（労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則の一部改正）

第三十七条　労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則（昭和四十一年労働省令第二十三号）の一部を次のように改正する。

様式第一号及び様式第二号中「平成」を「令和」に改める。

様式第五号（第一面）を次のように改める。

（様式第５号）（第１面）

雇用促進計画－１

①計画期間：令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで

番号	事業所の名称	事業所の所在地	雇用保険適用事業所番号	②労働者の数（計画期間の初日の前日）	④うち雇用保険一般被保険者数（計画期間の初日の前日）	⑥うち使用人兼務役員及び役員の特殊関係者数（計画期間の初日の前日）	⑧うち計画期間の終了日において高年齢被保険者である者の数	⑩労働者の目標増加数	⑫労働者の数（計画期間の終了日）	⑭うち雇用保険一般被保険者数（計画期間の終了日）	⑯うち使用人兼務役員及び役員の特殊関係者数（計画期間の終了日）	⑱労働者増加数（⑫－②）	⑳うち雇用保険一般被保険者増加数（⑭－⑯）－（④－⑥－⑧）	㉒過去２年間の事業主都合離職の有無	事業所の廃止又は新設	事業所の廃止又は新設を行った日
1（主たる事業所）														有・無	廃止・新設	月　日
2.00E+00														有・無	廃止・新設	月　日
3.00E+00														有・無	廃止・新設	月　日
4.00E+00														有・無	廃止・新設	月　日
計				③	⑤	⑦	⑨	⑪	⑬	⑮	⑰	⑲	㉑-1 ㉑-2			

㉓　他の法令に基づく労働者の雇入れを促進するための計画を作成しているか否か。

□はい　計画の名称（　　　　　　　　　　）

計画の期間（令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日　まで）のうち　　期目

※当該計画の対象となっている事業所については、「番号」の欄に○を付してください。

※当該計画及び当該計画の期間における労働者の増加数等が分かる書類を添付してください。

□いいえ

㉔　㉓の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者（次のア及びイの要件に該当する雇用保険一般被保険者に限る。）の数（その数が㉑-2欄の数より大きい場合にあっては㉑-2欄の数）及び㉑-2欄の数から㉓の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者（雇用保険一般被保険者に限る。）の数を控除した数（その数が０に満たない場合にあっては０）の合計数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・㉔

ア　労働契約法（平成19年法律第128号）第17条第１項に規定する有期労働契約以外の労働契約を締結していること。

イ　短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律（平成５年法律第76号）第２条に規定する短時間労働者でないこと。

㉕　㉑-1欄の数又は㉑-2欄の数のいずれか少ない数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・㉕

㉖　㉓の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者（雇用保険一般被保険者に限る。）の合計数（ただし、㉕欄の数が上限）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・㉖

㉗　㉓の計画の対象となっている事業所における新規雇用労働者（雇用保険一般被保険者に限る。）のうち㉔欄に掲げるア及びイの要件に該当する者の合計数（ただし、㉕欄の数が上限）・・・・・・・・・・㉗

㉘　㉖欄の数から㉗欄の数を控除した数のうち、㉖欄の数の４割に達するまでの数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・㉘

㉙　㉕欄の数から㉖欄の数を控除した数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・㉙

※⑧欄、⑨欄、⑫～㉒欄及び㉔～㉙欄は、計画期間の終期に記入

＜計画開始時＞

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則附則第８条に基づき、雇用促進計画を提出いたします。

年　　月　　日

個人事業主氏名又は
法人名（代表者氏名）　　㊞

所　在　地

担当者名及び連絡先

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏　名	電話番号
		㊞	

計画開始時受付印

＜計画終了時＞

労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律施行規則附則第８条に基づき、雇用促進計画の達成状況について記載した書類を提出いたします。

年　　月　　日

個人事業主氏名又は
法人名（代表者氏名）　　㊞

所　在　地

担当者名及び連絡先

（所在地・担当者名及び連絡先は計画開始時から変更のある場合のみ記載）

社会保険労務士記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏　名	電話番号
		㊞	

計画終了時確認印

※受付公共職業安定所名