様式第6号(2)efg続紙（R6.12.17）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出向期間＝　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日　　　　　支給対象期＝　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日

出向元事業所賃金補填額・負担額等調書（E型・F型・G型）

出向先事業所名称：

出向先事業所住所：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①出向労働者氏名 | ②被保険者番号 | ③被保険者資格が6ヶ月以上の場合☑ | ④出向開始年月日 | ⑤出向終了予定年月日 | ⑥出向労働者が出向しなくなった場合はその理由 | **⑦助成対象**出向元事業主が当該支給対象期の出向労働者に対する賃金として支給した額（円）(c)　　　　支給対象　　　 賃金負担額 |
|  |  | [ ]  |  |  |  |  |
|  |  | [ ]  |  |  |  |  |
|  |  | [ ]  |  |  |  |  |
|  |  | [ ]  |  |  |  |  |
|  |  | [ ]  |  |  |  |  |
|  |  | [ ]  |  |  |  |  |
|  |  | [ ]  |  |  |  |  |
|  |  | [ ]  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　（　　　枚中／　　　枚目）