長崎労働局長　殿

【別紙６】

追加支給申出書(休業等）

申し出年月日（初回）：　　　年　　月　　日

事業主名：

所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先℡：　　　　　担当者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 必要な情報 | 提出された書類（□にチェックを入れて下さい） | | 受付日 | 局確認 |
| 受給事実 | 「申請書類等」  **□支給決定通知書** | **□通帳の写**（雇調金の特定ができるもの）  **□総勘定元帳**（雇調金の特定ができるもの）  （その他参考となる書類：　　　　　　　　　　）  （その他参考となる書類：　　　　　　　　　　） |  | 確認日　/  ○　× |
| 支給額 |  | 確認日　/  ○　× |
| **□支給申請書**  **□助成額算定書** |
| □「支給決定通知書」「助成額算定書」「支給申請書」の３つをお持ちの場合、算定可能です。  ［□受給の事実等が確認できました　□受給の事実等が確認できないため対象になりません］※同じ確認日は省略可 | | | | |
| 判定基礎期間  【自：　　　　　　】  　　　　～  【至：　　　　　　】 | **□支給決定通知書** | **□賃金台帳**  （その他参考となる書類　□計画届　□支給申請書　□休業・教育訓練実績一覧表　□休業・教育訓練に関する確認書　□残業実績申立書　□残業実績内訳表　□雇用維持事業主申告書　□事業活動及び雇用の状況に関する申出書　□関連事業主認定申請書　□関連事業主認定通知書　□給与規定　（　　　　　　　）） |  | 確認日　/  ○　× |
| ［□判定基礎期間が確認できました　□判定基礎期間が確認できないため対象になりません　］ | | | | |
| 休業又は教育訓練の初日の属する年度の前年度の総賃金額 | **□助成額算定書** | **□労働保険確定保険料申告書　□賃金台帳**  （その他参考となる書類：　　　　　　　　） |  | 確認日　/  ○　× |
| 休業又は教育訓練の初日の属する年度の前年度末時点の被保険者数 | **□賃金台帳　□労働者名簿**  （その他参考となる書類　□労働保険確定保険料申告書　（　　　　　　　　　）） |  | 確認日　/  ○　× |
| 所定労働日数 | **□就業規則**（又は労働条件通知書）　（その他参考となる書類　□年間カレンダー（　　　　　　　　）） |  | 確認日　/  ○　× |
| 休業等の手当率 | **□休業等協定書　□就業規則**（その他参考となる書類　□給与規定　□賃金台帳（　　　　　　　）） |  | 確認日　/  ○　× |
| 助成率 | **□登記事項証明書　□労働者名簿**（その他参考となる書類　□賃金台帳　□雇用維持事業主申告書　□出退勤管理簿（雇用維持事業主の要件）□事業活動及び雇用の状況に関する申出書　□障害者手帳の写し（　　　）） |  | 確認日　/   * × |
| 休業等の延べ日数 | **□助成額算定書**  **□休業・教育訓練実績一覧表** | **□出勤簿　□タイムカード**  （その他参考となる書類　□教育訓練受講証明書（教育訓練のみ）　□休業・教育訓練の実施に関する確認書　□休業・教育訓練に関する確認書　（　　　　　　）） |  | 確認日　/  ○　× |
| 追加支給判断の結果 | １　算定の結果追加支給の対象になります。  ２　算定の結果追加支給の対象ではありませんでした。  ３　追加支給の対象になるとは確認できませんでした。 | |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 労働局記入欄 |  |
| （所記入欄)  受付日 |  |

＊不正受給（偽りその他不正の行為により本来受けることの出来ない追加支給を受け、又は受けようとしたこと）が判明した場合には支給決定を取り消し、返還していただきます。

雇用調整助成金（中小企業緊急雇用安定助成金を含む）の追加支給の申し出を以下のとおり致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　長崎 労働局長 殿

　 　　 　 事業主 　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 又は 　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人 　氏名　　　　　　　　 　　　 印

代理人が申し出をする場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に雇用調整助成金の支給に係る事業主（受給者）の住所、名称及び氏名の記入（押印不要）を、社会保険労務士法施行規則第16条第２項に規定する提出代行者又は同則第16条の３に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主（受給者）の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

　 　事業主又は 　 住所　〒

　　　　　　　　　　　　　社会保険労務士 　名称

　　　　　　　　（提出代行者・事務代行者）　氏名　　　　　　　　　 　　　 印