様式第２号－２（第１１、１２、１３条関係）

支給申請書別紙（雇用継続助成金）

| 支給要件確認欄　（該当する事項を〇で囲む） | | |
|---|---|---|
| 1 | 医師の診断・意見等に基づき、難病・がんの発症や再発による治療のため、連続して１０日間以上の期間、途中で離職させることなく、休職した後に復職させた。 | は　い　・　いいえ |
| 2 | 復職にあたって原職に週所定労働時間１０時間以上で復職させた。※ただし、就業継続するために必要な配慮事項の一環として、労働者の同意を得て、異なる職に配置することとなった場合には、異なる職でかまわない。 | は　い　・　いいえ |
| 3 | 医師の診断・意見等を踏まえて必要な配慮事項について話し合いを行い、労働者の同意を得たうえで支援計画を策定した。 | は　い　・　いいえ |
| 4 | 支援計画書に基づき、合理的な範囲内で必要な配慮を行い就業させた。 | は　い　・　いいえ |
| 5 | 支援計画書を策定する際に必要となる医師の診断書・意見書の交付に要する経費その他の本奨励金の申請に要する経費について、本人負担ではなく、事業主の負担である。 | は　い　・　いいえ |
| 6 | 復職日及び支給申請日において、東京都内の事業所に勤務させている。 | はい　・　いいえ |
| 7 | 当該労働者を雇用保険被保険者として適用させている。 | は　い　・　いいえ<br>適用要件を満たさない |
| 8 | 当該労働者を社会保険の被保険者として適用させている。 | は　い　・　いいえ<br>適用要件を満たさない |
| 9 | 一週間の所定労働時間が２０時間以上の労働者として復職させ、就業させている。（９又は１０どちらかが「はい」） | は　い　・　いいえ |
| １０ | 一週間の所定労働時間が１０時間以上２０時間未満の労働者として復職させ、就業させている。（９又は１０どちらかが「はい」） | は　い　・　いいえ |

| 本　人　確　認 | 上記の内容について間違いのないことを確認し、同意しました<br>年　　月　　日<br>（本人署名） |
|---|---|

| 支給対象労働者の職場復帰に併せて新たに導入した制度（制度導入加算申請の場合） |
|---|
| 【就業に関する制度】<br>□　フレックスタイム制度　　□　通勤緩和制度<br>□　在宅勤務、サテライトオフィス等のテレワーク制度　　□　短時間勤務制度<br>【休暇に関する制度】<br>□　病気有給休暇制度　　□　通院有給休暇制度<br>□　時間単位での年次有給休暇制度<br>【その他仕事と治療の両立に向けた制度】<br>□　名称（　　） |