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）

令和　年　月　日

私は、下記の事業主が行う

記

* 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。

（同意する場合にチェック。）

※　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

以上