

代表印の捺印を押してください

# 緊急雇用安定助成金 支給申請書

事業所管轄 労働局長 殿

令和  年  月  日

緊急雇用安定助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。  
 今回の申請書一式の記載内容について偽りのないことを誓約し、労働局・安定所が確認のため問い合わせた場合は協力します。

1 申請する 事業主	会社などの名称	<input type="text"/>			代表印を押印してください
	代表者役職・氏名	<input type="text"/>			(記名押印又は署名) 代表印
	住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>			
	※代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代行者）の方は、裏面に記入欄があります。				
	申請担当者 氏名	<input type="text"/>	連絡の取れる電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
2 休業した 事業所	店舗などの名称	<input type="text"/>			
	住所 〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>	電話番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
	雇用保険適用事業所番号	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>			
	(ない場合には) 労働保険番号	<input type="text"/>			
3 振込先 口座  ※初回の申請 及び変更が あった場合	金融機関名	<input type="text"/>	金融機関コード（4桁）	<input type="text"/>	
	支店名	<input type="text"/>	支店コード（3桁）	<input type="text"/>	
	口座名義	助成金の振込口座をご記入ください			
	フリガナ	<input type="text"/>			
	口座の種類	<input type="text"/>	口座番号	<input type="text"/>	

4 (経済上の理由に該当するかについて教えてください。) ※初回の申請のみ

経済上の理由	新型コロナウイルス感染症の影響により、売上げ・生産量などが5%以上減少しましたか。	( <input type="text"/> )
--------	---	--------------------------

5 (「休業実績一覧表」から、以下のことを確認してください。)

休業の規模	今回の支給申請する1か月間（判定基礎期間）において、従業員2人あたり1日以上休業しましたか。	( <input type="text"/> )
助成額の計算	支給申請する1か月間 (判定基礎期間) 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ~ 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
	a. 休業手当額 × 助成率	
	$\text{休業手当の合計額} \text{ 円} \times \text{助成率} \% = \text{a. } \text{円}$ <small>「休業実績一覧表」の④欄</small>	<small>別添「助成率確認票」で確認した助成率を記入してください。</small>
	b. 上限日額 × 休業延べ日数	
	$8,330 \text{ (上限日額) 円} \times \text{休業延べ日数} \text{ 日} = \text{b. } \text{円}$ <small>「休業実績一覧表」の⑥欄</small>	
	a か b のいずれか低い額を右の欄に記入 →	助成予定額 <input type="text"/> 円

以下は、労働局・ハローワークのための欄なので、記入不要です。

※労働局 処理欄	●助成金支給番号	<input type="text"/>	●支給決定年月日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
	労働局 決裁欄	(局長) (部長・ ) (課長・ ) (補佐・ ) (係長・ ) ( )				
※安定所 処理欄	区分	[A]判定基礎期間 助成対象休業延日数	[B]判定基礎期間 暦月末日対象労働者数	[C] [A]÷[B]	[D]前判定基礎 期間後残日数	[E]残日数
	休業助成金	人・日	人	日	日	日
	[F]支給判定金額	(休業)				円
	中印部	(所長) (部長・次長) (課長・統括) (上司・係長) (職業指導官) (担当)				

代表印の捺印を押してください

# 休業実績一覧表

代表印

支給申請する1か月間  
(判定基礎期間)

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

従業員の数 人

休業手当支払い率

%

この事業所で従業員の方が1日あたりに働く労働時間は、主に

⑤ 時間 日  
(小数点以下切り上げ)

③の合計時間数を上の時間数で割ると、

⑥ (②+⑤)  
休業延べ日数

日

休業対象労働者		②	③	④
①氏名		1日休業した日数 (日)	1日のうち一部 休業した時間数 (時間)	判定基礎期間の 休業手当の額 (円)
【合計欄】 記入した全員分の合計を右に記入してください →				
1	対象労働者の情報(氏名)を記入			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

代表印を押印してください

事業主及び労働者代表は、この一覧表に記入した休業に関する内容（休業期間、日数・時間数、休業手当支払い率、対象者）が、事前に事業主と労働者代表との間で確約したものであることを確認しました。

