**要件等チェックリスト（介護支援部門）**

（別紙２の２）

要件に適合するものに○を記入してください。書類等で確認できない場合は対象となりません。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 県確認 | 要　　件 | | 添付書類 |
|  |  | ５年以内において、１か月以上の介護休業取得者の実績があり、かつ取得者が申請時に復職し、現に勤務していること  ※分割取得した場合は合計した取得日数とする  **※更新時は不要**  　【５年以内の実績】  　・介護休業取得者（１か月以上）…（　　　　）人 | | ・介護休業取得者１名分の①及び②  ①介護休業給付金支給決定通知書（被保険者通知用）全期間分又は介護休業給付次回支給申請日指定通知書（事業主通知用）全期間分　いずれかの写し  ②介護休業期間中（直前直後含む）及び申請日の直近のタイムカードまたは出勤簿の写し  ※①がない場合は、参考様式３（出勤状況報告書）でも可 |
|  |  |  | いずれかの取組を行っている |  |
|  |  |  | 法を上回る介護休業制度の設置  例）４回以上の分割取得ができる、日数が93日より多い　など | ・就業規則等の該当箇所の写し |
|  |  |  | 法を上回る介護休暇制度の設置  例）年５日より日数が多い　など | ・就業規則等の該当箇所の写し |
|  |  |  | 法を上回る介護のための勤務時間の短縮等の制度の  設置  例）短時間勤務制度やフレックスタイム制、始業終業時間の繰  上げ繰下げ措置などから複数の制度が利用できる  例）制度を利用できる期間が３年より長い　など | ・就業規則等の該当箇所の写し |
|  |  |  | テレワークの導入 | ・テレワーク勤務規定の写し、社内に制度を周知した通知の写しなどテレワークを導入していることがわかるもの |
|  |  |  | 半日又は時間単位で使用できる年次有給休暇制度の設置 | ・就業規則等の該当箇所の写し |
|  |  |  | その他介護支援に関する取組で効果があがっている  もの（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | ・取組内容と効果がわかるもの |