

再作成依頼書（事業主用）

ふりがな 被保険者氏名		被保険者番号		-		-	
事業所名		事業所番号		-		-	
再作成に係る高年齢雇用継続給付の支給対象期間							
初月	平成・令和	年	月	日	末月	平成・令和	年 月 日
育児休業給付開始年月日				介護休業給付開始年月日			
平成・令和 年 月 日				平成・令和 年 月 日			
再作成希望 通知書等 (希望するもの に○)	<ol style="list-style-type: none"> 1 高年齢雇用継続給付次回支給申請日指定通知書（事業主通知用） 2 高年齢雇用継続給付受給資格確認（否認）通知書（高年齢雇用継続給付支給決定通知書） 3 高年齢雇用継続給付支給申請書 4 育児休業給付次回支給申請日指定通知書（事業主通知用） 5 育児休業給付受給資格確認（否認）通知書（育児休業給付金支給決定通知書） 6 育児休業給付金支給申請書 7 育児休業給付受給資格者への通知票 8 介護休業給付金支給・不支給決定通知書 9 介護休業給付各種処理結果通知書 						
再作成希望理由	<ol style="list-style-type: none"> 1 滅失のため 2 損傷のため （理由が損傷である場合は、当該損傷した通知書等を添付してください。）						
上記の通知書等について、再作成いただくようお願いします。 令和 年 月 日							
_____ 公共職業安定所長 殿							
再作成依頼者 (事業主)	所在地： 名称： 代表者氏名： 電話番号： ㊟						

※ 代理人（社会保険労務士等）に請求を委任する場合には、以下にも記入してください。
 下記の2の者を代理人として、下記1に規定する権限を委任します。

記

- 1 権限：上記通知書等の再作成を依頼することについての一切の権限
- 2 代理人
 (住 所)
 (氏 名)

(事業主)

所在地：
 名称：
 代表者氏名：

㊟

※ 郵送での提供を依頼される場合は、返信用封筒を添付してください。

所長	部(次)長	課長	係長	係