

雇用調整助成金・緊急雇用安定助成金支給決定通知書（写）交付願

鹿児島労働局職業対策課長 殿

令和 年 月 日

事業所名

代表者役職・氏名

(署名又は記名押印)

住所 〒 -

申請担当者 氏名

連絡先電話番号

代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理者）

申請担当者 氏名

(署名又は記名押印)

連絡先電話番号

鹿児島市雇用維持支援金の支給申請に伴い、次のとおり交付を希望します。

記

1. 休業した事業所

2. 店舗などの名称

3. 住所 〒 -

4. 雇用保険適用事業所番号（ない場合は労働保険番号）

46 - -

() - -

5. 交付を希望する雇用調整助成金等の対象の判定基礎期間、該当する助成金の種類を
○で囲んでください。）

(雇調金・緊安金) 令和3年 月 日～令和3年 月 日

(雇調金・緊安金) 令和3年 月 日～令和3年 月 日

(雇調金・緊安金) 令和3年 月 日～令和3年 月 日

(雇調金・緊安金) 令和3年 月 日～令和3年 月 日

(雇調金・緊安金) 令和3年 月 日～令和3年 月 日

(雇調金・緊安金) 令和3年 月 日～令和3年 月 日

※欄は記入しないでください。

※交付年月日

令和 年 月 日