**2022年度後期「研究活動とライフイベントの両立のための補助人材支援」申請書**

令和　　年　　月　　日

ダイバーシティ・インクルージョン推進本部長　殿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請者**  **（対象者本人）** | | ふりがな | |
| 氏名 | |
| 所属： | | | 職名： |
| 連絡先 | 電話番号： | | |
| メールアドレス： | | |

**申請に係わる下記の注意事項を確認し、チェックをお願いします。**

* **申請者は「ライフイベント中の研究支援」を主目的とする助成金（花王 Crescent award、JST出産・子育て・介護支援制度、等）を得ていません**

**所属する研究室等の長による確認欄**

所属：

職名：

氏名：

(記名押印または署名)

下記により，支援を申請しますので承認願います。

※支援対象者が研究室代表ではない助教，講師，准教授（特任含む）の場合，所属する研究室等の長の確認が必要です。

**１．希望する支援と状況詳細**

希望する支援の（A）～（C）のいずれかに必要事項を記入してください。共通項目については当てはまるものに記載してください。

**（A-1.2）産休・育休への支援**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 産前・産後休暇取得 | 出産予定日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| 育児休業取得 | 予定期間 | 西暦　　　　年　　　月　　　日から  　　　　　　年　　　月　　　日まで |

**（A-3）介護中の支援**

要介護者、あるいは申請者が主としてサポートしている闘病中の家族について記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 介護休業取得 | 予定期間 | 西暦　　　　年　　　月　　　日から  　　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 申請者との関係 |  | |

**（B）母性保護の支援**

義務付けられている健康診断の内、該当するものにチェックしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 出産予定日 | 西暦　　　　年　　　月　　　日 |
| * 有機溶剤健康診断 * 特定化学物質健康診断 * 電離放射線健康診断 | |

**（C-1）育児中の支援**

小学１年生以下のお子さん全員の生年月日を記載してください。名前は不要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第　　　子 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生 | 歳 |
| 第　　　子 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生 | 歳 |
| 第　　　子 | 西暦　　　　年　　　月　　　日生 | 歳 |

**（C-2）介護中の支援**

要介護者、あるいは申請者が主としてサポートしている闘病中の家族について記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者との関係 |  |

**（C-3）その他の支援**

その他事由につき、サポートが必要と思われる内容について記載してください。

|  |
| --- |
|  |

**（A・B・C共通）パートナーの状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 該当なし | □（チェックをつけてください） |
| 配偶者・パートナーとの同居 | 有　　・　　無 |
| 本人とパートナーのみで育児を行っている場合 | パートナーの勤務先名称 |

**（A・B・C共通）**

|  |
| --- |
| 申請者の状況の詳細と支援が必要な理由を記載してください。 |
| 補助者の業務によって創出される申請者自身の研究時間の見込み |

**２．補助人材について**

希望する補助人材支援はどちらですか。

* 雇用人材費の支援　　　⇒この後の項目全てを記入
* ダイバーシティ・インクルージョン推進本部より業務補助者派遣　⇒（２－1～3）のみ記入

**（２－１）本支援財源による補助者を雇用する期間の見込み**

年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日

**（２－２）補助者の勤務時間の見込み**

・雇用人材費の支援の場合、予定している雇用のスケジュールを記入してください。

・業務補助者派遣の場合、希望する日時を記入してください。（上限は週に3時間）

例）毎週〇曜日 〇時～〇時，1日あたり〇時間　等

**（２－３）補助人材の業務内容**

業務の詳細，対象者の研究活動における位置づけなどを記入してください。

例）実験補助（要する技能についても記載）　実験準備　動物管理　動物実験補助　データ入力/整理　データ分析/解析補助　情報検索・収集

**（２－４）本支援以外に補助者を雇用する財源**

**有　　・　　無**

有の場合予定される財源名：

※　所属部局担当事務に確認する場合があります。忘れずに記入してください。

**（２－５）補助者の雇用形態**※該当する選択肢に○を付してください。

・技術補助員　　　　・短期支援員　　　・その他（　　　　　　　　　　）

**３．希望する支援金額**

金額　　　　　　　　円

※　業務補助者派遣を希望する場合，金額の記入は必要ありません。

以上