

## 再作成依頼書（事業主用）

公共職業安定所長 殿

下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

記

(再作成依頼者)

郵便番号・住所	〒
事業所または 労働保険事務組合の名称 事業主または 労働保険事務組合の代表者氏名	⑨
電話番号	
雇用保険事務担当者	(氏名)  (連絡先)

(再作成希望通知書等)

労働保険番号または基幹番号	府 県	所 掌	管 轄	基 幹 番 号	枝 番 号	
適用事業所番号			-		-	
事業所名						
被 保 険 者 氏 名 等	氏 名 (生年月日)		雇用保険被保険者番号		再作成に係る高年齢雇用継続給付の支給対象期間	
	( 年 月 日生)		-		初月 平成 年 月 末月 平成 年 月	
	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 (該当する番号に○を記載)	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 (該当する番号に○を記載)	1 滅失のため 2 損傷のため					

- ・ 再作成希望理由が損傷である場合は、当該損傷した通知書等を添付願います。
- ・ 再作成依頼者以外の者が提出する場合は、当該書面の再作成を求める事業主等の委任状を添付願います。
- ・ ハローワークに来所して提出する場合は、提出者が本人（依頼者または代理人、もしくはその職員）であることを証する書類（運転免許証等）を持参願います。

安定所処理欄

所 長	課 長	係 長	係

備 考