

令和 年 月 日

沖縄労働局長 殿

1 から 3 の記載事項については、いずれも事実と相違ありません。

事業主 所在地 _____ 電話番号 _____
名称 _____
氏名 _____

代理人又は 所在地 _____ 電話番号 _____

社会保険労務士 名称 _____ 登録番号 _____

- 提出代行者
 事務代理者

氏名 _____

※代理人等が事業主の申請を代わって行う場合、代理人等の氏名等を記載してください。

社会保険労務士による申請の場合は登録番号を記載してください。

記載にあたっての留意点

1. 本確認申立書において事実と異なる申し立てを行った場合、助成金の支給を受けることはできません。また、故意に偽りの証明を行うことは不正受給に該当し、刑事告訴の対象となる場合があります。
2. 「教育訓練機関に関連する者」とは、教育訓練機関と資本的・経済的・組織的関連性等の状況からみて密接な関係にあると認められる者（財務諸表等の用語、様式及び作成方法に関する規則（昭和 38 年大蔵省令第 59 号）第 8 条に定義されている親会社、子会社、関連会社及び関係会社など）、業務委託又は業務提携など業務上の関係がある者その他事業主等から教育訓練機関への訓練経費の支払いに関連して、事業主等に金銭等を提供する者をいいます。当該関連性については実態により客観的に判断するものとします。なお、法人や個人を問いません。
3. 「教育訓練機関等」とは、教育訓練機関又は教育訓練機関に関連する者のことをいいます。