



【奨励金支給対象講習会お申し込みに関する留意点】

奨励金支給対象講習会のお申し込み前に、必ず下記チェックポイントをご確認くださいませ。

- 一般の講習会申込みと、本制度利用の講習会申込みでは申込手順が異なります。
奨励金制度利用の方は【事業所情報シート】を提出した後、社会保険労務士（青山事務所）からの指示をお待ち下さい。
- お一人様が複数の講習会を受講することは可能ですが、1人1年度3コースまでとなります。
- 一旦お申込みされた講習会に関して、スケジュールの変更は出来かねますので予めご了承下さい。
- 受講料は、受講前にお支払い頂きます。必ず【事業所名義】の口座よりお振込みをお願い致します。
奨励金は講習会を含む職業訓練計画（20時間以上）終了後に支給申請をし、受給資格認定を経て口座（事業主様）に振り込まれます。
- 奨励金受給資格認定申請の際、振込時の明細が必要となりますので、明細を大切に保管下さい。
ネットバンキングをご利用の場合、振込決済完了の確認が取れる画面を保存して下さい。
上記明細がない場合、受給が認められない場合がございます。
- 非会員の方は受講時、自動的にJMFA会員として登録され、講習会修了後より月会費（月々1,782円）のお支払いが必要となります（こちらの費用は支給対象外です）。
毎月のお支払いを施設様でご負担頂くか、受講者様ご自身でお支払いするか必ずご確認ください、口座振替依頼書の提出を求められた際は速やかにご提出下さい。
- 認定試験合格後、資格登録（登録料1,080円）が必要となります（こちらの費用も支給対象外です）。
- 現在、弊協会の登録施設制度をご利用頂いていない施設様に関しては、受講者が資格取得後プログラムを実施する際に、弊協会への申請が必要となります。無断でプログラムを実施されることのないようお願い致します。

●お問い合わせ先

一般社団法人 日本マタニティフィットネス協会

TEL:03-3725-1103 [月～金 9:00～17:00 (土日祝休)]

事業所情報シート

キャリア形成促進助成金

チェックポイント

- 訓練を受講するものが雇用保険の被保険者である。
- この事業所情報シートご送付の半年前から事業主都合による雇用保険被保険者の退職者を出していないこと。
※被保険者とは適用事業所内の全被保険者の事を指します。
(計画を届け出てから支給決定の間に解雇者を出した時でも奨励金の支給対象となりません。)
- 前々年度より前の労働保険料を滞納していないこと。
- 支給申請の前日から3年前の日から労働関係法令の違反を行っていないこと。
- 支給決定に必要な書類を整備・保管していること。(用意するものリストの書類です)
- 以前に成長分野等人材育成支援事業奨励金やキャリア形成などの雇用保険の助成金を受けたことがない。
もしあるなら受給した助成金名を記入してください。 助成金名()
- 職業能力開発推進者を選任している。選任しているなら、下記に役職とお名前を記入してください。
選任していない時は、新たに選任する必要があります。下記に選任する方の役職とお名前をご記入ください。
役職名() お名前()

用意するものリスト

- 雇用保険適用事業所設置届
- 定款・会社案内など、どのような事業を行っているか証明できるもの

事業所情報シート 以下に記入をお願いします。

事業所の名称																																	
事業所の住所	〒 -																																
事業所の代表者氏名																																	
事業所の電話番号とFAX番号	TEL FAX																																
事業所ご担当者様E-mailアドレス ※必須	E-mail																																
雇用保険適用事業所番号(11桁)	- -																																
労働保険番号(14桁)	- - - -																																
事業内容																																	
資本の額又は出資の総額	万円																																
事業所の常時雇用する労働者数 (2ヶ月以上の継続勤務する者)	人																																
企業全体での常時雇用する労働者数 (2ヶ月以上の継続勤務する者)	人																																
この助成金について担当できる方のお名前	様																																
受講者人数	● 正 規 雇 用 _____ 名																																
受講される講習会のコードNo.と 受講人数をご記入ください	<table border="1"> <thead> <tr> <th>講習会</th> <th>コードNo.</th> <th>講習会 開催月</th> <th>お申込 人 数</th> <th>講習会</th> <th>コードNo.</th> <th>講習会 開催月</th> <th>お申込 人 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>マタニティピクス</td> <td></td> <td>月</td> <td>人</td> <td>ママフィット</td> <td></td> <td>月</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>マタニティヨガ</td> <td></td> <td>月</td> <td>人</td> <td>ママヨガ with ベビー</td> <td></td> <td>月</td> <td>人</td> </tr> <tr> <td>マタニティアクア</td> <td></td> <td>月</td> <td>人</td> <td>ベビーピクス</td> <td></td> <td>月</td> <td>人</td> </tr> </tbody> </table>	講習会	コードNo.	講習会 開催月	お申込 人 数	講習会	コードNo.	講習会 開催月	お申込 人 数	マタニティピクス		月	人	ママフィット		月	人	マタニティヨガ		月	人	ママヨガ with ベビー		月	人	マタニティアクア		月	人	ベビーピクス		月	人
	講習会	コードNo.	講習会 開催月	お申込 人 数	講習会	コードNo.	講習会 開催月	お申込 人 数																									
	マタニティピクス		月	人	ママフィット		月	人																									
	マタニティヨガ		月	人	ママヨガ with ベビー		月	人																									
マタニティアクア		月	人	ベビーピクス		月	人																										

