

対象労働者の内訳

(太枠内を記入してください)

① 対象労働者氏名	② 生年月日	③ 住 所
フガナ	昭和 平成 年 月 日生	町 丁目 番 号
④ 対象労働者の種別 (いずれかに○印)		
重度障害者等 精神障害者 発達障害者・難治性疾患患者 その他の障害者 高年齢者 母子家庭の母等 父子家庭の父 生活保護受給者等 就職氷河期世代長期不安定雇用者 その他 ()		
⑤ 雇用年月日及び雇用期間		⑥ 異動内容(退職理由等)
年 月 日 雇用 ~ 在職中 又は 年 月 日 退職		
⑦ 国の助成金の支給決定 年月日と助成金支給番号	認 定 欄 (この欄は記入しないでください)	
	支給対象期間	年 月 から 年 月 まで () 月間
	支給金額	円 × 月 = 円
年 月 日		
第 号		

① 対象労働者氏名	② 生年月日	③ 住 所
フガナ	昭和 平成 年 月 日生	町 丁目 番 号
④ 対象労働者の種別 (いずれかに○印)		
重度障害者等 精神障害者 発達障害者・難治性疾患患者 その他の障害者 高年齢者 母子家庭の母等 父子家庭の父 生活保護受給者等 就職氷河期世代長期不安定雇用者 その他 ()		
⑤ 雇用年月日及び雇用期間		⑥ 異動内容(退職理由等)
年 月 日 雇用 ~ 在職中 又は 年 月 日 退職		
⑦ 国の助成金の支給決定 年月日と助成金支給番号	認 定 欄 (この欄は記入しないでください)	
	支給対象期間	年 月 から 年 月 まで () 月間
	支給金額	円 × 月 = 円
年 月 日		
第 号		

※ ⑥「異動内容」は、対象労働者の住所変更、改姓(名)、休職等の異動が生じた場合、その内容と異動年月日を記入してください。

※ 対象労働者が3名以上の場合は、コピーしてください。