様式第４号（第５条関係）

下野市雇用奨励金交付要件確認書

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ 申請事業主  （事業主が法人の場合は、法人の名称，事業所の名称，事業所の所在地，代表者の職氏名を記入してください。） | 〒　　　－  住所  （フリガナ）  名称  電話番号  （フリガナ）  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代理人職氏名 | 印 | | | | | | | | | | | | | | |
| 業種 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ 対象労働者を雇用する事業所 | 雇用保険適用事業所番号 | |  |  |  | |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| 〒　　　－  住所  （フリガナ）  名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 対象労働者の雇入れ日の前日から  起算して６か月前からの解雇の有無 | | | | | ない ・ ある（解雇の理由　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| ３ 対象労働者の状況 | （フリガナ）  ①氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ②生年月日 | | 年　　月　　日（　　　歳） | | | | | | | | | | | | | |
| ③被保険者番号 | |  |  |  | |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| ④雇入れ年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ ④の日の住所 | | 下野市 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥申請項目  （要綱第２条）  該当するものに○を付けてください。 | | １．職安紹介者 | | | | | | | | | | | | | |
| ２．訓練修了者 | | | | | | | | | | | | | |
| ３．派遣労働者 | | | | | | | | | | | | | |
| ４．障害者等 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦事業主との関係  どちらかに○を  付けてください。 | | ２親等以内でない　・　２親等以内 | | | | | | | | | | | | | |
| ４　記載内容などに関する調査への同意 | （申請事業主）  記載内容について調査することに同意します。  印 （申請者の印） | | | | | | | | | | | | | | | |
| （対象労働者）  「３」に関する記載内容について確認し、内容に相違ありません。  また、記載内容について調査することに同意します。  　　　年　　　月　　　日  住所  氏名　　　　　　　　　　印 （対象労働者の印） | | | | | | | | | | | | | | | |