様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業実施計画承認申請書

　福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業費補助金（以下、「補助金」という。）について、事業を実施したいので、補助金交付要綱第６条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

　１　事業の着手予定年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日

　２　添付書類（該当の項目にチェックを付してください）

□ 在宅勤務に係る環境整備のために要する経費

　　(1)在宅勤務環境整備計画書（別紙１－１）

(2)経費の内訳に関するもの(見積書等)

(3)在宅勤務予定者ががん患者であることが分かるもの（医師からの診断書・意見書の写し）

(4)その他知事が必要とする書類

　□ がん患者を従業員として新たに雇い入れ、職場定着の支援のために要する経費

　　(1)がん患者の新規職員採用予定報告書（別紙１－２）

(2)新たに雇入れる従業員ががん患者であることが分かるもの（医師からの診断書・意見書

の写し）

(3)その他知事が必要とする書類

□ がん治療のために休職する従業員の代替職員の雇用のために要する経費

(1)がん療養者の代替職員採用予定報告書（別紙１－３）

(2)休職予定者ががん患者であることが確認できる書類（医師からの診断書・意見書の写し）

(3)その他知事が必要とする書類

□ 事業所が行う治療・介護と仕事の両立支援に必要な環境整備のために要する経費

(1)制度を導入する前の就業規則（労働協約がある場合には労働協約）の写し

様式第３号（第８条関係）

　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業費補助金交付申請書

　福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業費補助金（以下、「補助金」という。）について、補助金交付要綱第８条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

　１　申請金額　　　金　　　　　　　　　円

　交付申請額の内訳（該当するものを記入のこと。）

|  |  |
| --- | --- |
| 区分 | 支給申請額 |
| 在宅勤務環境整備 | 円 |
| がん患者新規雇入れ | 円 |
| 代替職員雇入れ | 円 |
| 制度導入加算 | 円 |

２　添付書類（該当の項目にチェックを付してください）

□ 在宅勤務に係る環境整備のために要する経費

　　(1)所要額調書（別紙２）

(2)導入計画書及び導入計画書(詳細)（別紙３－１、３－２）

(3)歳入歳出予算書（別紙４）

(4)経費の内訳に関する書類(見積書等)

(5)関係書類（誓約書、債権者登録申出書）

(6)その他知事が必要とする書類

　□ がん患者を従業員として新たに雇い入れ、職場定着の支援のために要する経費

　　(1)歳入歳出予算書（別紙４）

(2)がん患者の雇入れ時の労働条件のわかるもの（雇用契約書、就業規則等の写し）

(3)関係書類（誓約書、債権者登録申出書）

(4)その他知事が必要とする書類

□ がん治療のために休職する従業員の代替職員の雇用のために要する経費

(1)歳入歳出予算書（別紙４）

(2)休職者が休業取得したことのわかるもの(休業申出書及び休業取扱通知書の写し）

(3)休職者と代替職員の配置、業務内容が分かるもの(組織図、業務分担表等の写し)

(4)代替職員の雇入れ時の労働条件のわかるもの（雇用契約書、就業規則等の写し）

(5)関係書類（誓約書、債権者登録申出書）

(6)その他知事が必要とする書類

□ 事業所が行う治療・介護と仕事の両立支援に必要な環境整備のために要する経費

(1)歳入歳出予算書（別紙４）

　(2)経費の内訳に関する書類(見積書等)

様式第５号（第13条関係）

年　　月　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　年度福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業補助金概算払請求書

　がんの治療・介護と仕事の両立支援事業について、標記補助金の交付を受けたいので、概算払請求します。

１　補助事業の内容

　　がんの治療・介護と仕事の両立支援事業補助金

２　請求額

　　金　　　　　　　　　　円

様式第６号（第14条関係）

年　　月　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　年度福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業変更承認申請書

　　　　　年　　月　　日付け第　　　　号をもって交付決定通知があった福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業補助金に係る補助事業の内容を次のとおり変更したいので、承認を申請します。

１　変更の理由

２　変更の内容

３　計画変更が補助事業に及ぼす影響

様式第７号（第15条関係）

年　　月　　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　年度福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業中止（廃止）承認申請書

　　　　　年　　月　　日付け第　　　　号をもって交付決定通知があった福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業補助金に係る補助事業の内容を次のとおり中止（廃止）したいので、承認を申請します。

１　中止（廃止）の理由

２　中止の期間（廃止の時期）

様式第８号（第16条関係）

　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業実績報告書

年　　月　　日　　　　　第　　　号で交付決定を受けた標記補助金に係る事業実績について、福岡県がんの治療・介護と仕事の両立支援事業費補助金交付要綱第16条の規定により、関係書類を添えて報告します。

記

　１　補助事業の精算額　　　金　　　　　　　　　円

２　添付書類（該当の項目にチェックを付してください）

□ 在宅勤務に係る環境整備のために要する経費

　　(1)精算額調書（別紙５）

(2)導入実績報告書及び導入時実績報告書（詳細）（別紙６－１、６－２）

(3)歳入歳出決算書（別紙７）

(4)経費の内訳に関する書類(領収書、納品書等)

(5)その他知事が必要とする書類

　□ がん患者を従業員として新たに雇い入れ、職場定着の支援のために要する経費

　　(1)歳入歳出決算書（別紙７）

(2)がん患者の雇入れ日から起算して６か月間に支払った賃金に係る賃金台帳写し

(3)がん患者の雇入れ日から起算して６か月間のタイムカード又は、出勤簿その他の労働

時間が確認できる書類の写し

(4)週平均所定内実労働時間確認表（別紙８－１）

(5)その他知事が必要とする書類

□ がん治療のために休職する従業員の代替職員の雇用のために要する経費

(1)歳入歳出決算書（別紙７）

(2)代替職員の雇入れ日から起算して休職者の復職日まで又は３か月間に支払った賃金に

係る賃金台帳の写し

(3)代替職員の雇入れ日から起算して休職者の復職日まで又は３か月間のタイムカード。

又は、出勤簿その他の労働時間が確認できる書類の写し

(4)週平均所定内実労働時間確認表（別紙８－２）

(5)その他知事が必要とする書類

□ 事業所が行う治療・介護と仕事の両立支援に必要な環境整備のために要する経費

(1)歳入歳出決算書（別紙７）

　(2)経費の内訳に関する書類(領収書等)

(3)制度を導入する前と導入した後の就業規則（労働協約がある場合には労働協約）の写し

又は労働基準監督署に提出した就業規則及び変更届の写し(施行日が事業実施計画承認申請日以降のものに限る)