上記を記入後、この用紙を青山事務所までFAX又は郵送してください。

FAX : 03-3717-8692

この用紙が青山事務所に着いたら、今後の流れをメールにて送らせていただきます。
ご不明な点がございましたら下記にご連絡ください。

〒152-0034 東京都目黒区緑が丘1-20-11
社会保険労務士事務所 青山事務所
TEL : 03-3717-8635 助成金担当 : 青山 広樹

記入例

事業所情報シート

キャリア形成促進助成金

チェックポイント

- 訓練を受講するものが雇用保険の被保険者である。
- この事業所情報シートご送付の半年前から事業主都合による雇用保険被保険者の退職者を出していないこと。
※被保険者とは適用事業所内の全被保険者の事を指します。
(計画を届け出てから支給決定の間に解雇者を出した時でも奨励金の支給対象となりません。)
- 前々年度より前の労働保険料を滞納していないこと。
- 支給申請の前日から3年前の日から労働関係法令の違反を行っていないこと。
- 支給決定に必要な書類を整備・保管していること。(用意するものリストの書類です)
- 以前に成長分野等人材育成支援事業奨励金やキャリア形成などの雇用保険の助成金を受けたことがない。
もしあるなら受給した助成金名を記入してください。 助成金名()
- 職業能力開発推進者を選任している。選任しているなら、下記に役職とお名前を記入してください。
選任していない時は、新たに選任する必要があります。下記に選任する方の役職とお名前をご記入ください。

役職名 (総務部長) お名前 (青山 広樹)

用意するものリスト

- 雇用保険適用事業所設置届
- 定款・会社案内など、どのような事業を行っているか証明できるもの

事業所情報シート 以下に記入をお願いします。

事業所の名称	医療法人社団 青山クリニック							
事業所の住所	〒 152 - 0034 東京都目黒区緑が丘1-20-11							
事業所の代表者氏名	院長 青山 高幸							
事業所の電話番号とFAX番号	TEL 03-3717-8635			FAX 03-3717-8692				
事業所ご担当者様E-mailアドレス※必須	E-mail							
雇用保険適用事業所番号(11桁)	1234		-	567890		-	1	
労働保険番号(14桁)	12		-	3	-	45	- 678901 - 234	
事業内容	有床産婦人科医院							
資本の額又は出資の総額	1000 万円							
事業所の常時雇用する労働者数 (2ヶ月以上の継続勤務する者)	5 人							
企業全体での常時雇用する労働者数 (2ヶ月以上の継続勤務する者)	5 人							
この助成金について担当できる方のお名前	青山 広樹 様							
受講者人数	● 正規雇用 3 名							
受講される講習会のコードNo.と 受講人数をご記入ください	講習会	コードNo.	講習会 開催月	お申込 人数	講習会	コードNo.	講習会 開催月	お申込 人数
	マタニティピクス	MB11111	8月	3人	ママフィット		月	人
	マタニティヨガ		月	人	ママヨガ with ベビー		月	人
	マタニティアクア		月	人	ベビーピクス		月	人

上記を記入後、この用紙を青山事務所までFAX又は郵送してください。

FAX : 03-3717-8692

この用紙が青山事務所に着いたら、今後の流れをメールにて送らせていただきます。
ご不明な点がございましたら下記にご連絡ください。

〒152-0034 東京都目黒区緑が丘1-20-11
社会保険労務士事務所 青山事務所
TEL : 03-3717-8635 助成金担当 : 青山 広樹