

## 支給対象事業主確認票

1 主たる事業所について

支給対象事業主の主たる事業所について記入してください。

名称

所在地

雇用保険適用事業所番号(以下「事業所番号」という。)

2 従たる事業所について

支給対象事業主が有するすべての従たる事業所を記入してください。

事業所数

事業所

事業所名		
事業所番号	-	-
事業所名		
事業所番号	-	-
事業所名		
事業所番号	-	-
事業所名		
事業所番号	-	-
事業所名		
事業所番号	-	-

注1) 事業所が他都道府県にまたがる場合もすべて記入してください。

注2) 記入しきれない場合は同様式2枚目に記入してください。

注3) 記入漏れがあった事業所において転換された支給対象労働者に係る支給申請があった場合、過去に遡って支給の適正を調査することがあります。

3 有期契約労働者数

労働協約又は就業規則に正社員への転換制度を設けた日の前日時点において、支給対象事業主が直接雇用するすべての有期契約労働者数を記入してください。(日雇労働者は除きます。)

人