

年 月 日

東京都知事殿	郵便番号		—	
事業主の所在地	都道府県		区市町村	
	丁目・番地・号・建物名			
事業主の名称				
代表者役職		代表者氏名		

印

東京都若者世代職場定着促進助成金
事業実施計画書兼交付申請書

東京都若者世代職場定着促進助成金（以下「助成金」という。）について、助成金交付要綱第8条に基づき、下記のとおり申請します。

記

- 1 事業実施予定期間（支援期間）
から まで
- 2 事業実施計画

(1)対象労働者数 ☐ 1人 ☐ 2人 ☐ 3人以上

(2)退職金制度整備加算申請

☐ 新たに退職金制度を整備 ☐ 新たに中退共制度へ加入

(3)結婚・育児支援制度整備加算申請

☐ 結婚・育児支援制度を整備

(4)賃上げ加算申請

賃上げを実施 ☐ 1人 ☐ 2人 ☐ 3人以上

3 助成金交付申請額

金 円

4 助成金交付申請額内訳

			交付申請額
対象労働者数	1人	2 0 万円	0 円
	2人	4 0 万円	
	3人以上	6 0 万円	
退職金整備加算		1 0 万円	0 円
結婚・育児支援制度整備加算		1 0 万円	0 円
賃上げ加算	1人	1 2 万円	0 円
	2人	2 4 万円	
	3人以上	3 6 万円	

5 事業主の概要

①雇用保険適用事業所の所在地	⑦東京都の就職支援事業を利用した事業主 対象労働者が採用時に在籍した雇用保険適用事業所の所在地				
	☐ 事業主（本社）の所在地 ☐ 事業主（本社）とは異なる事業所の所在地（下記に住所を記載）				
	郵便番号		-		
	住所	都道府県		区市町村	
		番地・号 建物名			
	④対象労働者が現在在籍している雇用保険適用事業所				
	☐ ②と④が同じ住所) ☐ ②と④の住所が異なる(下記に住所を記載)				
②書類送付先 ※代理人不可	郵便番号		-		
	住所	都道府県		区市町村	
		番地・号 建物名			
	☐ 事業主の所在地				
	☐ ①で記載した所在地(④がある場合は④)				
	☐ その他（下記に送付先を記載）※代理人への書類の送付はできません。				
	③今年度、既に申請した人数 （同一雇用保険適用事業所内）	☐ 0人 ☐ 1人 ☐ 2人		④	常用労働者数
④業種※1			⑥	事業内容	
⑤連絡先 ※代理人不可	所属				氏名
	電話番号（所属）※必須				
	電話番号（携帯）※任意				

※1 日本標準産業分類（大分類）に基づき、アルファベットと業種名を記入してください。

6 雇用保険適用事業所番号

雇用保険適用事業所番号					-								-	
-------------	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--

7 対象労働者ごとの情報
(1)

氏名		採用日（非正規雇用労働者として採用された場合はその採用日）時点の満年齢	歳
雇用区分	☐ 非正規雇用を経ずに、正規雇用労働者として採用	☐ 非正規雇用労働者として採用後、6か月未満の日に正規転換を行った。	
採用日 及び 正規転換日	(正規採用) 年 月 日	(非正規採用)	年 月 日
		(正規転換)	年 月 日

利用した都支援事業	☐ キャリアチェンジ再就職支援事業	☐ ものづくり産業人材確保支援事業	☐ 成長産業人材雇用支援事業
-----------	--	--	---------------------------------------

採用日時点			
所属事務所所在地 (区市町村まで)	東京都	派遣（出向）の有無	☐ 有 ☐ 無
申請日時点			
所属事務所所在地 (区市町村まで)	東京都	派遣（出向）の有無	☐ 有 ☐ 有

(2)

氏名		採用日（非正規雇用労働者として採用された場合はその採用日）時点の満年齢	歳
雇用区分	☐ 非正規雇用を経ずに、正規雇用労働者として採用	☐ 非正規雇用労働者として採用後、6か月未満の日に正規転換を行った。	
採用日 及び 正規転換日	(正規採用) 年 月 日	(非正規採用)	年 月 日
		(正規転換)	年 月 日

利用した都支援事業	☐ キャリアチェンジ再就職支援事業	☐ ものづくり産業人材確保支援事業	☐ 成長産業人材雇用支援事業
-----------	--	--	---------------------------------------

採用日時点			
所属事務所所在地 (区市町村まで)	東京都	派遣（出向）の有無	☐ 有 ☐ 無
申請日時点			
所属事務所所在地 (区市町村まで)	東京都	派遣（出向）の有無	☐ 有 ☐ 有

(3)

氏名		採用日（非正規雇用労働者として採用された場合はその採用日）時点の満年齢	歳
雇用区分	☐ 非正規雇用を経ずに、正規雇用労働者として採用	☐ 非正規雇用労働者として採用後、6か月未満の日に正規転換を行った。	
採用日 及び 正規転換日	(正規採用) 年 月 日	(非正規採用)	年 月 日
		(正規転換)	年 月 日

利用した都支援事業	☐ キャリアチェンジ再就職支援事業	☐ ものづくり産業人材確保支援事業	☐ 成長産業人材雇用支援事業
-----------	--	--	---------------------------------------

採用日時点			
所属事務所所在地 (区市町村まで)	東京都	派遣（出向）の有無	☐ 有 ☐ 無
申請日時点			
所属事務所所在地 (区市町村まで)	東京都	派遣（出向）の有無	☐ 有 ☐ 有

(注意事項)

※ 対象労働者が4人以上いる場合、都への申請に当たっては、3人以内の範囲で労働者を選び、上表に記入してください。

※ **対象労働者が雇用保険被保険者として登録している雇用保険適用事業所での申請となります。**

※ 正規雇用労働者として雇用後1か月以上経過していないと申請できません。

※ 令和6年3月31日以前に採用した労働者は対象となりません。

※ 採用した日から対象労働者の姓が変更になっている場合は、旧姓を記入し、変更履歴が分かる証明書を添付してください。

※ 所在地変更等により、雇用保険適用事業所番号が変更されている場合は変更後の事業所番号を記入してください。