（リ・融資様式７の別添２－３）

リ・スキリング等教育訓練支援融資に係る賃金確認票（就職後）

○　前職が離職者・在職者の場合で、賃金情報を確認することが困難な場合

令和　　年　　月　　日

申請者氏名		雇用保険被保険者番号					－							－	

本欄は就職先の事業所に記載してもらってください。

１　就職先の事業所の情報

事業所名															
所在地	〒														
電話番号		雇用保険適用事業所番号					－							－	

２　採用後の賃金

月数	賃金支払対象期間	賃金額（円）	備考
1	～		
2	～		
3	～		
4	～		
5	～		
6	～		
7	～		
8	～		
9	～		
10	～		
11	～		
12	～		
計		0円	

上記の記載事実に誤りのないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

事業主氏名

（法人のときは名称及び代表者氏名）

※　記入要領

ア　雇用保険被保険者として１年間継続して雇用した場合であって、雇用保険被保険者として雇用後２年以内で申請者が選択した連続する１年間の賃金を記載してください。

イ　賃金支払対象期間には、賃金締切日（賃金締切日が１暦月中に２回以上ある者については各暦月の末日に最も近い賃金締切日を、日々賃金が支払われる者等定められた賃金締切日のない者については暦月の末日。）の翌日（被保険者となった日の属する月の場合は、被保険者となった日。）から次の賃金締切日までの期間を記載してください。

ウ　賃金支払対象期間は、賃金締切日の翌日から賃金締切日を１月として、連続する12か月分の賃金を記載してください。この12か月は雇用保険被保険者として雇入れから２年以内であれば申請者が自由に選択できます。

エ　賃金額について、賞与などの臨時に支払われる賃金及び３か月を超える期間ごとに支払われた賃金は原則として除外してください。