代表者名を記名

事業主 氏名 (記名押印又は署名)

労働者の代表者名を記名

労働者代表 氏名 (記名押印又は署名)

代表印

労働者  
個人印

代表印の捺印を押してください

代表印

# 支給要件確認申立書(緊急雇用安定助成金)

事業主記載欄	※労働局確認欄
<p>○ 事業活動等に係る状況(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>1 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。または、取り消しを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。</p> <p>2 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。または、取り消しを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。</p> <p>3 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。</p> <p>4 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ある事業主(緊急対応期間において、当該滞納した労働保険料について、緊急対応期間終了後に納付することに承諾している場合を除く。)でない。</p> <p>5 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る事業主(緊急対応期間において、本助成金を受給した場合には、本来の不支給期間に加えて、「緊急対応期間中に緊急雇用安定助成金を受給した期間」が不支給期間として令和2年7月1日に設定されることを承諾している場合を除く。)でない。</p> <p>6① 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。</p> <p>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。</p> <p>③ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していない。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>7 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た又は行う恐れがある団体等に属していない。</p> <p>8 倒産していない。</p> <p>9 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、労働局が事業主名等を公表することに承諾する。</p> <p>10 役員等の氏名、役職、性別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ない事業主(個人事業主である又は役員等が事業主のみであって、本紙の事業主欄の「性別」欄及び「生年月日」欄に記載している場合を除く。)ではない。</p> <p>11 休業手当の算定の基礎となる賃金の額が支給対象期間のみ引き上げられたものでない。</p> <p>12 雇用関係助成金支給要領に従うことに承諾している。</p> <p>13 (雇用調整助成金等オンライン受付システムにおいて申請した場合)オンラインで提出した書類については、原本と相違ない。</p>	<p>令和 年 月 日</p> <p>確認者</p> <p>事業主記載欄</p> <p>左欄の1~13について ( )</p>

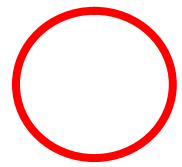
令和 年 月 日 事業所管轄 労働局長 殿  
( 事業所管轄 ) 公共職業安定所経由

1から13までの記載事項については、いずれも相違ありません。また、1から13までの事業活動等又はその他の審査に必要な事項についての確認を労働局(安定所)が行う場合には協力します。  
また、本助成金に関し、偽りその他不正の行為等により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、請求があった場合、直ちに請求金(※)を弁済します。  
※ 請求金は、偽りその他不正の行為による場合は、①不正受給により返還を求められた額、②不正受給の日の翌日から納付の日まで、年3%の割合で算定した延滞金、③不正受給により返還を求められた額の20%に相当する額の合計額です。なお、偽りその他不正の行為以外の事由により本来受けることのできない助成金を受けた場合は、当該受け取った額です。

事業主	住所	電話番号	-	-
	名称	代表印を押印してください		
	(法人番号)			
	氏名	(記名押印又は署名)		
	性別			
	生年月日	年	月	日
代理人又は社会保険労務士(提出代行者・事務代理者の表示)	住所	電話番号	-	-
	名称			
	氏名	(記名押印又は署名)		

※社会保険労務士が事業主の申請を代わって行う場合、上欄に事業主の記名押印又は署名を、下欄に社会保険労務士法施行規則第16条第2項又は同規則第17条第2項の規定により記名押印を印してください。また、代理しが事業主の申請を代わって行う場合、上欄に助成金の主

## 役員等一覧



役員等名 (漢字)	役員等名 (カタカナ)	役職	性別	生年月日
				年 月 日
				年 月 日
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">                     登記簿に記載の役員の情報、生年月日を記入                 </div>				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日
				年 月 日

注1) 「役員等」とは、事業主等が個人である場合はその者、法人である場合は役員、団体である場合は代表者、理事等をいい、役員名簿等に記載がある者をいいます。

注2) 役員等の就任中に氏名の変更等があった場合は、変更前の氏名(旧姓)も併記してください。