

1、2回目接種後の休業について申請する

労働者の方

申請に必要な書類

※ 会社にお勤めしながら、個人事業主の仕事も行っている場合は、両方の書類が必要です。

会社にお勤めの方（アルバイト、パートの方）	個人事業主の方
・ 様式 1（交付申請書）	・ 様式 1（交付申請書）
・ 様式 2（誓約書）	・ 様式 2（誓約書）
・ 様式 3 または 様式 3 - 1（就労証明書）	・ 様式 4 または 様式 4 - 1（就労申立書）
・ 健康保険証のコピー	・ 直近の「所得税及び復興特別所得税の確定申告書」のコピー
・ 直近の給与明細のコピー	・ 新型コロナウイルスワクチン予防接種済証のコピー
・ 新型コロナウイルスワクチン予防接種済証のコピー	・ 振込先の通帳等のコピー
・ 振込先の通帳等のコピー	

- ◆ 申請書は鉛筆、消せるボールペンで書かないでください。
- ◆ 書類提出前に記入例のとおりに記載されているか、ご確認ください。
- ◆ 不備があると、電話での確認や申請書の修正をお願いすることになるため、支給が遅れてしまいます。

< 郵送で提出する場合 >

〒409-3851 山梨県中巨摩郡昭和町河西1232-1 山梨県新型コロナウイルス関係休業助成金事務局

< メールで提出する場合 > yamanashi-joseikin@hucom-eng.co.jp

< 問い合わせ先 > 電話番号：055-268-6667（土日祝日・12/29～1/3を除く 10時～18時）

記入見本

1～2回目接種用

【様式1】

山梨県知事 殿

令和4年×月×日 ← 休業が終了した日以降の日付

住所	〒40×-××××	
	〇〇市〇〇町××-×	
	〇〇アパート 〇号	
氏名	山梨 芳政	<input checked="" type="radio"/>
日中連絡できる電話番号	××× (×××) ××××	

あなたの住所、氏名、日中連絡がとれる連絡先を記載し、あなたの印を押してください

あなたが会社員、パート、アルバイト、家族従業者の場合、「労働者」に○をつけてください
あなたが確定申告をしている自営業者の場合、「個人事業主」に○をつけてください
両方に当てはまる場合は、両方に○をつけてください

新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金交付申請書

新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

あなたが働いている会社、店等の名前を記載してください
(いくつもの会社で働いている場合は、全ての会社の名前を記載してください)

就労形態 ※該当するものに○	<input checked="" type="radio"/> 労働者	<input type="radio"/> 個人事業主
勤務先事業所名 所属部署	株式会社〇〇〇〇 〇〇〇課	
ワクチンの副反応 と思われる症状により 休業した日 ※接種の当日～翌々日 のうち連続した2日 間を限度とする ※①、②のいずれか または両方を記載	① 1回目の接種後の休業した日 ※休業していない、または申請済みの場合は空欄 令和 4年 5月 18日	令和 年 月 日
	② 2回目の接種後の休業した日 ※休業していない、または未接種の場合は空欄 令和 4年 6月 8日	令和 4年 6月 9日
申請額 (申請日数×4,000円) ※該当する金額欄に○	<input type="radio"/> 4,000円 (1日分)	<input type="radio"/> 8,000円 (2日分)
	<input checked="" type="radio"/> 12,000円 (3日分)	<input type="radio"/> 16,000円 (4日分)

新型コロナウイルスワクチンの接種を受けて、副反応と思われる症状によって予定していたお仕事を休んだ日を記載してください

(例)

- 5/17 ワクチンの接種を受けるため、会社を休んだ
- 5/18 仕事の予定が入っていたが、副反応と思われる症状が出て、具合が悪かったので、仕事を休んだ
- 5/19 仕事の予定は元々なかったので、休んだ
- 5/20 仕事の予定が入っていたが、副反応と思われる症状で、まだ具合が悪かったので、仕事を休んだ

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

金融機関名	本店店名	預金種別	口座番号 (右詰め)						
〇〇銀行	〇〇支店	<input checked="" type="radio"/> 普通当座	×	×	×	×	×	×	×
金融機関コード	本・支店コード	口座名義 (カタカナ)	ヤマナシ ローセイ						

	助成金	説明
5/17	対象外 ×	ワクチン接種のために休んだ場合は対象外です
5/18	対象 ○	
5/19	対象外 ×	元々仕事が休みの場合は対象外です
5/20	対象外 ×	「接種を受けた日の翌日と翌々日」または「接種を受けた日と接種を受けた日の翌日」が対象です

(添付書類)

- 誓約書 (様式2)
- 就業状況確認書類 (次のもの全て)
 - 労働者: 就労証明書 (様式3 (勤務先が複数ある場合は、様式3-1))
直近の給与明細のコピー
健康保険証のコピー (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 (様式4 (労働者兼個人事業主の場合は、様式4-1))
直近の所得税及び復興特別所得税の確定申告書のコピー
- 新型コロナウイルスワクチン予防接種済証のコピー
- 振込先の通帳等のコピー

