

※健康保険の傷病手当金を受給する場合、当助成金は申請できません。
申請前に、傷病手当金の対象となるか各保険者にお問い合わせください。

記入見本
(労働者で感染者の方)

様式第6号 (第10条関係)

令和 3 年 × 月 × 日

山梨県知事 殿

入院・宿泊療養・保健所の決定による自宅療養が
終了した日以降に申請

全ての書類で修正液、修正テープは使用できま
せん。訂正がある場合は訂正印をお願いします。

住所	〒 40× - ××××
	○市○町××-× ○○アパート ○号
氏名	山梨 労政 印
日中連絡できる電話番号	××× (××××) ××××

感染拡大防止のための新型コロナウイルス対策休業助成金

感染拡大防止のための新型コロナウイルス対策休業助成金支給要綱
定により、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、申請に当た
り、状況の確認をすることに同意します。

感染判明前に濃厚接触者として外出
自粛を要請された期間がある場合は
[] 内も記載

勤務先企業・所属部署

株式会社○○○○ ○○○課

保健所から外出自粛に
ついて連絡があった日

①外出自粛要請のあった保健所等 (1か所に○)

甲府・中北 峡東・峡南・富士東部・他 ()

陽性判明日の前日まで

濃厚接触者
となった
場合記載

②外出自粛要請期間

令和3年7月23日 ~ 令和3年7月24日まで

(外出自粛要請の連絡を受けた日)

(外出自粛要請期間の最終日)

※濃厚接触者から
感染者になった場合、
⑥~⑦も記載

③PCR検査日

令和3年7月23日

④PCR検査受検施設名

○○病院

⑤接触のあった感染者について ※分る範囲で記載 (分からなければ記載不要)

氏名: ○○ ○○ 県内 ○○○ 例目 ・ 県外

感染が分かった日: ○月○日 接触のあった場所: ○○商店 店内

感染者となった
場合記載

⑥入院・療養した施設

○○病院

⑦入院・宿泊療養・自宅療養期間

令和3年7月25日 ~ 令和3年8月4日

(陽性判明日)

(入院、宿泊療養、
保健所の指示による自宅療養の最終日)

PCR検査で陽性になった日を記載

【A】②、⑦の期間のうち休業した期間 ※②、⑦の期間のうち、それぞれ2週を限度とする。

令和3年7月23日 ~ 令和3年8月4日

【B】申請日数 ※【A】期間中の仕事の予定があった
が、働けなかった日数 申請額 ※【B】×4,000円

6 日 24,000 円

入院・宿泊療養・保健所の決定による
自宅療養により仕事を休んだ
14日間のうち、公休や有給以外の日数

振り込みをしてください。 ※申請者本人名義の口座を記載

本支店名	預金種別	口座番号
○○銀行	① 普通 ② 当座	× × × × × × ×
金融機関 コード	口座名義 (カタカナ)	ヤマナシ ロウセイ
× × × ×	本・支店 コード	× × ×

①外出自粛要請 ②入院・宿泊療養・保健所の決定による自宅療養により仕事を休んだ期間
※14日間を超える場合は濃厚接触者の期間、感染者の期間それぞれ14日目までが助成金の対象

山梨県知事 殿

住所	〒 _____	

氏名	_____ 印	
日中連絡できる電話番号	(_____)	

感染拡大防止のための新型コロナウイルス対策休業助成金交付申請及び実績報告書

感染拡大防止のための新型コロナウイルス対策休業助成金支給要綱（以下、「要綱」という。）第10条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、申請に当たっては要綱を厳守し、保健所・医療機関に状況の確認をすることに同意します。

勤務先企業・所属部署	
濃厚接触者 となった 場合記載	①外出自粛要請のあった保健所等（1か所に○） 甲府・中北・峡東・峡南・富士東部・他（ _____ ）
	②外出自粛要請期間 年 月 日 ～ 年 月 日 (外出自粛要請の連絡を受けた日) (外出自粛要請期間の最終日)
	③PCR検査日 年 月 日
	④PCR検査受検施設名
	⑤接触のあった感染者について ※分かる範囲で記載（分からなければ記載不要） 氏名： _____ 県内 _____ 例目 ・ 県外 感染が分かった日： _____ 月 _____ 日 接触のあった場所： _____
感染者となった 場合記載	⑥入院・療養した施設
	⑦入院・宿泊療養・自宅療養期間 年 月 日 ～ 年 月 日 (陽性判明日) (入院、宿泊療養、保健所の指示による自宅療養の最終日)

