

## 65歳超雇用推進助成金(高齢者無期雇用転換コース) 提出書類チェックリスト【支給申請】

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(①②⑩⑭は2部)を併せて計2部(①②⑩⑭は計3部)を提出してください。

※以下の①～⑭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 支給申請書(無期様式第7号)	原本1部 写し2部	無期様式第7号 ※高齢者雇用安定助成金(高齢者無期雇用転換コース)による支給申請の場合は、様式19号	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
② 対象労働者雇用状況等申立書(無期様式第8号)	原本1部 写し2部	無期様式第8号 ※高齢者雇用安定助成金(高齢者無期雇用転換コース)による支給申請の場合は、様式20号	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
③ 対象労働者の転換前及び転換後の労働条件通知書(写)	写し2部	【平成30年度以降 計画認定分】 平成25年4月1日以降の最初の有期労働契約に係るものと、転換後の無期雇用契約書等(65歳以上までの雇用の見込みが確認できるもの) 【平成29年度 計画認定及び高齢者雇用安定助成金に係る支給申請分】 転換日より前の有期労働契約書(6か月以上の雇用期間が確認できるもの)と、転換後の無期雇用契約書等(65歳以上までの雇用の見込みが確認できるもの)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
④ 対象労働者の賃金台帳等(写)	写し2部	転換日後6か月分(勤務した日数が11日未満の月は含めない)の賃金の支払いが確認できる書類	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑤ 対象労働者の出勤簿又はタイムカード等出勤状況が確認できる書類(写)	写し2部	④の賃金台帳等の算定期間に対応する6か月分の出勤簿等(写)	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑥ 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書(写)又は事業所別被保険者台帳(写)	写し2部	対象労働者 / 人分	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑦ 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の提出日(支給申請2回目以降は前回支給申請日)から支給申請日の前日までの期間における、無期雇用転換制度が確認できる規程 ※⑧の労働協約又は就業規則等により規定している場合は、該当条文が分かるように印をつけて提出	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑧ 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(支給申請2回目以降は前回支給申請日)から起算して1年前の日【平成 年 月 日】から支給申請日前日までの期間における労働協約又は就業規則(写)	<input 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"/>
生産性要件算定シート(共通要領様式第2号) 【生産性要件を満たした場合の支給額の適用を希望した場合】 参照 URL ⑨ <a href="https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137393.html">https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137393.html</a>  ※高齢者雇用安定助成金(高齢者無期転換雇用転換)による支給申請の場合は、該当しません。	原本2部     写し2部	共通要領様式第2号(2019.4) (2019.10 ※)  各勘定科目の証拠書類(写) (支給申請日の直近の会計年度及びその3年度前の損益計算書、総勘定元帳等の財務諸表) ・損益計算書等の決算書類と算定シートに記載した金額が異なる場合は、当該金額の差額がわかる疎明資料、給与明細などを添付してください ・企業会計基準を用いていない法人は様式が異なりますのでご注意ください(※企業会計基準を用いている社会福祉法人等の場合は、2019.10 制定の様式を利用ください) ・決算書類の作成が雇用保険適用事業所単位でなく、企業単位である場合など、複数の雇用保険適用事業所を合算している場合は、その事業所名と事業所番号を記した任意の書面の提出が必要です	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
⑩ 雇用保険適用事業所等一覧表(補助様式2)	原本1部 写し2部	生産性の算定対象となる財務諸表の作成単位の中に複数の事業所がある場合	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

⑪ 預金通帳等(写)	写し2部	事業所等名義の振込先口座(主に事業の用に供する口座)で、無期様式第7号の4欄に記載した振込先情報が確認できるもの	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑫ その他記載事項を確認する書類	写し2部	必要に応じて提出を求めたもの	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬ 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"/>
⑭ 「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	計画申請以降に申立内容や役員等に変更が生じた場合提出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース) 支給申請書

\*受理印

65歳超雇用推進助成金(高年齢者無期雇用転換コース)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

1 申請事業主

※支給申請日の前日における状況を、記入して下さい。

Application form for 1. Applicant, containing fields for application date, business name, capital, employees, and insurance details.

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。

Application form for 2. Application Business Location, including fields for business name, location, and insurance details.

3 支給申請額

Application form for 3. Amount of Disbursement, including fields for amount, number of employees, and production requirements.

