

## 65歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース) 提出書類チェックリスト【無期雇用転換計画書】

受付番号:	※機構で記入	事業主名: <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>
-------	--------	--

※申請に当たっては、下記の内容に準じてA4用紙で番号順に揃えた上で、本チェックリストの提出書類欄に必要事項を記入し、右端の事業主欄にシ点でチェックを入れてください。

また、チェックした原本(正)1部とそのコピー1部(①⑥⑦は2部)と併せて計2部(①⑥⑦は計3部)を提出してください。

※以下の①～⑩の順に揃えた上で提出してください。

※  網掛け部分は該当する場合に提出

提出書類			事業主	機構
① 無期雇用転換計画書(無期様式第1号)	原本1部	無期様式第1号(1)(2)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	写し2部		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 登記事項証明書(写)等	写し2部	登記事項証明書(履歴事項全部証明書(写)) 法人格がない団体の場合は定款 個人事業主の場合は、所得税申告書(写)又は開業届等(写) ※登記事項証明書は計画申請日より前3か月以内に発行されたのもの	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 定年及び継続雇用制度が確認できる労働協約又は労働基準監督署に届け出た就業規則等(写)	写し2部	無期雇用転換計画書提出日の前日における全ての労働協約又は就業規則(写)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
労使協定書(写)	写し2部	65歳までの確保措置を、基準該当者を対象とする継続雇用制度により講じている期間がある場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 無期雇用転換制度が確認できる規程(写)	写し2部	無期雇用転換計画書提出日の前日における労働協約(写)、就業規則(写) (手引き23頁④参照) ③の就業規則等で規定している場合、改めての提出不要	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	当該制度を社内規程等で規定している場合	写し2部	社内での周知が確認できる通知文書(写)	<input type="checkbox"/>
⑤ 雇用保険適用事業所設置届事業主控(写)	写し2部	雇用保険適用事業所設置届事業主控(写)又は雇用保険事業主事業所各種変更届事業主控(写)のうち 最新のもの	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 雇用保険適用事業所一覧表(補助様式2)	原本1部 写し2部	複数の雇用保険適用事業所又は労働保険番号を有する場合に提出 (事業所が複数の都道府県にまたがる場合も含む)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 「支給要件確認申立書」(65歳超雇用推進助成金)共通要領 様式第1号	原本1部 写し2部	共通要領 様式第1号(R3.4.1改正)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑧ 高年齢者雇用管理に関する措置を確認する書類	写し2部	無期様式第1号(2)に記載した措置内容が確認できる書類(手引き10頁参照)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ その他記載事項を確認する書類	—	必要に応じて提出を求めたもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑩ 委任状(原本)	原本1部	代理人による申請を行う場合提出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

令和3年6月3日

えがお社労士オフィス

油原 信 様

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
東京支部 高齢・障害者窓口サービス課  
北村 光生

〒130-0022

東京都墨田区江東橋2-19-12

墨田公共職業安定所5階

TEL 03-5638-2284

FAX 03-5638-2282

「65歳超雇用推進助成金（高年齢者無期雇用転換コース）」  
受理に関する書類の送付について

拝啓 貴社ますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当支部の業務に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

65歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース)無期雇用転換計画書  
を受理いたしました。 事業主様の控を、送付いたします。

ご査収くださいますようお願いいたします。

※申請日 令和3年5月31日 受付番号 XXXXXXXXXX

提出された書類の内容を当機構本部で審査します。今後、照会等で問い合わせ  
をさせていただくことが有るかと思しますので何卒宜しく願います。

以上



65 歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース)無期雇用転換計画書



65 歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース)の計画の認定を受けたいので、  
表面留意事項を承諾のうえ関係書類を添付し計画申請します。