【A】 ②、⑦の期間のうち休業した期間	※②、⑦の期間のうち、それぞれ2週間を限度とする。
年 月 日 ～ 年 月 日	
【B】 申請日数	※【A】期間中の仕事の前定があったが、働けなかった日数
日	申請額 ※【B】×4,000円
	円

助成金について、次の口座に振り込みをしてください。

※申請者本人名義の口座を記載

金融機関名	本支店名	預金種別	口座番号
		1 普通 2 当座	
金融機関コード	本・支店コード	口座名義 (カタカナ)	

(添付書類) 誓約書

就労状況確認書類（次のもの全て）

労働者：就労証明書、直近の給与明細の写（「青色事業専従者給与に関する届出書」等でも可）、健康保険証の写（記号・番号をマスキング又は黒塗りしたもの）

個人事業主：就労申立書、直近の所得税及び復興特別所得税の確定申告書の写

振込先の通帳等の写（金融機関名、支店名、預金種別、口座番号、口座名義人が分かるページ）

誓約書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、必要な場合には、下記については山梨県警察本部へ照会することについて承諾します。

記

私は、次のいずれにも該当する者ではありません。

- 1 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- 2 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- 3 自己若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者
- 4 暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、又は関与している者
- 5 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
- 6 暴力団又は暴力団員であることを知りながら、これらを利用している者

令和 3年 ×月 ×日

山梨県知事 長崎幸太郎 様

住 所 ○○市○○町××-×○○アパート ○号

氏名ふりがな やまなし ろうせい

氏 名 山梨 労政 印

生年月日（大正・昭和・平成）××年 ×月 ×日 性別 男・女

誓 約 書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、必要な場合には、下記については山梨県警察本部へ照会することについて承諾します。

記

私は、次のいずれにも該当する者ではありません。

- 1 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
- 2 暴力団員（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- 3 自己若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしている者
- 4 暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、又は関与している者
- 5 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
- 6 暴力団又は暴力団員であることを知りながら、これらを利用している者

令和 年 月 日

山梨県知事 長崎幸太郎 様

住 所 _____

氏名ふりがな _____

氏 名 _____ 印 _____

生年月日（大正・昭和・平成） 年 月 日 性別 男・女

(労働者用) ※勤務先ごとに必要

記入見本
(労働者で感染者の方)

就労証明書

1 勤務 (就労) 状況について

自宅住所	〇〇市〇〇町××一× 〇〇アパート 〇号	氏名	山梨 労政
勤務先	事務所名 株式会社〇〇〇〇 所属部署 〇〇〇課		
勤務状況	【公休※1は□】【有給※2は△】【休業※3は×】【出勤は○】 (外出自粛要請・入院期間について記載)		休業 (×の日数)
令和3年7月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 △ × × × × × ×		4 日
令和3年8月	1 2 × × 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 31		2 日

「×」の日数を記載

- ※1 公休：予め事業主が定めた休日（例：定休日、シフト休日）
- ※2 有給：給与、手当等の支給がある休日（例：有給休暇、特別休暇）
- ※3 休業：本来労働日であった日を休んだ日

①外出自粛要請（濃厚接触者として要請された期間がある場合のみ）及び、②入院・宿泊療養・保健所の決定による自宅療養により休業した期間の情報を記載
 (①、②それぞれ最長で連続した14日間)
 ・公休（定休日等、元から休みの日）→□
 ・有給（有給休暇、休業手当が出た日）→△
 ・休業（本来就労するはずが、感染や外出自粛要請により就労できず、給与や休業手当が出ていない日）→×

なお、休業期間中に、労働基準法に基
その他給与の補てんに当たる公的な給付

入院・宿泊療養・保健所の決定による自宅療養が終了した日以降に作成

令和 3年 ×月 ×日
申請者名 山梨 労政



上記のとおり相違ないことを証明します。

令和3年 ×月 ×日
 所在地 〇〇市 〇〇町 〇〇—〇
 事業所名 株式会社〇〇〇〇
 代表者 代表取締役 〇〇 〇〇
 (担当) 〇〇課 〇〇
 電話番号 055-XXXX-XXXX

