

育児休業給付受給資格確認・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、その項目のみ記入してください。	支給対象期間	年 月 日 ~ 月 日	年 月 日 ~ 月 日
	就業日数(就業時間)	日 (時間)	日 (時間)
	賃金額	円	円
	支給対象期間	年 月 日 ~ 月 日	年 月 日 ~ 月 日
	就業日数(就業時間)	日 (時間)	日 (時間)
	賃金額	円	円
	休業開始年月日	年 月 日	年 月 日
職場復帰年月日	年 月 日	年 月 日	
住所(ヨミ)	〒	〒	
電話番号			
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	
----	--