

1、2回目接種後の休業について申請する

個人事業主の方

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

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。

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ため、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

1～2回目接種用

※ 個人事業主の方

個人事業主の他にも、雇用されて仕事をしている場合は、様式4ではなく、様式4-1が必要です。
例) 月～金曜日は個人事業主として勤務、土曜日はA店でアルバイト
※個人事業主の仕事かA店のどちら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。

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。

【様式4】(個人事業主用)

就労申立書

1 就労状況について

| | | |
|-------------------------------------|----------------------|--------|
| 氏名 | 山梨 労政 | |
| 事業所 | (通常就労する場所) | |
| | 住所 ○○市○○町×××× ○○ビル○階 | |
| | 事務所名 ○○商店 | |
| 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 | |

あなたの氏名を記載してください
あなたの事業所の屋号やいつも就労している場所の住所等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、事業所得が得られなかった日 | 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 | 対象外 |
| 仕事をした日 | 対象外 |

- ※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 休業とは本来就労日であった日を休んだ日で、事業所得を得られない日です。
- ※3 予め定めた休日(例: 定休日等)は対象外です。

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、予定していた業務を休業しました。

なお、休業期間中に事業所得、健康保険法に基づく傷病手当金、その他事業所得の補てんに当たる公的な給付金等は得ていません。

休業が終了した日以降の日付を記載してください

上記のとおり相違ありません。

令和 4年 ×月 ×日
所在地 ○○市○○町×××× ○○ビル○階
事業所名 ○○商店
代表者名 山梨 労政
電話番号 055-×××-××××

事業所の所在地、事業所名、あなたの氏名を記載してください



あなたの印を押してください

※この申立書は、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4】（個人事業主用）

就労申立書

1 就労状況について

| | | | |
|-------------------------------------|------------------|---|--------|
| 氏名 | | | |
| 事業所 | (通常就労する場所) 住所 | | |
| | 事務所名 | | |
| 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、接種後に予定していた業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 休業とは本来就労日であった日を休んだ日で、事業所得を得られない日です。

※3 予め定めた休日（例：定休日等）は対象外です。

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、予定していた業務を休業しました。

なお、休業期間中に事業所得、健康保険法に基づく傷病手当金、その他事業所得の補てんに当たる公的な給付金等は得ていません。

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

所在地

事業所名

代表者名

電話番号

印

※この申立書は、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）