

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 年 月 日	末月	平成 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 年 月 日		平成 年 月 日	
再作成希望 通知書等 (希望するものに○)	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	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。			
平成 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： _____ 印

※ 来所された方が当該事業所の職員であることを証する書類を提示してください。
 ※ 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