

1回目の申請に提出していただく書類です（6か月の正規雇用を達成してから提出）

事業引継ぎ支援センターの証明書発行日以降の日付をお願いします

様式第1号（第7条関係）

鳥取県事業承継正規雇用奨励金支給申請書（第1回・雇用6月後 申請用）

平成29年8月1日

鳥取県知事 平井 伸治 様

この例は、事業承継（吸収合併）が平成29年1月1日に行われ、同日付けで対象労働者の事業雇用主が変わった場合です。

〒000-0000
申請事業主所在地 鳥取市00
名称 株式会社000
代表者職氏名 代表取締役 ▽▽ ▽▽

代表者の職印（なければ私印）を押してください。

職印

鳥取県事業承継正規雇用奨励金の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。

①基準日（注1）の前日から起算して6月前の日からこの申請日までの期間中で、今回奨励金を申請する労働者を雇用する事業所における労働者（雇用保険の被保険者）の 事業主都合 による解雇の有無 ※「有」の場合、奨励金の対象外	有・ <input checked="" type="radio"/> 無												
②これまでに本奨励金及び類似する県の奨励金を受給した事実の有無 「有」の場合、直近3年間に奨励金を受給した従業員数の合計 ※人数が分からないときは県担当者にお問い合わせ下さい。	有・ <input checked="" type="radio"/> 無 0人												
③今回奨励金を申請する労働者の氏名 ※申請日が基準日から6月を超えていること。	<table border="1"> <tr> <td>a <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>b <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>(正規雇用年月日：平成29年1月1日)</td> <td>(正規雇用年月日：平成29年1月1日)</td> </tr> <tr> <td>c <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>d</td> </tr> <tr> <td>(正規雇用年月日：平成29年1月1日)</td> <td>(正規雇用年月日： 年 月 日)</td> </tr> <tr> <td>e</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(正規雇用年月日： 年 月 日)</td> <td></td> </tr> </table>	a <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	(正規雇用年月日：平成29年1月1日)	(正規雇用年月日：平成29年1月1日)	c <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	d	(正規雇用年月日：平成29年1月1日)	(正規雇用年月日： 年 月 日)	e		(正規雇用年月日： 年 月 日)	
a <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	b <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>												
(正規雇用年月日：平成29年1月1日)	(正規雇用年月日：平成29年1月1日)												
c <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	d												
(正規雇用年月日：平成29年1月1日)	(正規雇用年月日： 年 月 日)												
e													
(正規雇用年月日： 年 月 日)													
④奨励金を申請する人数（③の合計）	3人												
⑤現在の 県内在住 の雇用保険被保険者数（奨励金を申請する者を含む）	3人												
⑥奨励金申請額 （計算方法）④の人数×250千円	金 750,000 円												
⑦基準日	平成29年1月1日												
⑧奨励金の振込希望先	<table border="1"> <tr> <td>金融機関名</td> <td>★★ 銀行 ■■■ 本店・<input checked="" type="radio"/>支店</td> </tr> <tr> <td>口座の種類</td> <td>当座・<input checked="" type="radio"/>普通 口座番号 1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td>(フリガナ) 口座名義</td> <td>カ) マルマルマル ダイヒヨウトリシマリヤク サンカク… 株式会社000 代表取締役 ▽▽ ▽▽</td> </tr> </table>	金融機関名	★★ 銀行 ■■■ 本店・ <input checked="" type="radio"/> 支店	口座の種類	当座・ <input checked="" type="radio"/> 普通 口座番号 1 2 3 4 5 6 7	(フリガナ) 口座名義	カ) マルマルマル ダイヒヨウトリシマリヤク サンカク… 株式会社000 代表取締役 ▽▽ ▽▽						
金融機関名	★★ 銀行 ■■■ 本店・ <input checked="" type="radio"/> 支店												
口座の種類	当座・ <input checked="" type="radio"/> 普通 口座番号 1 2 3 4 5 6 7												
(フリガナ) 口座名義	カ) マルマルマル ダイヒヨウトリシマリヤク サンカク… 株式会社000 代表取締役 ▽▽ ▽▽												
⑨他の類似助成金等の受給の有無	有 (名称： <input checked="" type="radio"/> 無) ⑧は、鳥取県の会計システムに「債権者・債務者登録」されている場合、「県債権者登録番号 ■■■■」を口座名義欄に記載いただいても良いです。												
⑩申請書作成担当者職氏名	<table border="1"> <tr> <td>職氏名</td> <td>××課長 □□ □□</td> <td>電話</td> <td>0857-26-××××</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ファクシミリ</td> <td>0857-26-□□□□</td> </tr> </table>	職氏名	××課長 □□ □□	電話	0857-26-××××			ファクシミリ	0857-26-□□□□				
職氏名	××課長 □□ □□	電話	0857-26-××××										
		ファクシミリ	0857-26-□□□□										
代行者氏名	<table border="1"> <tr> <td>職氏名</td> <td>社会保険労務士が代行作成した場合は、記入してください。</td> <td>電話</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ファクシミリ</td> <td></td> </tr> </table>	職氏名	社会保険労務士が代行作成した場合は、記入してください。	電話				ファクシミリ					
職氏名	社会保険労務士が代行作成した場合は、記入してください。	電話											
		ファクシミリ											

