令和　　　年　　　月　　　日

**第１号様式（１）**

**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 | 【男女がともに働きやすい職場づくりの推進】ア　離職者の再雇用　　　　　　イ　治療と仕事の両立ウ　正規雇用労働者への転換　　エ　女性の積極採用オ　女性専用施設等の整備（対象取組に〇をつけること　複数ある場合は複数に〇をつける） |

|  |  |
| --- | --- |
| 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) 取組を達成した日付と内容がわかる書類の写し（別表参照）**

**(4) 就業規則、育児介護休業規程等の写し**

**(5) 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。

**《別表》**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取組内容 | 成果目標 | 添付書類 |
| 離職者の再雇用 | 結婚、出産、育児又は介護を理由として離職した労働者を令和６年４月～令和７年３月に再雇用した場合。離職前、再雇用後の雇用形態は問わない。 | ・過去に雇用し、離職したことがわかるもの（離職理由が確認できること）・再雇用契約書の写し |
| 治療と仕事の両立 | 不妊治療をはじめとした治療と仕事の両立を図るための休暇制度があり又は新たに導入し、令和６年４月～令和７年３月に利用実績があった場合。（就業規則等に規定していること） | ・休暇申出書、休暇承認書の写し |
| 正規雇用労働者への転換 | パートタイム労働者等から正規雇用労働者への転換制度があり又は新たに導入し、令和６年４月～令和７年３月に利用実績があった場合（就業規則等に規定していること） | ・過去の雇用形態がわかるもの・雇用契約書の写し　 |
| 女性の積極採用 | 令和６年１月から令和６年１２月までに採用した労働者（正規雇用労働者に限る）のうち女性の割合が対前年比２０％以上上昇した場合。 | ・男女別採用者数のわかる書類の写し・雇用保険加入状況等 |
| 女性専用施設等の整備 | 令和６年４月１日以降に、女性が働きやすい職場環境づくりに資する施設、設備又は備品の新設を実施し、令和７年３月３１日までに完了した場合。なお、実施とは工事においては契約日を、備品の新設においては発注日を指す。 | **（工事の場合）**・契約書の写し（金額、契約期間がわかる箇所）・工事が完了したことを確認できる書類（工事完成報告書など）・工事実施個所の写真及び図面**（備品の場合）**・請求書・納品書の写し・設置した備品の写真 |

令和　　　年　　　月　　　日

**第１号様式（２）**

**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 | 【男性の育児休業の取得促進】ア　７日以上１か月未満　　　イ　１か月以上３か月未満ウ　３か月以上　　（いずれかに〇をつけること） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 男 性 労 働 者 の 状 況 | 　 |  |
| 子の生年月日 | 年　　　月　 　 日 | 子 の 氏 名 |  |
| 育児休業取得期間 | 日間（　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日）日間（　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日）日間（　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日）　　　　　　　　　　　　　　　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) 対象となる男性労働者の育児休業決定通知、育児休業給付金支給決定通知書**

**(4) 対象となる男性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) その他知事が必要と認める書類**

**３　誓約事項**

**□**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。

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。

**第２号様式**

**三重県働き方改革推進奨励金　請求書**

金　　　　　　　　　　　　　　　　円

令和６年度三重県働き方改革推進奨励金として、上記金額を請求します。

令和　　　年　　　月　　　日

法人所在地

法人名

法人の代表者名

三重県知事　　あて

**【振込先口座】**

※振込先の口座は申請者本人名義の口座に限ります。また、法人の場合は当該法人名義の口座に限り

ます。（法人代表者の個人名義の口座へ振込はできません）

※振込先口座の情報がわかる通帳等の写しが必要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関（ゆうちょ銀行以外）の場合 | 金融機関名 |  | 金融機関コード |  |  |  |  |
| 本・支店名 |  | 支店コード |  |  |  |
| 種別 | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（フリガナ） |  |
| ゆうちょ銀行の場合 | 通帳記号 |  |  |  |  |  | 種別 |
| 通帳番号（右詰め） |  |  |  |  |  |  |  |  | 総合 ・ 振替 |
| 口座名義人（フリガナ） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発行責任者 | 氏名 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 連絡先（TEL） |  |