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 U-03-0015

1 申請事業主

①提出年月日	令和3年5月31日	②主たる事務所の雇用 保険適用事業所番号		③雇用保険適用 事業番号数	1個
④事業主の 名称	〒 [ ]	⑤代表者 職名・氏名	[ ]		
⑥主たる事務 所の所在地	〒 [ ]	電話番号	[ ]		
⑦資本金の額 又は出資の 総額	[ ]万円	⑧常時雇用す る労働者数	3人	⑨主たる事業 の内容	[ ]
⑩産業分類 (中分類番号)	8 5 (1~4 から選択) 4	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・(令和) 3年 5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本助成金の 計画申請回 数	1回	⑭他の助成金等の 受給(申請)の有無	有 (無)	⑮(イ)で有的場合、 助成金等の名称	<input type="checkbox"/> キャリアアップ助成金(正社員化コース、障害者正社員化コース) <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・無期併用) <input type="checkbox"/> その他( )

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	〒 [ ]	②雇用保険適用 事業所番号	[ ]
③事業所の所 在地	〒 [ ]	電話番号	[ ]
		④事業所責任者 職名・氏名	[ ]

3 無期雇用転換計画

①無期雇用転換 計画期間	令和 3年 8月 1日	~	令和 8年 7月 31日
②転換制度規程	(名 称) 1. 労働協約 2. 就業規則 3. その他( )	(周知方法) 1. 掲示 2. 配付 3. インtranet 4. その他( )	
	(導入した規則名及び条項) 就業規則 第11条の2		
	(施行日) 昭和・平成・(令和) 3年 5月 1日	(実施時期) 毎月1日	
	(届出日) 昭和・平成・(令和) 3年 5月 28日	③転換予定人数	2人

事業所担当者、提出代行者等

事業所担当者	職名 [ ] 氏名 [ ] 電話番号 [ ]
提出代行者	(提出代行者) 事務代理人・代理人 ※いずれかを選択
事務代理人	住所 〒176-0013 東京都練馬区豊玉中 2-3-16
代理人	職名 社会保険労務士 氏名 油原 信 電話番号 090 - 7820 - 6280

※処理欄	
計画認定日	令和 年 月 日
計画認定番号	

無期様式第1号(2)

4 高年齢者の雇用管理に関する措置内容

(1) 高年齢者雇用等推進者の選任

氏名	████████	役職	████████	配置日	令和 3 年 5 月 1 日
----	----------	----	----------	-----	----------------

(2) 雇用管理措置

① 高年齢者の雇用管理に関する措置内容について、実施した措置の内容及び実施方法に○を記入してください。(複数選択可)

	措置の内容	実施方法	
		単発	規則等
	a 職業能力の開発及び向上のための教育訓練の実施等		
	b 作業施設・方法等の改善		-
○	c 健康管理、安全衛生の配慮		○
	d 職域の拡大		
	e 知識、経験等を活用できる配置、処遇の推進		
	f 賃金体系の見直し	-	
	g 勤務時間制度の弾力化	-	

規則等による実施の場合は以下に具体的な規則名と規定している条文番号を記入してください。社内規程による実施の場合は規程そのものを添付し、以下に周知方法を記載してください。

社内規程を掲示し、周知した。

② 導入(実施)時期

令和 3 年 5 月 1 日

③ 具体的な内容

高年齢者雇用管理に関する措置(内規)を定め、高年齢者への健康管理・安全衛生の配慮として以下の措置を行う事とする。

- (1) 年1回の健康診断の結果を参考に、高年齢者雇用推進者は各人ごとに健康上の問題点(持病など)を把握し、長時間労働などで健康を害することの無いよう高年齢者に働きかける。
- (2) 月1回の社内全体ミーティングを開催し、高年齢者の就労環境上問題点があれば、高年齢者雇用推進者に問題点を報告し、問題を解決していく体制を整える。
- (3) 高年齢者が希望した場合に、歯周疾患検診および骨粗鬆症検診を会社全額費用負担により行う制度を導入する。

④ 55歳以上の措置対象者(単発で実施した場合のみ記入してください)

※名簿等による資料の提出でも可

対象者氏名	年齢	対象者氏名	年齢	対象者氏名	年齢

※必ず支給申請の手引きに記載されている確認資料を併せて提出してください。

履歷事項全部證明書

Blank area for resume items and proof.