注1 基準日には事業承継が効力を生ずる日（契約締結日、譲渡日等）を記入すること。

注2 ③の正規雇用年月日は、事業承継により対象労働者の雇用主が変わった場合に記入すること。

2回目の申請に提出していただく書類です（12か月の正規雇用を達成してから提出）

様式第2号（第7条関係）

鳥取県事業承継正規雇用奨励金支給申請書（第2回・雇用12月後 申請用）

平成30年2月1日

鳥取県知事 様

〒000-0000
 申請事業主 所在地 鳥取市00
 名称 株式会社000
 代表者職氏名 代表取締役 ▽▽ ▽▽

代表者の職印（なければ私印）を押してください

職印

鳥取県事業承継正規雇用奨励金の支給を受けたいので、以下のとおり申請します。

①基準日（注1）の前日から起算して6月前の日からこの申請日までの期間中で、今回奨励金を申請する労働者を雇用する事業所における労働者（雇用保険の被保険者）の 事業主都合 による解雇の有無 ※「有」の場合、奨励金の対象外	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	
②1回目の支給の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	
第1回の支給申請を行った日から今回の支給申請の日までの間における奨励金支給対象労働者の離職の有無	有（事業主都合 人）・ <input checked="" type="radio"/> 無（労働者都合 人）	
1回目の奨励金支給決定通知書に記載してある「支給対象人数」	3人	
③今回奨励金を申請する労働者の氏名 ※申請日が基準日から12月を超えていること。	a <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (正規雇用年月日：平成29年1月1日)	b <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (正規雇用年月日：平成29年1月1日)
	c <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> (正規雇用年月日：平成29年1月1日)	d (正規雇用年月日： 年 月 日)
	e (正規雇用年月日： 年 月 日)	aからeの正規雇用年月日は、吸収合併等で対象労働者の雇用主が変わった場合に記入してください。
④奨励金を申請する人数（③の合計）	3人	
⑤現在の 県内在住 の雇用保険被保険者数（奨励金対象者を含む）	3人	
⑥奨励金申請額 (計算方法) ④の人数×250千円	金 750,000円	
⑦基準日	平成29年1月1日	
⑧奨励金の振込希望先	金融機関名 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 本店・ <input checked="" type="checkbox"/> 支店	
	口座の種類 当座・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通 口座番号 1 2 3 4 5 6 7	
	(フリガナ) 口座名義 カ) マルマルマル ダイヒョウトリシマリヤク サンカク… 株式会社000 代表取締役 ▽▽ ▽▽	
⑨他の類似助成金等の受給の有無	有(名称： <input checked="" type="checkbox"/>) <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> ⑧は、鳥取県の会計システムに「債権者・債務者登録」されている場合、「県債権者登録番号 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 」を口座名義欄に記載いただいても良いです。	
⑩申請書作成担当者職氏名	職氏名 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 課長 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 電話 0857-26- <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
	電話 ファクシミリ 0857-26- <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
代行者氏名	職氏名 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	
	電話 ファクシミリ <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	

注1 基準日には事業承継が効力を生ずる日（契約締結日、譲渡日等）を記入すること。

注2 ③の正規雇用年月日は、事業承継により対象労働者の雇用主が変わった場合に記入すること。

1回目・2回目の申請に提出していただく書類です（対象となる労働者ごとに作成してください）

鳥取県事業承継正規雇用奨励金 対象労働者個別表

様式第1号（第2号）の③の記号	a b c d e (いずれかに○)
対象労働者の氏名	◇◇ ◇◇
対象労働者の配置先	××工場
雇入年月日	平成29年1月1日
雇用予定期間の有無	有（平成 年 月 日まで） 無 ※有期雇用は奨励金の対象外
直近に雇用されていた企業名（譲渡事業所名）	株式会社▲▲▲
本人確認欄	上記のとおりであると確認した。 氏名 ◇◇ ◇◇ 印

雇入年月日は、吸収合併等で対象労働者の雇用主が変わった場合に記入してください。

対象者の氏名を記入し、印（私印）をもらってください

※ 様式第1号（第2号）の③に記載した労働者全員を個別に記載すること。

※ 雇入れ年月日及び直近に雇用されていた企業名（譲渡事業所名）は、事業承継により対象労働者の雇用主が変わった場合に記入すること。

様式第4号（第7条関係）

鳥取県事業承継正規雇用奨励金 承継雇用者人材育成等実施計画書

■人材育成等実施計画

育成テーマ (目標・課題)	実施内容 (何を)	実施手順 (どのように)
従業員間で技術水準に差が出ないようにする	製造に携わる従業員の技術を向上させる	1 ○○
		2 ××
		3 □□
	指導する従業員の技術を向上させる	4 △△
		5 ☆☆
		6
		7
		8
		9
		10
		11
		12