勤務先が複数ある場合は、それぞれの事業所の証明が必要です。
 例) 月～金曜日はA社で勤務、土曜日はB店でアルバイト
 →A社とB店の証明が必要
 ※A社かB店のいずれかに勤務予定があり、かつ、どちらの勤務先からも給与や休業手当が出ていない日が助成の対象です。



入院・宿泊療養・保健所の決定による自宅療養が終了した日以降に証明

法人の場合は法人の印
個人事業主の場合は事業主の印

【問合せ先】産業労働部労政雇用課 (TEL: 055-223-1561)

(労働者用) ※勤務先ごとに必要

就労証明書

1 勤務（就労）状況について

自宅住所		氏名	
勤務先	事務所名 所属部署		
勤務状況	【公休※1は□】【有給※2は△】【休業※3は×】【出勤は○】 (外出自粛要請・入院期間について記載)		休業 (×の日数)
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		日
令和 年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		日

※1 公休：予め事業主が定めた休日（例：定休日、シフトの入っていない日）

※2 有給：給与、手当等の支給がある休日（例：有給休暇、有給の傷病休暇、休業手当の対象日）

※3 休業：本来労働日であった日を休んだ日で、給与、手当等の支給が無い日

なお、休業期間中に、労働基準法に基づく休業手当金、健康保険法に基づく傷病手当金、その他給与の補てんに当たる公的な給付金等を受給していません。

令和 年 月 日

申請者名

印

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

代表者名

(担当者名)

電話番号

印

※この証明書は、感染症拡大防止のための新型コロナウイルス対策休業助成金支給事務のために使用します。なお、記載内容について、電話等により照会させていただく場合があります。あらかじめ御了承ください。

【問合せ先】産業労働部労政雇用課（TEL：055-223-1561）

労働者で感染者の方

書類提出前にご確認ください

① 次のチェックリストで内容を確認してください。

■ 助成金対象者であるか

山梨県内に居住している。	<input type="checkbox"/>
雇用されて働き、給与を得ている。	<input type="checkbox"/>
保健所から入院勧告または外出自粛要請を受けた。	<input type="checkbox"/>
休業は年次有給休暇や特別休暇等給与の支給される休みではない。	<input type="checkbox"/>
休業に対する休業手当が支給されない。	<input type="checkbox"/>
休業に対する傷病手当金が支給されない。 ※傷病手当金については、下記にお問い合わせください。 社会保険に加入されている方→職場の総務担当者、又はご加入の健康保険の保険者 国民健康保険に加入されている方→お住まいの市町村の健康保険担当課	<input type="checkbox"/>
その他、休業に対する公的な補償や、給与・手当を受け取っていない。	<input type="checkbox"/>

■ 必要な書類が揃っているか

様式第6号	<input type="checkbox"/>
誓約書	<input type="checkbox"/>
就労証明書	<input type="checkbox"/>
直近の給与明細のコピー ※給与明細が無い場合、青色専従者給与に関する届出書、源泉徴収票等でも可。	<input type="checkbox"/>
健康保険証のコピー	<input type="checkbox"/>

■ 書類が正しく作成されているか

記載は鉛筆、または消せるボールペンではない。	<input type="checkbox"/>
記入見本と照合し、書き漏れ・書き間違いがないことを確認した。 ※訂正がある場合は訂正印によること。修正液等は使用不可。	<input type="checkbox"/>
様式第6号、誓約書、就労証明書について、押印漏れがないことを確認した。	<input type="checkbox"/>

※上記のうち、一つでも当てはまらない場合は、助成金は支給されません。

不明な点がありましたら、お問い合わせください。

② 全て当てはまる事が確認できましたら、下記あて郵送でご提出ください。

<提出先> 〒400-8501 甲府市丸の内1-6-1 山梨県労政雇用課長（親展）

<問い合わせ先> 山梨県労政雇用課 労政担当 TEL: 055-223-1561