# 就業規則（変更）届

令和 3 年 5 月 28 日

池袋

労働基準監督署長 殿



今回、別添のとおり当社の就業規則を制定・変更いたしましたので、  
意見書を添えて提出します。

## 主な変更事項

条文	改正前	改正後
第47条	なし	健康づくり制度

労働保険番号	都道府県	所轄	管轄	基幹番号	枝番号	被一括事業番号
ふりがな 事業場名						
所在地						
使用者職氏名						
業種・労働者数						

〔 前回届出から名称変更があれば旧名称  
また、住所変更もあれば旧住所を記入。 〕



# 就業規則



事業所名  
所在地

事業所名  
所在地



**第7条（試用期間）**

1. 新たに採用した者については採用の日から2ヶ月間の試用期間を設ける。ただし、会社が適当と認めるときは試用期間を設けないことや、会社が必要と認めるときは試用期間を延長することがある。
2. 試用期間中または試用期間満了の際、引き続き社員として勤務させることが不適當であると認められる者については、本採用は行なわない。
3. 試用期間は勤続年数に通算する。

**第8条（雇用期間）**

1. この規則における正社員の雇用期間は、定年退職までは無期雇用とする。
2. この規則における契約社員およびパート社員の雇用期間は、1年を超えない範囲で契約するものとし、原則毎年4月1日から1年間（年の途中で採用された場合は、その日の属する年度の末日まで）とする。
3. 前項の契約期間において、良好な成績で勤務したときは、引き続き1年を超えない範囲で雇用することとし、以下同様とする。

**第3章 異 動****第9条（異 動）**

1. 会社は社員に対し業務上必要がある場合は、就業場所もしくは従事する職務の変更または応援勤務を命ずることがある。
2. 社員は、正当な理由なく前項の人事異動を拒むことはできない。

**第10条（正規雇用への転換）**

1. 勤続6ヶ月以上の契約社員およびパート社員で、本人が希望する場合は、随時、正規雇用へ転換させることがある。
2. 転換させる場合の要件及び基準は次のとおりとする。
  - ① 正社員と同様の勤務時間・日数が可能な者
  - ② 所属長の推薦があり、責任者による面接試験の評価で合格した者

**第11条（無期雇用への転換）**

1. 勤続6か月以上の契約社員およびパート社員で、本人が希望する場合は、随時、無期雇用社員へ転換させることがある。
2. 転換させる場合の要件及び基準は、次のとおりとする。
  - ① 所属長の推薦があり、責任者による面接試験の評価で合格した者

**第11条の2（50歳以上高齢者の無期雇用への転換）**

1. 平成25年4月1日以降に締結された契約に係る期間が通算5年以内かつ勤続6か月以上で満50歳以上の有期契約社員で、本人が希望する場合は、無期雇用へ転換させることがある。
2. 転換時期は、毎月1日とする。
3. 所属長の推薦のある者に対し、面接および筆記試験を実施し、合格した者について転換させることとする。
4. 無期雇用転換後の定年年齢及び継続雇用年齢は、本則第41条1項のとおりとする。

**第4章 就業時間、休憩時間、休日、休暇および休職**

1.事業所番号

2.管轄区分

--	--

13. 備 考	事業主氏名 (代理人)	
	事業所印影	事業主(代理人)印影
	登 録 印	

# 雇用保険適用事業所等一覧表

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 理事長 殿

事業主

名称

代表者

職名・氏名

雇用保険適用事業所番号	事業所名	所在地	単時雇用する労働者数	労働保険番号	番号
1	主たる事業所の適用事業所番号		2		
2			1		
3				-	
4				-	
5				-	
6				-	
7				-	
8				-	
9				-	
10				-	
計	(雇用保険適用事業所番号数) 1個		3名	(労働保険番号数)	2個

備考

(注)雇用保険適用事業所又は労働保険番号を複数有する場合は、すべての事業所についてご提出ください。  
事業所が複数の都道府県にまたがる場合も、すべての事業所について記入してください。

「常時雇用する労働者」とは、2か月を超えて雇用される者であり、かつ、週当たりの所定労働時間が、通常の労働者と概ね同等である者をいいます(雇用保険被保険者の人数ではありません。)



支給要件確認申立書 (65歳超雇用推進助成金)

