別記

様式第１号

令和７年度山形県賃金向上推進事業支援金（正社員化コース）支給申請書

　年　　月　　日

山形県知事　殿

申請者　〒

所在地

　　　　名　称

　　　　代表者職・氏名

　山形県賃金向上推進事業支援金（正社員化コース）の支給を受けたいので、同支援金支給要綱第８条の規定により申請します。

記

１　申　請　額　　　　　　　　　**金　　　　　　　　　　　円**　　（申請回数　　　　回目）

２　支援金申請額の内訳

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者数（Ａ） | 支給単価（Ｂ） | 申請額（Ｃ=Ａ×Ｂ） |  | 既受給額 |
| 人 | 100,000円 | 円 | 円 |

※「申請回数」は申請上限額に達するまで、複数回申請が可能です。今回の申請が何回目かを記載してください。

※「既受給額」は今年度既に支給を受けた場合に、その金額を記載してください。

３　振込希望金融機関の口座

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込希望金融機関 | 金融機関名 |  | 口座の種類 | 普通 ・ 当座 ・ その他 |
| 支 店 名 |  | 口座番号 |  |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |
| 口座名義 |  |

４　申請者の概要

（１）　業種等

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 製造業 | □ | 卸売業,小売業 | □ | 宿泊業,飲食サービス業 |
| □ | サービス業 | □ | 社会福祉法人 | □ | その他（　　　　　　　　） |

　※該当する業種を御確認のうえ、□に✔を記載ください。

（２）　事業規模

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ | 小規模事業者 | □ | 中小企業等 | 資本金 | 円 | 常用雇用者数　　　　　人 |

　※　常用雇用者数は本社含む事業所全体の人数を記載してください。

（次頁に続く）

５　支給対象労働者の内訳（正社員転換を行った日を基準日とする）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 生年月日（年齢） | 正社員転換日 | 事業所の名称、住所※1 | 支給対象労働者の住　所 |
| 例 | 山形 花子 | S59.1.1(41歳) | R7.6.1 | （株）○○金属工業山形市松波○丁目□番地 | 山形市鉄砲町○丁目□－△△ |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

※1　支給対象労働者が勤務する事業所の名称、住所を記入。

６　提出書類確認表（提出書類を確認のうえ確認欄の□に✓を入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | 確認 |
| 山形県賃金向上推進事業支援金（正社員化コース）支給申請書（別記様式第１号） | □ |
| 正社員転換前及び転換後の雇用契約書又はそれに準ずる書類の写し | □ |
| 正社員転換前１か月・転換後３か月分の出勤簿の写し | □ |
| 正社員転換前１か月・転換後３か月分の記載がある賃金台帳の写し | □ |
| 賃金増額確認書（正社員化コース）（別記様式第２号） | □ |
| 雇用保険適用事業所設置届又は労働保険概算・確定保険料申告書（直近）等の写し | □ |
| 誓約書（別記様式第３号） | □ |
| 振込希望通帳の写し（金融機関、支店名、口座番号、口座名義人フリガナが確認できるページ） | □ |

※添付漏れがある場合は受け付けられませんので、確認のうえ提出してください。

（次頁に続く）

７　支給要件確認表（支給要件に合致するか、確認欄の□に✓を入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 要件項目 | 確認 |
| 山形県内に本社及び事業所を有する中小企業等又は山形県内に法人本部及び施設等を有する社会福祉法人である | □ |
| 令和７年４月１日から令和７年11月30日までの間に、事業所内の非正規雇用労働者を正社員に転換している | □ |
| 対象者を、正社員転換後３か月以上継続雇用し、申請日時点で在籍している | □ |
| 正社員転換後の賃金を転換前より引上げている | □ |
| 本社及び対象となる事業所又は法人本部及び対象となる施設等が山形労働局管内の雇用保険適用事業所である | □ |
| 労働基準法、最低賃金法、労働安全衛生法等の労働関係法令等を遵守している | □ |
| 対象者は、女性労働者である | □ |
| 対象者は、転換された日において、山形県内の事業所で勤務する労働者である | □ |
| 対象者は、転換された日において、山形県内に住所がある | □ |
| 対象者は、事業者、事業所及び法人の代表者又は取締役等の３親等以内の親族でない者である | □ |

８　申請担当者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属・職・氏名 |  | 電話 |  |
| E-mail |  | FAX |  |

※　担当者氏名はフルネームを記載してください。