助成金の対象日数に○をつけてください

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。

1～2回目接種用

※ 労働者で勤務先が1カ所の方

【様式3】(労働者用)

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××-× 〇〇アパート 〇号	氏名	山梨 劳政
勤務先	事業所名 株式会社〇〇〇〇 所属部署 〇〇〇課		
新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応と思われる症状により休業した日			
1回目の接種後の休業した日		休業した日数	
令和 4年 5月 18日	令和 年 月 日	3 日	
2回目の接種後の休業した日			
令和 4年 6月 8日	令和 4年 6月 9日		

- ※1 接種を受けた日の翌日および翌々日のうち休業した日が対象です。
ただし、接種当日に副反応と思われる症状が発生し、接種後に予定されていた勤務を休業した場合は接種当日および翌日のうち休業した日が対象です。
- ※2 休業とは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です。
- ※3 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)や給与、手当等の支給がある休日(例:年次有給休暇、有給の傷病休暇、休業手当の対象日)は**対象外**です。

なお、休業期間中に、給与、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 4年 ×月 ×日

申請者名 山梨 劳政 (印)

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 4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

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇

(担当者名) 〇〇課 〇〇

電話番号 055-XXXX-XXXX



勤務先が複数ある場合は、様式3ではなく、様式3-1が必要です。それぞれの勤務先の分が必要です。
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店の就労証明書(様式3-1)と給与明細のコピーが必要
※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。

あなたの住所、氏名を記載してください
あなたが働いている会社、店等の名前を記載してください

助成の対象となる日を記載してください

※助成の対象になる日 と ならない日

仕事の予定だったのに、ワクチンの副反応と思われる症状が出たため、仕事を休んだ日で、給与や手当等が一切支給されなかった日	対象
ワクチンの副反応と思われる症状が出たことに関係なく、元々、休みだった日やシフトが入っていない日	対象外
仕事の予定だったのに、ワクチンの副反応と思われる症状が出たため、仕事を休んだ日で、有給で休んだ日 または 休業手当や給与、手当等が支給された日	対象外
出勤した日	対象外

休業が終了した日以降の日付を記載してください

あなたの氏名を記載し、あなたの印を押してください

休業が終了した日以降の日付を記載してください

法人の場合は法人の印、個人事業主の場合は事業主の印を押してください
店長や担当者の個人印や店名のゴム印は不可です

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。

※この証明書は、山梨県新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金支給事務のみに使用します。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】山梨県新型コロナウイルス関係休業助成金事務局 (TEL:055-268-6667)

【様式1】

令和 年 月 日

山梨県知事 殿

住所	〒 ー	
氏名	(印)	
日中連絡できる電話番号	()	

新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金交付申請書

新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

就労形態 ※該当するものに○	労働者 ・ 個人事業主			
勤務先事業所名 所属部署				
ワクチンの副反応 と思われる症状により 休業した日 ※接種の当日～翌々日 のうち連続した2日間を 限度とする ※①、②のいずれか または両方を記載	① 1回目の接種後の休業した日 ※休業していない、または申請済みの場合は空欄			
	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
	② 2回目の接種後の休業した日 ※休業していない、または未接種の場合は空欄			
	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
申請額（申請日数×4,000円） ※該当する金額欄に○	4,000円（1日分）		8,000円（2日分）	
	12,000円（3日分）		16,000円（4日分）	

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（右詰め）					
								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（様式2）
- 就業状況確認書類（次のもの全て）
 労働者：就労証明書（様式3（勤務先が複数ある場合は、様式3-1））
 直近の給与明細のコピー
 健康保険証のコピー（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（様式4（労働者兼個人事業主の場合は、様式4-1））
 直近の所得税及び復興特別所得税の確定申告書のコピー
- 新型コロナウイルスワクチン予防接種済証のコピー
- 振込先の通帳等のコピー

【様式 2】

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

【様式3】（労働者用）

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	事業所名 所属部署		
新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応と思われる症状により休業した日			
1回目の接種後の休業した日			休業した日数
令和 年 月 日	令和 年 月 日	日	
2回目の接種後の休業した日			
令和 年 月 日	令和 年 月 日		

※1 接種を受けた日の翌日および翌々日のうち休業した日が対象です。

ただし、接種当日に副反応と思われる症状が発生し、接種後に予定されていた勤務を休業した場合は接種当日および翌日のうち休業した日が対象です。

※2 休業とは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です。

※3 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）や給与、手当等の支給がある休日（例：年次有給休暇、有給の傷病休暇、休業手当の対象日）は対象外です。

なお、休業期間中に、給与、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、山梨県新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金支給事務のみに使用します。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】山梨県新型コロナウイルス関係休業助成金事務局（TEL:055-268-6667）