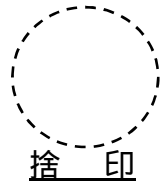


派遣労働者雇用安定化特別奨励金 (第 期) 支給申請書

派遣労働者雇用安定化特別奨励金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。



労働局長 殿 ( 公共職業安定所経由) 平成 年 月 日

① 申請事業主	(事業主・代理人) 該当するものを○で囲んでください	(事業主・提出代行者・事務代理人) 該当するものを○で囲んでください		
	住所 (〒 - )	住所 (〒 - )		
	名称	名称		
	氏名 (記名押印又は署名) 電話番号 ( - )	氏名 (記名押印又は署名) 電話番号 ( - )		
② 雇用保険適用事業所番号等	労働保険番号 ( - )	雇用保険適用事業所番号 ( - )		
③ 対象労働者	(1) 氏名 (フリガナ)			
	生年月日 (昭和・平成) 年 月 日	性別 男・女		
	雇用保険被保険者番号 ( - )			
	(2) 氏名 (フリガナ)			
	生年月日 (昭和・平成) 年 月 日	性別 男・女		
	雇用保険被保険者番号 ( - )			
	(3) 氏名 (フリガナ)			
生年月日 (昭和・平成) 年 月 日	性別 男・女			
雇用保険被保険者番号 ( - )				
※ 様式第1号第2面の記載 (有・無)				
④ 払渡希望金融機関	金融機関名	支店名		
	口座番号 (普通・当座・その他)			
	口座名義 (フリガナ)			
⑤ 企業規模 <small>該当するチェック欄に ✓を記入してください。</small>	チェック欄	業種	常時雇用する労働者数	資本又は出資額
	<input type="checkbox"/>	小売業(飲食店含む)	50人以下	5千万円以下
	<input type="checkbox"/>	サービス業	100人以下	5千万円以下
	<input type="checkbox"/>	卸売業	100人以下	1億円以下
	<input type="checkbox"/>	その他の業種	300人以下	3億円以下
<input type="checkbox"/>	上記以外			
⑥ 申請書作成者氏名 (所属部署) (電話 - - )				

以下は記入しないでください (労働局(安定所)使用欄)。

労働保険の納付状況 未納 有・無 ( 年度分)					支給決定額 円		
決裁欄	所長	次長	課長・統括	上席・係長	指導官	指導官	担当
	局長	部長	課長	課長補佐	指導官	係長	担当
支給 (不支給) 決定日		平成	年	月	日	支給決定番号	第 号