

高 年 齢 雇 用 継 続 給 付 支 給 申 請 に 係 る 訂 正 願

事業所番号	2	3	-						-
被保険者番号			-						-
フリガナ								性別 男・女	
氏名									
資格取得年月日	昭和・平成		年	月	日				
区分変更年月日	平——成		年	月	日				
被保険者住所	〒								

※

所長	次長	課長	係長	係

	訂 正 事 項	誤	正
訂正事項を○で囲み、記入してください。	支給対象年月	年 月	年 月
	賃金の減額の日数	(日)	(日)
	賃金額	円	円
	支給対象年月	年 月	年 月
	賃金の減額の日数	(日)	(日)
	賃金額	円	円
	その他 (変更内容を詳細に)		
理由			

令和 年 月 日

上記事項について、誤って届け出しましたので訂正をお願いします。

事業主 所在地
名称・氏名
電話番号 ()

名古屋東 公共職業安定所長 殿

※ 訂正事項に関する確認書類を添付してください

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

備考	
----	--