通年雇用助成金　**業務転換届**

業様式第１号

(R4.4.1)

添付の対象労働者申告書（業務転換）のとおり届け出ます。

道県労働局

受理印

令和　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　労働局長　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １　届出者 | (1) 事業主 | （※個人事業の場合、屋号等を記入して下さい。） | | | | | | | | | | | | |
| 所在地　 〒　 　－　 　　　 電話番号 　　（ 　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 役職・  （※個人事業の場合、事業主の氏名を記入して下さい。） | | | | | | | | | | | | |
| (2) 代理人・社会保険労務士  （申請者が代理人又は社会保険労務士の場合のみ記入） |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地　 〒　 　－　 　　　 電話番号 　　（ 　　　） | | | | | | | | | | | | |
| ２　事業所 | (1) 名称 |  | | | | | | | | | | | | |
| (2) 所在地 | 〒　　　　　－　　　　　電話番号　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| (3) 雇用保険適用事業所番号 |  |  |  |  | － |  |  |  |  |  |  | － |  |
| (4) 事業の種類（産業分類） | （事業の種類）　　　　　　　　　　　　　（産業分類） | | | | | | | | | | | | |
| ３　申請対象労働者数 | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| １　この業務転換届の提出をもって通年雇用助成金が支給されるわけではありません。申請書の提出後、助成金の支給要件を  満たしていることの審査（実地調査を含む。）を経る必要があります。  ２　本助成金は国の会計検査の対象となることがあります｡そのため､支給決定後であっても必要な書類の提出を求め､実地調査  を行う場合があります｡なお、偽りその他不正行為により支給を受け､又は受けようとした場合､支給金額の全部又は一部を返  還していただくとともに､以後５年間、雇用保険二事業の各種給付金を受けることができなくなります｡また､偽りその他不正  行為の内容如何によっては、刑事告発することもあります。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄  （労働局記入欄） | 局長 | 部長 | 課長 | 課長補佐 | 担当官 | 係長 | 担当 |
|  |  |  |  |  |  |  |

通年雇用助成金　業務転換届の記入について

１　届出者

(1) 法人事業主の法人名、役職・代表者氏名（個人事業主の場合は、屋号等、事業主氏名）、主たる事業所の所在地を記入して下さい。

(2) 代理人が本届を提出する場合は､代理人の氏名､所在地を､社会保険労務士法施行規則第16条第２項又は第１６条の３の規定に基づき社会保険労務士が本届を提出する場合は､｢提出代行者｣又は｢事務代理者｣と記載の上､社会保険労務士の氏名､所在地を記入して下さい。

２　事業所

(1) 本助成金の対象となる事業所の名称を記入して下さい。

(2) 本助成金の対象となる事業所の所在地を記入して下さい。

(3) 本助成金の対象となる事業所の雇用保険適用事業所番号を記入して下さい。

(4)　対象期間中（12月16日～３月15日）に予定される事業所の主たる事業の種類と、それに該当する日本標準産業分類の小分類の番号を記入して下さい。

３　申請対象労働者数

本助成金の対象となる労働者の数を記入して下さい。