

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 年 月 日 令和
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