☐ なし	
4				☐ あり ☐ なし	
5				☐ あり ☐ なし	

申告欄	☒ 対象被保険者に上記の記載内容に相違ないことを確認しました。
-----	---

※ 研修制度を実施した場合のみ記載してください

本助成金の申請事業主が実施した場合		左記以外の者が実施した場合 （外部委託等）	
研修講師の 役職・氏名		研修実施 機関	

「研修制度の導入又は改善」の措置について、「高年齢者が意欲と能力を発揮して働けるために必要となる知識を付与するための研修制度」及び「高齢期における職業生活設計のために必要な情報の提供や助言を行う研修制度」のいずれも実施した場合は、両方の研修制度に係る実施内容、効果等について記入してください。

具体的な効果については、措置の導入及び実施により得られた効果について、具体的に記入してください。
「～になると思われる」「～が見込まれる」、「～になっていくと思う」という内容は、得られる効果ではありませんのでご注意ください。

雇用管理整備措置を実施した支給対象被保険者の内容を記入してください。
対象被保険者が6名以上の場合は、2枚目を作成してください。

対象被保険者に雇用管理制度を実施した日を記入してください。
例：健康管理制度の場合は、検診の受診日

雇 用 保 険 適 用 事 業 所 等 一 覧 表

すべての事業所について、雇用保険適用事業所番号及び労働保険番号を記載してください。

事業主名称

事業所が3か所あり、すべての事業所で雇用保険適用事業所番号及び労働保険番号が異なる場合の例

	雇用保険適用事業所番号	事業所名	所在地	当該事業所に常態として 使用される労働者数	労働保険番号
1	1234-567890-1	本社	千葉県千葉市美浜区〇〇1-2-3	90 名	12345678901-234
2	0123-456789-0	千葉事務所	千葉県千葉市稲毛区〇〇4-5-6	20 名	01234567890-123
3	9012-345678-9	札幌事務所	北海道札幌市西区〇〇7-8-9	30 名	90123456789-012
計	(雇用保険適用事業所番号数) 3 個			140 名	(労働保険番号数) 3 個

事業所ごとに、適用される雇用保険適用事業所番号を記入してください。11桁の番号を入力してください(ハイフンは自動で入ります)。

職業の種類を問わず、常態として使用され、賃金を支払われる労働者の数を記入してください。
雇用保険被保険者数ではありませんのでご注意ください。

事業所ごとに、適用される労働保険番号を記入してください。
農林漁業・建設業等の二元適用事業においても、別個に有するすべての労働保険番号を記入してください。

直接入力してください。

事業所が3か所あるが、雇用保険適用事業所番号及び労働保険番号が同一の事業所がある場合の例
この例では、本社と千葉事業所の雇用保険適用事業所番号及び労働保険番号が同一、
札幌事務所のみ雇用保険適用事業所番号及び労働保険番号が異なる

	雇用保険適用事業所番号	事業所名	所在地	当該事業所に常態として 使用される労働者数	労働保険番号
1	1234-567890-1	本社	千葉県千葉市美浜区〇〇1-2-3	90 名	12345678901-234
2	1234-567890-1	千葉事務所	千葉県千葉市稲毛区〇〇4-5-6	20 名	12345678901-234
3	9012-345678-9	札幌事務所	北海道札幌市西区〇〇7-8-9	30 名	90123456789-012
計	(雇用保険適用事業所番号数) 2 個			140 名	(労働保険番号数) 2 個
備考					

事業所ごとに、適用される雇用保険適用事業所番号を記入してください。11桁の番号を入力してください(ハイフンは自動で入ります)。

職業の種類を問わず、常態として使用され、賃金を支払われる労働者の数を記入してください。
雇用保険被保険者数ではありませんのでご注意ください。

事業所ごとに、適用される労働保険番号を記載してください。
農林漁業・建設業等の二元適用事業においても、別個に有するすべての労働保険番号を記入してください。

直接入力してください。

留意事項

- 原則として、当該様式に記載の一の事業所を一の事業場とみなします。
なお、一の事業場という程度の独立性がないため、一括して一の事業場として取り扱う事業所がある場合は評価様式第1号別紙「記載事項補正・補足票」の3欄にその旨ご説明ください。
- 「当該事業所に常態として使用される労働者」とは、職業の種類を問わず、事業所に使用される者で賃金を支払われる者をいいます(雇用保険被保険者の人数ではありません)。
- すべての事業所において雇用保険適用事業所番号及び労働保険番号が1個しかない場合でも提出が必要です。