令和　　　年　　　月　　　日

**第１号様式（３）**

**三重県働き方改革推進奨励金交付申請書**

三重県知事　　宛

次のとおり三重県働き方改革推進奨励金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。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。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象取組 | 【介護休業の取得促進】  ア　５日以上１か月未満　　　イ　１か月以上  （いずれかに〇をつけること） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介 護 休 業 取 得 労 働 者 の 状 況 |  |  | | | |
| 介護休業の対象と  なった家族 |  |  | 続柄 |  |
| 介護休業取得期間① | 日間（　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日）  日間（　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日）  　　　　　　計　　　日間 | | | |
| 介護休業取得期間② | 日間（　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日）  　　　　　　　計　　　日間 | | | |
| 合計日数③（①＋②） | 合計　　　日間 | | | |
| 職場復帰日 | 年　　　　月　　　　日 | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者職・氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | |
| 法人番号 |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 資本金 | 万円 | | | | | 従業員数※１ | | | | 人 | | | | | |
| 問合せ担当者 ※2 |  | | | | | 電話番号※3 | | | |  | | | | | |

※１　正社員のほか、契約社員、パート・アルバイト等を含み、役員を除きます。

※２　本申請に関して問い合わせ対応ができる方を記載してください。

※３　平日の8時30分から１７時15分の間に、確実に連絡が取れる電話番号を記載してください。

**２　郵便物の送付先**

※郵便物の受取りが可能な住所・宛名を記載してください（１と異なる場合のみ）。

|  |  |
| --- | --- |
| 送付先 | 〒 |
| 宛名 |  |

**添付書類**

**(1) 雇用保険適用事業所設置届（事業主控）の写し（登記簿上の本社所在地が県外の場合又は県外の本社で一括して手続きを行っている場合を除き、県内の支店・営業所等の事業所の設置届）**

**(2) 会社案内又は会社概要（ホームページの写し可）**

**(3) 対象となる労働者の介護休業決定通知、介護休業給付金支給決定通知書**

**(4) 対象となる労働者の出勤簿の写し等、本奨励金の支給年度に当該職員が職場復帰したことが確認できる書類**

**(5) 就業規則、育児介護休業規定等の写し**

**(6) 介護保険の被保険者証、医師が交付する証明書類等、介護休業の対象となった家族が要介護状態であることが確認できる書類**

**(7) その他知事が必要と認める書類**

**３　誓約事項（□に✓をしてください）**

**□**申請書及び添付書類の記載事項に虚偽はありません。

□本奨励金申請要項５ページの申請要件をすべて満たしていることを確約します。