事業主記載事項		※1 確認欄
1 法人名： <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>	法人番号： <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>	年 月 日確認
2 事業所名称： <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>		確認者 <u>                    </u>
3 雇用保険適用事業所番号： <span style="background-color: black; color: black;">XXXXXXXXXX</span>		
<p>○ 以下の4から15までの事業活動等に係る状況について、「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでください。後述の「記載にあたっての留意点」の内容を了解した上でご回答下さい。</p> <p>・ 4から15までについて <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">はい</span> ・ いいえ</p> <p>・ 「いいえ」がある場合の該当番号 <u>                    </u></p>		
4 平成31年3月31日以前に申請した雇用関係助成金について不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがない、又は受けたことがあるが、当該不支給決定日又は支給決定取消日から3年を経過している。		<input type="checkbox"/>
5 平成31年4月1日以降に申請した雇用関係助成金について不正受給による不支給決定又は支給決定の取り消しを受けたことがない、又は受けたことがあるが、当該不支給決定日又は支給決定取消日から5年を経過している。		<input type="checkbox"/>
6 平成31年4月1日以降に申請した雇用関係助成金について不正受給に関与した役員等がない。		<input type="checkbox"/>
7 支給申請日の属する年度の前年度より前のいずれかの保険年度における労働保険料の滞納がない。		<input type="checkbox"/>
8 支給申請日の前日から起算して過去1年において、労働関係法令違反により送検処分を受けていない。		<input type="checkbox"/>
9 風俗営業等関係事業主でない。		<input type="checkbox"/>
10① 事業主若しくは事業主団体（以下「事業主等」という。）又は事業主等の役員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。）第2条第2号に規定する暴力団又は第2条第6号に規定する暴力団員でない。		<input type="checkbox"/>
② 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしていない。		<input type="checkbox"/>
③ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給せず、又は便宜を供与しないなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力をせず、若しくは関与していない。		<input type="checkbox"/>
④ 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしていない。		<input type="checkbox"/>
⑤ 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有していない。		<input type="checkbox"/>
11 事業主等又は事業主等の役員等が、破壊活動防止法第4条に規定する暴力主義的破壊活動を行っていない又は行う恐れがある団体等に属していない。		<input type="checkbox"/>
12 倒産していない。		<input type="checkbox"/>
13 雇用関係助成金について不正受給を理由に支給決定を取り消された場合、機構が事業主名等を公表することに承諾する。		<input type="checkbox"/>
14 役員等の氏名、役職及び生年月日が記載されている別紙「役員等一覧」又は同内容の記載がある書類を添付している。		<input type="checkbox"/>
15 「雇用関係助成金支給要領」に従うことに承諾する。		<input type="checkbox"/>

➡ 裏面にも記載事項があります。

## 高年齢者雇用管理に関する措置（内規）

### 第1条（総則）

この内規は、（以下「会社」という）の55歳以上の社員について、高年齢者雇用管理に関する措置について定めたものである。

### 第2条（目的）

高年齢者が意欲と能力がある限り年齢に関わりなくいきいきと働ける社会を構築していくために、高年齢者の活用促進のための雇用環境整備を行うことを目的とする。

### 第3条（適用範囲）

この内規は、正社員、契約社員、パート社員を含む55歳以上の全社員に適用する。

### 第4条（健康管理・安全衛生の配慮）

高年齢者への健康管理・安全衛生の配慮として以下の措置を行う事とする。

- （1）年1回の健康診断の結果を参考に、高年齢者雇用推進者は各人ごとに健康上の問題点（持病など）を把握し、長時間労働などで健康を害することの無いよう高年齢者に働きかける。
- （2）月1回の社内全体ミーティングを開催し、高年齢者の就労環境上問題点があれば、高年齢者雇用推進者に問題点を報告し、問題を解決していく体制を整える。
- （3）高年齢者が希望した場合に、歯周疾患検診および骨粗鬆症検診を会社全額費用負担により行う制度を導入する。

### 第5条（内規の改定）

高年齢者の職場での健康管理・安全衛生に関する問題が職場で発生した際には、都度措置の見直しを行い内規の改定を行うこととする。

### 付則

この規程は、令和3年5月1日より施行する。