（都道府県）労働局長　殿

追加支給申出書（出向）

申し出年月日（初回）：　　　年　　月　　日

事業主名：

所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先℡：　　　　　担当者名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 必要な情報 | 提出された書類（□にチェックを入れて下さい） | | 受付日 | 局確認 |
| 受給事実 | 「申請書類等」  **□支給決定通知書** | **□通帳の写**（雇調金の特定ができるもの）  **□総勘定元帳**（雇調金の特定ができるもの）  （その他参考となる書類：　　　　　　　　　　）  （その他参考となる書類：　　　　　　　　　　） |  | 確認日　/  ○　× |
| 支給額 |  | 確認日　/  ○　× |
| **□支給申請書** |
| □「支給決定通知書」「出向元事業所賃金補填額・負担額調書」「支給申請書」の３つをお持ちの場合、算定可能です。  ［□受給の事実等が確認できました　□受給の事実等が確認できないため対象になりません］※同じ確認日は省略可 | | | | |
| 支給対象期  【自：　　　　　　】  　　　　～  【至：　　　　　　】 | **□支給決定通知書** | **□出向協定書　□出向契約書**  （その他参考となる書類　□出向等実施計画届　□出向に関する確認書　□出向元事業所支給対象賃金補填額調書　□雇用維持事業主申告書　□労働者派遣契約に係る契約期間遵守証明者　（　　　　　　　）） |  | 確認日　/  ○　× |
| ［□支給対象期が確認できました　□支給対象期が確認できないため対象になりません］ | | | | |
| 出向元事業主負担額 | **□出向元事業所賃金補填額・負担額調書** | **□賃金台帳　□総勘定元帳**　（その他参考となる書類　□出向に関する確認書（　　　　　　　　）） |  | 確認日　/  ○　× |
| 出向前の賃金日額 | **□就業規則　□賃金台帳**  （その他参考となる書類：　　　　　　　　　） |  | 確認日　/  ○　× |
| 助成率 | **□支給申請書** | **□登記事項証明書　□労働者名簿**  （その他参考となる書類　□賃金台帳　□賃金台帳　□雇用維持事業主申告書　□出退勤管理簿（雇用維持事業主の要件確認）□事業活動及び雇用の状況に関する申出書　□障害者手帳の写し（　　　　　　　　　　　）） |  | 確認日　/  ○　× |
| 追加支給判断の結果 | １　算定の結果追加支給の対象になります。  ２　算定の結果追加支給の対象ではありませんでした。  ３　追加支給の対象になるとは確認できませんでした。 | |  |  |

＊不正受給（偽りその他不正の行為により本来受けることの出来ない追加支給を受け、又は受けようとしたこと）が判明した場合には支給決定を取り消し、返還していただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 労働局記入欄 |  |
| （所記入欄)  受付日 |  |

雇用調整助成金（中小企業緊急雇用安定助成金を含む）の追加支給の申し出を以下のとおり致します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　 労働局長 殿

　 　　 　 事業主 　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 又は 　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理人 　氏名　　　　　　　　 　　　 印

代理人が申し出をする場合は、上欄に代理人の記名押印等を、下欄に雇用調整助成金の支給に係る事業主（受給者）の住所、名称及び氏名の記入（押印不要）を、社会保険労務士法施行規則第16条第２項に規定する提出代行者又は同則第16条の３に規定する事務代理者たる社会保険労務士が申請する場合は、上欄に事業主（受給者）の記名押印等を、下欄に社会保険労務士の記名押印等をしてください。

　 　事業主又は 　 住所　〒

　　　　　　　　　　　　　社会保険労務士 　名称

　　　　　　　　（提出代行者・事務代行者）　氏名　　　　　　　　　 　　　 印