様式第１号

年　　　月　　　日

大泉町長　　様

申請者　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 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象従業員① | | 氏名 | ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ | | 住所 |  |
|  | |
| 障害者手帳の  有　無 | | | 有　　・　　無 | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 正規雇用従業員として雇用された日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 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昇給の有無 | | |  | | |
| 就業時間 | | | | 時　　分～　　時　　分　（休憩　　　分） | | |
| 対象従業員② | | 氏名 | ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ | | 住所 |  |
|  | |
| 障害者手帳の  有　無 | | | 有　　・　　無 | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 正規雇用従業員として雇用された日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | |
| 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昇給の有無 | | |  | | |
| 就業時間 | | | | 時　　分～　　時　　分　（休憩　　　分） | | |

※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（様式第２号）

　　（２）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

　　（３）雇用契約の内容が分かる書類の写し

　　（４）その他町長が必要と認める書類