

労働局長 殿

人材開発支援助成金（事業展開等リスキリング支援コース） 事業所確認票

事業主：

所在地：

事業所数： _____ 事業所

申請事業所

事業所名	雇用保険適用事業所番号										常時雇用する労働者数	
					-						-	

申請事業所以外の従たる（主たる）事業所

事業所名	雇用保険適用事業所番号										常時雇用する労働者数	
1					-						-	
2					-						-	
3					-						-	
4					-						-	
5					-						-	
6					-						-	
7					-						-	
8					-						-	
9					-						-	
10					-						-	

申請事業所と申請事業所以外の 常時雇用する労働者数の合計	
---	--

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面も両面印刷して使用してください。

【記載上の注意】

- 1 今回の訓練計画に係る事業所及び申請事業所以外の従たる（主たる）事業所をすべて記載してください（雇用保険適用事業所以外の事業所も含む。）。
- 2 事業所が他都道府県にまたがる場合もすべて記載してください。
- 3 記載しきれない場合は、適宜行を追加して記載してください。
- 4 「常時雇用している労働者」とは、2か月を超えて使用される者（実態として2か月を超えて使用される者のほか、それ以外の者であっても雇用期間に定めのない者及び2か月を超える雇用期間の定めのある者を含む。）であり、かつ、週当たりの所定労働時間が、当該事業主に雇用される通常の労働者と概ね同等（現に当該事業主に雇用される通常の労働者の週当たりの所定労働時間が40時間である場合は、概ね40時間である者をいいます。ただし、労働基準法（昭和22年法律第49号）の特例として所定労働時間がいまだに40時間を上回っている場合は、「概ね同等」とは、概ね当該所定労働時間を指す。）である者をいいます。
- 5 記載漏れがあった事業所において、助成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。