

# 高齢雇用継続給付受給資格確認・支給申請に係る訂正願

事業所番号	2302-	-	被保険者番号	-	-
	フリガナ			資格取得年月日	
氏名				昭和 平成 令和	年 月 日

訂正事項	誤	正
支給対象月	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
支払われた賃金	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
減額があった日数	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
	年 月 _____ 円 日	年 月 _____ 円 日
その他	( )欄	
	( )欄	
	( )欄	
過って届出た理由		

上記の事項について訂正願います。

令和 年 月 日

住 所

事業主 名 称

印

氏 名

名古屋中公共職業安定所長 殿

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	

所 長	次 長	課 長	係 長	専 門 官	係

※ 訂正事項に関する確認書類を添付して下さい。