※上記④(ロ)を選択できるのは左記③で生産性要件を「満たした」場合のみ

4 振込先

Application form for 4. Remittance Information, including fields for financial institution, account type, and branch details.






事業所担当者、提出代行者等

Application form for business location staff and representatives, including fields for name, address, and contact information.

Application form for processing date and amount, including fields for decision date and amount.

無期様式第 8 号

65 歳超雇用推進助成金（高年齢者無期雇用転換コース）対象労働者雇用状況等申立書

1	対象労働者雇用事業所の名称 (  )
2	雇用保険適用事業所番号 (  )
3	対象労働者に係る状況 ① 氏名 (  ) ② 生年月日・年齢 (昭和  ・ 転換日時点の年齢：55 歳) ③ 雇用保険被保険者番号 (  ) ④ 雇入れ年月日 (平成 30 年 10 月 9 日) ⑤ 転換日 (令和 3 年 8 月 1 日) ⑥ 転換後 6 か月分 (通常勤務した日数が 11 日未満の月は除く) の賃金を支給した最終日 (令和 4 年 2 月 10 日) ⑦ 転換前及び転換後において派遣労働者であったかどうか (1 派遣労働者である ・ ② 派遣労働者でない) ⑧ 労働契約法第 18 条有期労働契約の期間の定めのない労働契約への転換に基づき、労働者からの申込により 無期雇用労働者 (正規雇用労働者を含む。以下同じ。) に転換した者に該当するか (1 該当する ・ ② 該当しない) ⑨ 無期雇用労働者として雇用することをあらかじめ約していたかどうか (1 約していた ・ ② 約していなかった) ⑩ 過去 3 年以内に、当事業主に無期雇用労働者として雇用されていたかどうか (1 雇用されていた ・ ② 雇用されていない)
	対象労働者が離職している場合 ⑪ 離職年月日 ( 年 月 日) ⑫ 喪失原因 (離職理由) (1 離職以外の理由 ・ 2 3 以外の理由 ・ 3 事業主の都合による離職)
4	対象労働者の労働条件等 ① 定年制度 (1 定年年齢 <u>60</u> 歳 ・ 2 定年制を適用しない ・ 3 定年制なし) ② ① で 1 の場合、定年後の継続雇用の予定 (① <u>65</u> 歳まで ・ 2 ない) ③ ① で 2 の場合、65 歳以上まで雇用する見込み (1 ある ・ 2 ない)
5	対象労働者の確認 上記の内容について間違いのないことを対象労働者に確認しましたか。 <input checked="" type="checkbox"/> はい


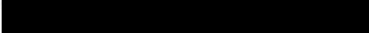
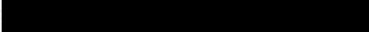
上記の記載事項については、いずれも相違ありません。

また、上記対象労働者の雇用状況の確認を機構が行う場合には協力します。

令和 4 年 2 月 17 日

※申請者が代理人の場合、右上欄に代理人の記載を、右下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名を記載してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第 16 条 2 項に規定する提出代行者又は同規則第 16 条の 3 に規定する事務代理者の場合、右上欄に事業主の記載を、右下欄に申請者の記載をしてください。

事業主	(所在地)	
又は	(名称)	
代理人	(氏名)	
事業主	(所在地)	東京都練馬区豊玉中 2-3-16
又は	(名称)	えがお社労士オフィス
社会保険労務士	(氏名)	油原 信

提出代行者・事務代理者の表示

記入上の注意

- 3②欄：転換日における年齢を記入してください。
- 3①欄・⑫欄：対象労働者が支給申請日の前日に離職している場合は、「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」に記載の「離職年月日」及び「喪失原因」を転記してください。平成 30 年 4 月 1 日以降に無期雇用転換計画書を提出した事業主にあつては、当該欄に記載がある場合、対象労働者となりません。
- 5 欄：すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないことを確認するために、事業主等から対象労働者本人へ確認をした場合は口はいに、チェック (  ) をしてください。

# 労働条件通知書

平成30年10月9日

Blank area for the labor conditions notice content.



