様式第１号－２（第８条関係）

支給申請書別紙（転換奨励金）

１　支給対象労働者詳細（申請日現在。支給対象者が複数の場合は本様式を複写して作成すること）

事業所名：				雇用保険適用事業所番号：	
ﾌﾘｶﾞﾅ		年齢	性別	生年月日	雇入れ年月日
氏名			男 女	昭和 平成　　年　　月　　日	年　　月　　日
障害区分及び程度（該当するものに○）	身体・知的・精神（　　）級／度　、　発達・難病				
転換日	年　　月　　日				
特開金の支給申請日 又は支給決定日	年　　月　　日				
転換日における 対象労働者の就業場所の 名称及び所在地	（名称） 〒 電話番号				
申請日における 対象労働者の就業場所の 名称及び所在地 ※同上の場合は ✔ □	（名称） 〒　　－ 電話番号				

支給要件確認欄　（該当する事項を○で囲む）**※下線部は平成 31 年 1 月 1 日以降の転換から適用可**

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	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 適用要件を満たさない
一週間の所定労働時間が 20 時間以上である	は　い　・　いいえ	当該労働者に支払われる賃金が転換前の賃金よりも５％以上昇給しており、かつ最低賃金を５％以上上回っている又は最低賃金を 10%以上上回っている※	は　い　・　いいえ
当該労働者を６カ月以上の期間継続して雇用し、６カ月以上の賃金(時間外勤務手当を含む)を支給した	は　い　・　いいえ	転換日の前日から過去３年以内に当該労働者を無期雇用労働者として雇用したことがある	は　い　・　いいえ
当該労働者は就労支援Ａ型事業の利用者である	は　い　・　いいえ	本人の同意を得たうえで有期雇用から無期雇用に転換した	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。 年　　月　　日　　（本人署名）　　印		

２　奨励金の申請に際して取り組んだ措置

支給対象労働者の転換時に、次に掲げる措置のうち二つ以上講じるとともに、労働者に説明していること。

【無期雇用転換】

□　就業規則等又は雇用契約書等に定めるところにより、当該労働者に適用される昇給制度(昇給の時期、昇給の評価の期間その他の昇給の条件を明示するものであって、当該昇給が実施された場合、賃金が支給要綱第４条第２項オに規定する最低賃金を上回るものに限る。)を設け、運用している。

□　就業規則等又は雇用契約書等に定めるところにより、当該労働者に適用される賞与制度を設け、運用している。

□　就業規則等又は雇用契約書等に定めるところにより、在宅勤務、サテライトオフィス勤務等のテレワーク制度を設け、運用している。

□　就業規則等又は雇用契約書等に定めるところにより、当該労働者に適用される通院休暇又は病気休暇制度（一の年度のうち、３日以上は有給の休暇であるものに限る）を設け、運用している。

※以下の項目は、平成 31 年 1 月 1 日以降の転換から適用可

□　就業規則等又は雇用契約書等に定めるところにより、フレックスタイム制度を設け、運用している。

□　就業規則等又は雇用契約書等に定めるところにより、通勤緩和制度を設け、運用している。

□　就業規則等又は雇用契約書等に定めるところにより、時間単位での年次有給休暇制度を設け、運用している。

□　就業規則等又は雇用契約書等に定めるところにより、永年勤続表彰制度を設け、運用している。