

(様式第4号)

治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース）支給申請チェックリスト 兼 同意書

提出書類	
1	<input type="checkbox"/> 治療と仕事の両立支援助成金（環境整備コース）支給申請書（様式第1号） <input type="checkbox"/> 次の全ての要件を全て満たしていることを確認してください。 a 労働保険適用事業場であること。 b 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ないこと（都道府県労働局から、労働保険料の猶予が認められている場合は除く。）。 c 過去に両立支援コーディネーターを配置したことを事由として、障害者雇用安定助成金（障害・治療と仕事の両立支援制度助成コース）（平成30年4月から「障害や傷病治療と仕事の両立支援コース」に改称）及び本助成金を受給していないこと d 両立支援コーディネーターが、次のいずれにも該当していること。 ・令和2年度又は令和3年度開催の両立支援コーディネーター基礎研修を、受講、修了している労働者であること。 ・基準日において継続して1年以上雇用することが確実であると認められる労働者であること。 ・両立支援コーディネーター基礎研修の費用（交通費、宿泊費等）が発生する場合は、事業者がこれを全て負担していること。 e 傷病を抱える労働者に対して、傷病に応じた反復・継続した治療のための配慮を行う制度であること。 f 当該制度が実施されるための合理的な条件（両立支援制度を労働者に適用するための要件及び基準、手続き等）が労働協約又は就業規則に明示されていること。
添付書類	
2	<input type="checkbox"/> 導入した両立支援制度の内容が確認できる「労働協約」又は「就業規則」 【就業規則の場合】 常時10名以上の労働者を使用する事業場の場合は、労働基準監督署等の受付印があるもの。 常時10人未満の労働者を使用する事業場の場合は、労働者全員に周知されたことが確認できる書面が添付されたもの。 【労働協約の場合】 制度を明示した労働協約（労働組合と使用者との間に結ばれるもので、両当事者が署名又は記名押印して作成したもの）
3	<input type="checkbox"/> 両立支援制度を導入する前の「労働協約」又は「就業規則」
4	<input type="checkbox"/> 両立支援コーディネーターを配置したことが確認できる書類（次のもの全て） (1) 両立支援コーディネーター基礎研修の「修了証書」（写） (2) 配置した両立支援コーディネーターが、基準日から1年以上継続して雇用されることを証明する書類（「雇用契約書」又は「雇入通知書」）の（写） (3) 配置した両立支援コーディネーターに、両立支援コーディネーター基礎研修受講期間中の賃金が全額支給されていることが確認できる書類（賃金台帳等）の（写） (4) 両立支援コーディネーター基礎研修の受講に当たって、本人が交通費や宿泊費等を立替負担した場合、その費用を事業者が全額補填していることを証明する書類（出金伝票等）の（写） (5) 両立支援コーディネーターの配置を事業場内に周知したことがわかる社内報や掲示物といった書面
5	<input type="checkbox"/> 両立支援環境整備実施報告書（様式第2号）
6	<input type="checkbox"/> 労働保険概算・確定保険料申告書等（写） ※労働保険概算・確定保険料申告書（写）に常時雇用労働者数が記載されていない場合、雇用保険被保険者証の提出等を求める場合があります。 ※労働保険の申告・納付を労働保険事務組合に委託している場合は、「算定基礎賃金等の報告（写）」及び「事務組合の印が押印された納入通知書（写）」の2点を提出してください。 ※都道府県労働局から労働保険料の猶予が認められている場合は、「納付の猶予（特例）許可通知書」の写しも提出してください。 ※労働基準監督署等の受付が証明されていることが必要です。

7	<input type="checkbox"/>	振込先の通帳（写）等（振込先のフリガナ名義、口座番号が確認できるもの） 金融機関名、支店名、口座フリガナ名義、口座番号が確認できる箇所の写しを添付してください。 ※法人の場合は、個人名の口座には振込みできません。
8	<input type="checkbox"/>	支給要件確認申立書（様式第3号） 支給申請書ごとに当様式の提出をしてください。
9	<input type="checkbox"/>	返信用封筒 長形3号封筒に84円切手を貼付してください。

同意書

- ・ 上記1～9にチェックを入れた内容について、申請内容と相違ないことを確約・同意します。
- ・ 申請内容に不備等があった場合において、貴機構の求めがあるときは、速やかに必要な事項を報告又は説明することを確約します。
- ・ 偽りその他不正の行為により、本来受けることのできない助成金の支給を受けた場合は、助成金を返還することに同意します。

令和 年 月 日

所 在 地

名 称

印

代表者（役職・氏名）

独立行政法人労働者健康安全機構 理事長 殿