■実施スケジュール

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
1 ○○	→											
2 ××	→											
3 □□			→									
4 △△				→								
5 ☆☆								→				
6												

上の「実施手順」を入れてください。

■人材育成担当者

責任者 職氏名	人事課長 ○○ ○○	担当者 職氏名	××課長 □□ □□
------------	---------------	------------	---------------

1回目・2回目の申請に添付していただく雇用保険の被保険者台帳の例です。

事業所別被保険者台帳照会		1頁
区分等コード	6-3	指定期間 H280701~H290801
	6-3としてく ださい	基準日の6か月前の日 から 書類 の申請日 まで となります
事業所番号	××××-××××××-×	取得中被保険者数 人 ✓
最終離職年月日	H××××××	廃止区分
事業所名称	カブシキガイシャ ××××××	
	株式会社 ××××××	

申請に必要な書類が揃っているかどうか、このチェックリストで御確認ください。

鳥取県事業承継正規雇用奨励金 提出書類チェックリスト

■要領第7条関係 提出書類チェックリスト			
根拠	チェック項目	確認	
		1回目	2回目
第1項	鳥取県事業承継正規雇用奨励金支給申請書（第1回・雇用6月後 申請用）		/
	鳥取県事業承継正規雇用奨励金支給申請書（第2回・雇用12月後 申請用）	/	
第1号	・鳥取県事業引継ぎ支援センターの支援を受けたことが証明できる書類		/
第2号	・譲渡事業主から対象事業主へ事業承継されたこと及びその条件等が証明できる書類（譲渡契約書の写し 等）		/
第3号	・対象労働者個別表（様式第3号）		/
	・雇用保険被保険者資格取得等確認通知書（写し）		/
	・勤務時間、勤務場所、勤務内容、賃金の額、雇入れ年月日等の労働条件を明示した雇入れ通知書又は雇用契約書（写し）		/
	・支払われた賃金等の額が明確に記載された賃金台帳（写し）		/
第4号	・対象労働者が雇用される事業所の就業規則及び賃金規則 （従業員数10人未満の事業所で法律上の作成義務がなく、作成していない場合は添付の必要はありません）		/
第5号	・奨励金申請時点の県内事業所における雇用保険の被保険者である労働者名簿		
第6号	・引き継いだ正規雇用者を対象とした人材育成等に係る実施計画書（様式第4号）		
第7号	その他必要と認める書類	/	
	・基準日の6か月前から奨励金申請日までの公共職業安定所（ハローワーク）が発行する事業所別被保険者台帳		
	（他に必要なときは県から連絡します）	/	

※ 上記以外についても、別途提出をお願いする書類がある場合がありますので、あらかじめご了承ください。

第3号の賃金台帳は、6か月分をお願いします。

基準日が平成29年1月1日だった場合、

第1回：平成29年1月1日～6月30日 の賃金台帳

第2回：平成29年7月1日～12月31日 の賃金台帳

をお願いします（それぞれ6か月間雇用されたことがわかるもの）

基準日から1年6月が経過してから1月以内に県に提出してください。
公共職業安定所（ハローワーク）が発行する雇用保険の被保険者台帳を忘れずに添付してください。

様式第8号（第12条関係）

番 号
平成30年7月1日

鳥取県知事 平井 伸治 様

住 所 鳥取市〇〇
企 業 名 株式会社〇〇〇
代表者役職 代表取締役
代表者氏名 ▼▼ ▼▼

職印

雇用状況報告書

鳥取県事業承継正規雇用奨励金支給要領（平成27年8月20日付第2015000587
87号鳥取県商工労働部長通知）第12条の規定に基づき、雇用状況を報告します。

この期間が被保険者台帳の照会
期間となります（奨励金の申請時
と始期が異なります）。

1 解雇制限期間

始期：平成29年1月1日から（基準日）

終期：平成30年6月30日まで（上記の日から1年6月後の日）

（注）この期間内に事業主都合により労働者（奨励金の対象となっていない者を含む）
を解雇した場合は、奨励金の支給決定を取り消し、全部又は一部を返還していただ
きます。

2 1の期間中における事業主都合による解雇の有無（該当する方の□に「レ」）

あり

次の書類を添付してください。

- ・公共職業安定所が発行する雇用保険の被保険者台帳
（1の期間中に在職していた全従業員の情報が掲載されたもの）
- ・事業主都合で離職した者に係る離職票写し
- ・解雇した理由を記した書面（様式任意）

なし

次の書類を添付してください。

- ・公共職業安定所が発行する雇用保険の被保険者台帳
（1の期間中に在職していた全従業員の情報が掲載されたもの）

被保険者台帳の照
会期間は1の期間
としてください。

※従業員が自己都合で離職しているときは「なし」の□に「レ」。

3 担当者連絡先

氏 名 □□ □□
電 話 0857-26-××××
ファクシミリ 0857-26-□□□□
電子メール ○○○@○○○.co.jp