令和　　　年　　　月　　　日

**第１号様式（４）**

**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。

**１　対象取組**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

**２　申請事業者**

|  |  |
| --- | --- |
| 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。また、郵送先を上記と異なる事業所を指定したい場合は、**「４　郵便物の送付先」へ**記入してください。

※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。

**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６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。

**４　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（２と異なる場合のみ）。

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

**添付書類**

・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）

・会社案内または会社概要（ホームページの写し可）

・取組内容と達成した時期がわかる書類の写し（別表参照）

・就業規則の写し

・育児・介護休業規程の写し

・役員名簿（役職名、氏名（漢字とフリガナ）、生年月日、性別を記入したもの。）

・通帳の写し等（請求書に記載した口座情報が確認できる部分）

《別表》

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 取組内容 | 成果目標 | 添付書類 |
| ア　５日以上１か月未満 | 労働者が合計５日以上１か月未満(勤務を要しない日を除く)の連続した介護休業（介護休暇を含む）を取得し、令和７年４月から令和８年３月の間に復帰した。 | ・介護休業取扱通知書・介護休業給付金支給決定通知書・対象者の出勤簿の写し（復帰日が確認できること）・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 |
| イ　１か月以上 | 労働者が１か月（介護休業の開始日から起算して１か月後の応当日の前日まで。勤務を要しない日を含む。）以上連続した介護休業を取得し、令和７年４月から令和８年３月の間に復帰した。（分割取得した場合はその合計が３０日以上であれば可。介護休暇を含む。） |