

非正規雇用労働者福利厚生加入促進支援助成金支給申請書

提出日： 年 月 日

公益財団法人 兵庫県勤労福祉協会
理 事 長 様

事業所番号 ※新規に加入される事業所については記入不要

--	--	--	--	--	--	--

申請事業所名

代表者名

印

非正規雇用労働者福利厚生加入促進事業実施要領を承諾のうえ、助成金の支給を受けたいので、実施要領第5条第1項の規定により次のとおり申請します。

①対象事業を実施する事業所	事業所名	ふりがな	TEL () -
			FAX () -
	所在地	(〒 -)	
②対象事業の内容	助成金の対象者	現在、ファミリーパックに加入されていない非正規雇用労働者を対象とし、かつ 令和6年4月1日から令和7年2月28日 の間に申請があった者を助成の対象とします。 ただし、6ヶ月未満の期間を定めて雇用されかつ更新見込みのない者、また、季節的業務に雇用される者は、助成の対象となりませんのでご注意ください。	
	助成金の支給額	助成金の支給額は、非正規雇用労働者 1人当たり最大9,000円(共済掛金の2分の1、最長3年) となります。なお、助成金の支給決定については申請の先着順とし、助成金の支給額が予算の上限に達したときは、申込み期限内であっても申請の受付を中止する場合があります。 ※申請に係る書類の審査等により、当該申請に係る助成金を支給することが不適当と認められたときは、助成金の対象にならない場合があります。	
	助成申請対象者 ※対象となるものに☑を入れてください。	<input type="checkbox"/> パート・アルバイト: 正規雇用労働者に比べ1週間の所定労働時間が短い短時間労働者 <input type="checkbox"/> 契約社員: 特定職種に従事し専門的能力の発揮を目的として雇用期間を定めて契約する者 <input type="checkbox"/> 派遣社員: 労働者派遣法に基づき派遣会社に雇用され、派遣される者 <input type="checkbox"/> 嘱託: 労働条件や契約期間に関係なく、勤め先での呼称が「嘱託職員」等の者 <input type="checkbox"/> その他: 公益財団法人兵庫県勤労福祉協会理事長が認めた者	
	助成申請非正規雇用労働者数及び非正規雇用労働者リスト ※氏名、ふりがなを記載した任意の様式可	人 別添「非正規雇用労働者リスト」のとおり	
③事務手続きの担当者	氏名		役職
	連絡先 申請事業者と所在地と同じ場合は住所省略可	(〒 -)	TEL () - FAX () -
	メールアドレス		
(備考)			受理受付印
			受理番号