様式第２号（第６条関係）

雇　用　計　画　書

年　　　月　　　日

　椎　葉　村　長　殿

　事業所名

代表者名

　　椎葉村雇用対策事業補助金採択申請にあたり、次のとおり対象労働者の雇用計画書を提出いたします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①企業名 | | | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | 業　　種 | | | | | | | 資本金 | | | | | | 常時使用する従業員数 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | 千円 | | | | | | 人 | | | | | |
| ②対象労働者雇用事業所 | | 事業所名  （①と同じ場  合は省略可） | | | | フリガナ | | | | | | | | | | | | | 雇用保険適用事業所番号　※１ | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  |  |  | |  | | － |  |  | |  | |  |  |  | － |  |
| 代表者名 | | | |  | | | | | | 住所 | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 雇用保険に加入している本社・本店の住所 | | | | | | | | | | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 雇　 用　 計　 画 | ③象労働者 | | | 氏名 | | | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日  　　　　　　（満　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | （〒　　　－　　　　） | | | | | | | | | | | | 雇用保険被保険者番号（左つめ） | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 直近の  職歴 | | | 年　　月～　　　年　　　月 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月～　　　年　　　月 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月～　　　年　　　月 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④用開始日 | | | | | | 年　　 　月　 　　日　　（雇用保険資格取得日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤基本給料月額※２ | | | | | | □月給制  □日給制 | | 円 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥就業時間 | | | | | | 時　 　分から　　　 時　　　分まで　　　　週休　　　　日  　１週間あたりの所定労働時間　　　　　時間  　（通常の労働者の１週間あたりの所定労働時間　　　　時間） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦職種・業務  　及び配属部署 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧対象労働者雇い入れ  　に係る紹介元 | | | | | | | □ 　日向公共職業安定所　　　□　　その他  　□　 職業紹介事業者〔事業所名：　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所の雇用状況 | | | ⑨雇用計画書提出日現在の雇用保険一般被保険者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | |
| ⑩対象労働者雇い入れ日前日から6箇月前の日の雇用保険一般被保険者数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 人 | | | | | | | |
| ⑪対象労働者雇用以前6箇月間の雇用保険一般被保険者事業主都合解雇の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | □ 有　　□ 無 | | | | | | | |
| ⑪補助金交付申請  事務担当者 | | | | | 氏名 | | |  | | | 役職 | | | |  | | | | | | | 電話：　　　－  　　 （内線　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先（②と同じ  場合は記入不要） | | | | | （〒　　　－　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※１：適用保険事業所番号は企業の他の事業所（本社等）で一括して加入している場合、加入している事業所に係る番号を記入

※２：基本給料とは、１箇月分の賃金の外に職能給、役職給、技能給、特殊勤務給を含み、奨励給、歩合給、家族手当、住宅手

当等の生活補給給及び時間外手当は含まない。