

↑ 該当するコース名に○印をつけてください。

事業所名【 】

\* トライアル雇用期間は、労働基準法及び最低賃金法等の労働関係法令が適用となり、時間外・休日及び深夜の割増賃金及び最低賃金額以上の賃金が、賃金支払日に支払われていることが必要です。

\* 社会保険(健康保険・厚生年金保険)の加入及び・年間休日数については、雇入れ前に事業主より示された求人条件と雇入れ後の労働条件が異なることなく労働関係法令に違反していないことが必要です。

\* 申請期限はトライアル終了した日の翌日から2か月以内(厳守)です。

\* 対象者が途中で離職した場合や当初の計画より早く常用雇用に移行した場合の提出期限は、それぞれの日から2か月以内(厳守)です。

\* トライアル雇用を開始した日の前日から起算して6か月前の日からトライアル雇用を終了する日までの期間に事業主都合で解雇した被保険者がいる場合、支給対象となりません。

\* トライアル雇用助成金の支給申請をしない場合でも、**トライアル雇用結果報告書[共通様式第2号(第1面)]**をハローワークもしくは労働局に提出願います。