

記載内容に関する確認書  
申請等に関する同意書  
(介護休業給付用)

平成 年 月 日

私は、下記の事業主が行う

記

- 雇用保険被保険者休業開始時賃金月額証明書の提出について同意します。
- 雇用保険法施行規則第 101 条の 19 の規定による介護休業給付金の支給申請について同意します。

(該当する項目にチェック。複数項目にチェック可)

※ 本同意書の保存期限は、雇用保険法施行規則第 143 条の規定により本継続給付に係る完結の日から 4 年間とします。

事業所名称 \_\_\_\_\_

事業主氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

以上