

宮古市長 あて

住 所

事業所名

代表者名

電話番号 — —

高齢者雇用奨励金交付対象予定事業者登録申請書

宮古市高齢者雇用奨励金の交付対象予定事業者の登録を下記のとおり申請します。

記

業種	
対象者	住 所
	氏 名
	生年月日 年 月 日
(A) 上記対象者の雇用年月日	年 月 日
(B) 上記対象者の常用雇用年月日	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 異なる (年 月 日)
(A) と (B) が異なる場合、その理由	(例：6ヶ月のパート雇用を経てから常用雇用) (例：3ヶ月のトライアル雇用を経てから常用雇用)
確認事項 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 雇用保険適用事業所である。 <input type="checkbox"/> 風俗営業等の規制及び業務の適正化等に関する法律第2条に規定する風俗営業(同条第1項第1号に掲げる料理店、同項第4号及び第5号に掲げる営業を除く。)及び性風俗特殊営業を行っていない <input type="checkbox"/> 上記対象者は事業主と2親等以内の親族関係ではない <input type="checkbox"/> 上記対象者は、雇用された日の前日から過去1年間に事業主と雇用、請負、委託の関係にない <input type="checkbox"/> 国などの同様の雇用助成金の申請の予定はない <input type="checkbox"/> 上記対象者の勤務先は市内である。 ※勤務先が市外の場合、その状況について「その他特記事項」に記載してください
その他特記事項	

予定事業者の登録にあたり、対象者やその他必要な事項について、この奨励金の市担当課の職員が調査、確認することに同意します。

申請者氏名 _____