

年 月 日

大泉町長 様

申請者所在地

事業所名

代表者名

大泉町雇用奨励金対象従業員認定申請書

大泉町雇用奨励金について次のとおり対象従業員の認定を申請します。

事業所所在地	〒 大泉町
電話番号	() ー
対象従業員	人 (うち障害者 人)
主な事業	
雇用保険適用 事業所番号	ー ー

※添付書類

- (1) 対象従業員の住民票の写し又は住民基本台帳閲覧同意書（別記様式第2号）
- (2) 雇用契約の内容が分かる書類の写し
- (3) 対象従業員が障害者の場合は、身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し
- (4) その他町長が必要と認める書類

対象従業員①	氏名	フリガナ	住所	
		【生年月日】 年 月 日		
障害者手帳の有 無		☐ 有 ・ ☐ 無	雇用保険加入の有無	☐ 有 ・ ☐ 無
正規雇用従業員として雇用された日		年 月 日 【試用期間】 ☐ 有 （ 年 月 日 ～ 年 月 日 ） ☐ 無		
賃金	1 基本給与		月額給与 円	
	2 賃金締切日			
	3 賃金支払日			
	4 賃金支払方法			
	5 賞与または退職金の有無		賞与： ☐ 有 ・ ☐ 無 退職金： ☐ 有 ・ ☐ 無	
	6 昇給の有無		☐ 有 ・ ☐ 無	
勤務場所		大泉町		
就業時間 及び 休日（定例日）		始業 時 分 ～ 終業 時 分（休憩 分） 休日（定例日） 毎週 曜日		
対象従業員②	氏名	フリガナ	住所	
		【生年月日】 年 月 日		
障害者手帳の有 無		☐ 有 ・ ☐ 無	雇用保険加入の有無	☐ 有 ・ ☐ 無
正規雇用従業員として雇用された日		年 月 日 【試用期間】 ☐ 有 （ 年 月 日 ～ 年 月 日 ） ☐ 無		
賃金	1 基本給与		月額給与 円	
	2 賃金締切日			
	3 賃金支払日			
	4 賃金支払方法			
	5 賞与または退職金の有無		賞与： ☐ 有 ・ ☐ 無 退職金： ☐ 有 ・ ☐ 無	
	6 昇給の有無		☐ 有 ・ ☐ 無	
勤務場所		大泉町		
就業時間 及び 休日（定例日）		就業時間 時 分 ～ 時 分（休憩 分） 休日（定例日） 毎週 曜日		