

捨印

地域雇用開発助成金にかかる被保険者確認表 (完了届・第 期申請分)

【重要】

雇用保険被保険者の取得・喪失漏れ等による被保険者数の誤りにより、不支給又は支給した助成金の返還を命ずる場合があります。今回の申請にあたり、下記の状況を確認して下さい。

申請事業所名: _____

被保険者及び被保険者とならない者の内訳

①全労働者数	②(①のうち) 役員・学生・ 他支店からの出向者	③(①のうち) ②を除いて 週20時間未満勤務の者	雇用保険被保険者数 (①から②③を差引いた数)

今回の申請にあたり、以下のとおり確認しました。

- 契約書又は労働条件通知書に週、年、月単位での所定労働時間を明示している。
はい ・ いいえ
- 役員、業務委託先の労働者、学生を被保険者としている。
はい ・ いいえ
- 契約の変更、本人都合等により週20時間未満の勤務が常態化した者を被保険者としている。
はい ・ いいえ
- 助成金の申請日までに既に退職・転勤等している従業員の雇用保険被保険者喪失届については漏れなくハローワークに提出し、また喪失確認通知書等を受領している。
はい ・ いいえ

5 未加入の従業員を以下に記入してください(未加入者が多数の場合は別添も可)

氏名	雇入日	未加入の理由
		昼間学生 ・ 役員等 ・ 週20時間未満
		昼間学生 ・ 役員等 ・ 週20時間未満
		昼間学生 ・ 役員等 ・ 週20時間未満
		昼間学生 ・ 役員等 ・ 週20時間未満
		昼間学生 ・ 役員等 ・ 週20時間未満

沖縄労働局長 殿

令和 年 月 日 時点において上記の内容に相違ありません。
(完了日又は支給基準日)

令和 年 月 日

事業主(法人名等)

代表者氏名(代表者印)