

### 【地方拠点強化税制の総括表-2】 移転型の特定業務施設における無期雇用かつフルタイムの雇用保険一般被保険者

1. 移転型の整備計画の認定を受けた特定業務施設に係る名称等

番号(※1) (※1)「雇用促進計画-4」の番号	移転型の特定業務施設の名称	認定を受けた地方活力向上地域等特定業務施設整備計画の計画期間	事業所の住所 令和 年 月 日から令和 年 月 日までのうち 期日
-----------------------------	---------------	--------------------------------	--------------------------------------

2. 1の特定業務施設における雇用促進計画-4の当期の初日の前日又は末日において、期間の定めのない雇用(※2)かつフルタイム雇用(※3)である雇用保険一般被保険者の人数

※2 労働契約法(平成19年法律第128号)第17条第1項に規定する有期労働契約以外の労働契約を締結していること。  
 ※3 短時間労働者及び有期雇用労働者の雇用管理の改善等に関する法律(平成5年法律第76号)第2条第1項に規定する短時間労働者でないこと。

	(1) 当期の初日の前日	(2) 当期の末日
①雇用保険一般被保険者の人数		
②うち期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の人数		

3. 当期において新たに期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者となった、又は該当しなくなった労働者の内訳

番号	① 当期において新たに期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者となった、又は該当しなくなった労働者の氏名	② 当期において新たに期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者となった、又は該当しなくなった理由 (ア:新規採用、イ:転入、ウ:正社員転換、エ:その他増加理由、オ:転出、カ:離職、キ:その他減少理由) 「エ」又は「キ」を選択した場合はその内容	③ ②で選択した期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者数の増減が生じた日付	④ ①に記載した雇用保険一般被保険者に係る雇用保険被保険者番号
1			令和 年 月 日	
2			令和 年 月 日	
3			令和 年 月 日	
4			令和 年 月 日	
5			令和 年 月 日	
6			令和 年 月 日	
7			令和 年 月 日	
8			令和 年 月 日	
9			令和 年 月 日	
10			令和 年 月 日	
11			令和 年 月 日	
12			令和 年 月 日	
13			令和 年 月 日	
14			令和 年 月 日	
15			令和 年 月 日	
16			令和 年 月 日	
17			令和 年 月 日	
18			令和 年 月 日	
19			令和 年 月 日	
20			令和 年 月 日	

⑤	当期において新たに期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者となった人数	②でア～エを選択した人数の計
⑥	当期において期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者に該当しなくなった人数	②でオ～キを選択した人数の計



記入上の注意

この様式は、地域再生法（平成17年法律第24号）第17条の2第1項に規定する地方活力向上地域等特定業務施設整備計画（以下「整備計画」という。）について、同項第1号に掲げる事業（移転型事業）に関する整備計画の認定を受け、「地方拠点強化税制における雇用促進税制」の利用を希望する事業主に提出いただくものです。

「雇用促進計画-4」に記載した移転型の特定業務施設について、「雇用促進計画-4」の「⑤整備計画1期目」から「⑨整備計画5期目」までのうち、当期について記載したB欄及びC欄の人数に対応する期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者が対象となります。次の点に注意して記載してください。

- (1) 「雇用促進計画-4」に記載した移転型の特定業務施設の事業所単位で「地方拠点強化税制の総括表-2」を取りまとめ、労働者の詳細を記載してください。
- (2) この様式の記載に当たっては、当期の末日において「使用者兼務役員及び役員の特典関係者」又は「高年齢被保険者である者」である者は含まないでください。
- (3) 「雇用促進計画-4」に記載した移転型の特定業務施設を一の雇用保険適用事業所とすることができない場合（雇用保険適用事業所非該当承認を受けている事業所を含む。）においては、当該特定業務施設に雇用保険一般被保険者として勤務している全ての期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の労働者を対象として記載してください。なお、この場合、「雇用保険適用事業所番号」欄は、当該特定業務施設が属する雇用保険適用事業所の適用事業所番号を用いて、「\*\*\*\*\*-\*\*\*\*\*-\*の一部」と記載してください。
- (4) 3は、当期中において当該特定業務施設における期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者に変動が生じた場合に、新たに期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者となった者、及び該当しなくなった者について全てを対象に、該当者の氏名（①欄）、理由（②欄）、変動が生じた日（③欄）、雇用保険被保険者番号（④欄）を記載してください。  
（例：当期中に他の事業所から当該特定業務施設に期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者が転勤し、当期の末日においても期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者として当該特定業務施設に勤務している場合は「転入」を選択してください。）
- (5) 3の⑤欄及び⑥欄には、②欄で選択した理由の合計人数を記載してください。また、⑤欄から⑥欄を控除した数と2(1)②の数の合計人数が、2(2)②の当期の末日における期間の定めのない雇用かつフルタイム雇用の雇用保険一般被保険者数に一致することを確認してください。
- (6) 用紙が不足する場合は、（続紙）に記載し、本紙に添付（ホッチキス留め）してください。