雇用継続給付関係訂正願

訂正を行う給付金の種類	1. 高年齢雇用継続給付　2. 育児休業給付　3. 介護休業給付		
対象者 氏名		被保険者番号	－　　－
対象者 現住所	〒	対象者連絡先	
事業所名		資格取得年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
事業所番号	0401　－　　－	※育児･介護休業の場合 休業開始日	令和　　年　　月　　日

1. 訂正内容･理由

2. 具体的な再発防止策

上記のとおり訂正願います。

令 和　　年　　月　　日

仙台公共職業安定所長　殿

事業主
所　在　地
事 業 所 名
代表者氏名
電 話 番 号

（社会保険労務士･事務組合の場合）
所　在　地
名　　称
代表者氏名
電 話 番 号