

記入見本（労働者兼個人事業主の方）

様式第1号（第5条関係）

休業が終了した日以降に申請

令和3年×月×日

山梨県知事 殿

〒40×-××××

申請者住所 ○○市○○町××-×

○○アパート ○号

氏名 山梨 労政

印

日中連絡できる電話 ×××-××××-××××

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及び実績報告書

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要綱第5条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

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	株式会社○○○○ ○○○課 ○○商店	
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 3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 3年 6月 8日	令和 3年 6月 9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）							
○○銀行				○○支店				① 普通当座 ②	×	×	×	×	×	×	×	×
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 ロウセイ						

（添付書類）

誓約書（様式第2号）

就業状況確認書類（次のもの全て）

労働者：就労証明書（様式第3号）

直近の給与明細のコピー（「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（様式第4号）

直近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

様式第2号、様式第3号、直近の給与明細のコピー、健康保険証のコピー、様式第4号、直近の確定申告書のコピー、予防接種済証のコピー、振込先の通帳等のコピーが必要

山梨県知事 殿

〒 -

申請者住所

氏名

印

日中連絡できる電話

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及び実績報告書

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要綱第5条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

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（様式第2号）
- 就業状況確認書類（次のもの全て）
  - 労働者：就労証明書（様式第3号）  
直近の給与明細のコピー（「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（様式第4号）  
直近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

様式第2号

## 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

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 3年 5月 18日	令和 年 月 日	2 日	
2回目の接種後の休業した日			
令和 3年 6月 8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。

休業が終了した日以降に作成

令和 3年 ×月 ×日

休業が終了した日以降に証明

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 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  
 代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇  
 (担当者名) 〇〇課 〇〇  
 電話番号 055-×××-××××

(印)

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。

法人の場合は法人の印  
個人事業主の場合は事業主の印

※この証明書は、山梨県新型コロナウイルスワクチン接種後の副反応休業助成金事務局に使用します。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ワクチン副反応休業助成金事務局 (TEL:055-268-6667)

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ワクチン副反応休業助成金事務局（TEL:055-268-6667）

## 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	〇〇市〇〇町×××× 〇〇ビル〇階	
	事務所名	〇〇商店	
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  <b>1</b> 日
令和 年 月 日	令和 年 月 日		
2回目の接種後の休業した日			
令和 3年 6月 9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。

休業が終了した日以降に作成

令和 3年 ×月 ×日  
所在地 〇〇市〇〇町×××× 〇〇ビル〇階  
事業所名 〇〇〇商店  
代表者名 山梨 労政  
電話番号 055-×××-××××

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ワクチン副反応休業助成金事務局（TEL:055-268-6667）

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ワクチン副反応休業助成金事務局（TEL:055-268-6667）



# 労働者兼個人事業主の方

## 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

山梨県に居住し、R3.4.1～R4.3.31の間に新型コロナウイルスワクチンを接種した。	<input type="checkbox"/>
雇用されて働き、給与を得ている。また、個人事業主でもある。	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルスワクチン接種の副反応と思われる症状により休業した。	<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1号	<input type="checkbox"/>
様式第2号	<input type="checkbox"/>
様式第3号	<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"/>
様式第4号	<input type="checkbox"/>
直近の確定申告書のコピー ※開業して間もない等、確定申告の実績が無い場合は開業届等でも可。	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルスワクチン予防接種済証のコピー	<input type="checkbox"/>
振込先の通帳等のコピー	<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1号、様式第2号、様式第3号、様式第4号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>

〒409-3851

中巨摩郡昭和町河西1232-1

山梨県新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金事務局

<問い合わせ先>

山梨県新型コロナウイルスワクチン副反応休業助成金事務局

TEL: 055-268-6667