

(様式第 4 号)

提出日： 年 月 日

労働局長 殿

事業所確認票

事業所名称：

所在地：

事業所数

事業所

| 事業所名 | 雇用保険適用事業所番号 |
|------|-------------|
| 1 | — |
| 2 | — |
| 3 | — |
| 4 | — |
| 5 | — |
| 6 | — |
| 7 | — |
| 8 | — |
| 9 | — |
| 10 | — |
| 11 | — |
| 12 | — |
| 13 | — |
| 14 | — |
| 15 | — |

【注意事項】

- ① : 今回の支給申請に係る事業所以外の従たる（主たる）事業所をすべて記入してください。
- ② : 事業所が他都道府県にまたがる場合もすべて記入してください。
- ③ : 記入しきれない場合は、同様式を複数枚用いて記入してください。
- ④ : 記入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。