貸金台帳

2021年9月 ~ 2022年2月

支給年月 2022年2月

氏名

パターン 勤怠A

## タイムカード

2022/02/14

日付	出勤時間	時間内退	時間内入	退出時間	メモ	就労時間	所定時間	残業	深夜残業	休日	休日残業	休日深夜	早退遅刻	有給時間	有給	欠勤
1月1日(土)																
1月2日(日)																
1月3日(月)																
1月4日(火)																
1月5日(水)																
1月6日(木)																
1月7日(金)																
1月8日(土)																
1月9日(日)																
1月10日(月)																
1月11日(火)																
1月12日(水)																
1月13日(木)																
1月14日(金)																
1月15日(土)																
1月16日(日)																
1月17日(月)																
1月18日(火)																
1月19日(水)																
1月20日(木)																
1月21日(金)																
1月22日(土)																
1月23日(日)																
1月24日(月)																
1月25日(火)																
1月26日(水)																
1月27日(木)																
1月28日(金)																
1月29日(土)																
1月30日(日)																
1月31日(月)																
勤務日数	19															
	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0:00	0



<キリトリ>

# 雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（事業主通知用）

認（受理）通知年月日 雇用保険被保険者資格取得届に基づき、下記のとおり確認（通知）します。



[Empty rectangular box for content]

# 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 届

令和 3 年 5 月 11 日

池袋 労働基準監督署長 殿

今回、別添のとおり当事業場の就業規則を 変更 いたしましたので、意見書を添えて提出いたします。

フリガナ		
事業場名		
使用者		職名
		氏名
事業場所在地		
電話番号		
業種		
労働者数		
労働保険番号		
		<small>府県      所掌      管轄      基幹番号      枝番号      被一括事業場番号</small>

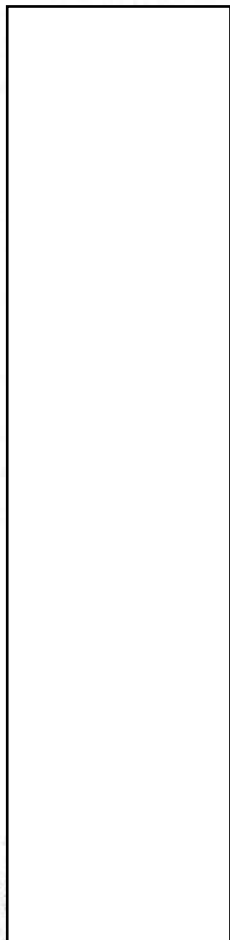
本社一括届  否     本社一括届

就業規則ファイル  1 HTML タグ設定有り     2 HTML タグ設定無し     3 テキスト  
 4 Word     5 一太郎     6 PDF

受 付

令和 3 年 5 月 11 日

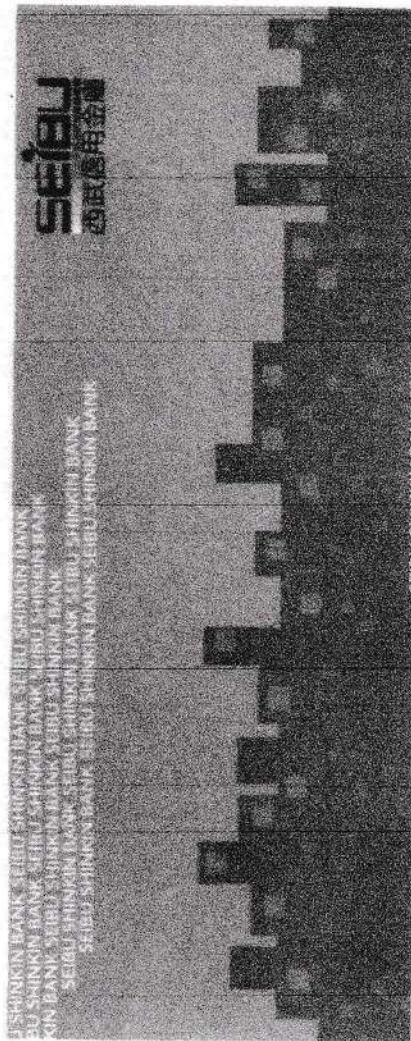
池袋労働基準監督署



西武信用金庫



# 普通預金 通帳



SHINKIN BANK SEIBU SHINKIN BANK SEIBU SHINKIN BANK  
SEIBU SHINKIN BANK SEIBU SHINKIN BANK SEIBU SHINKIN BANK  
SEIBU SHINKIN BANK SEIBU SHINKIN BANK SEIBU SHINKIN BANK  
SEIBU SHINKIN BANK SEIBU SHINKIN BANK SEIBU SHINKIN BANK

SEIBU  
西武信用金庫

自動振替付一社又一書