

申 立 書

年 月 日

〇〇労働局長 殿

所在地
申請事業主 名 称
代表者役職氏名

人材確保等支援助成金（外国人労働者就労環境整備助成コース）の支給申請に際して、以下の者は、外国人労働者離職率の算定における資格喪失者に該当しない「在留期間の上限を満了したことに伴い母国等に帰国した者」であることを申し立てます。

- 【氏名（ローマ字）】 ●●●●●●●●●●●●●●
- 【氏名（フリガナ）】 ●●●●●●●●●●●●●●
- 【雇用保険被保険者番号】 XXXX－XXXXXX－X
- 【生年月日】 ●●●●●●年●月●日
- 【在留期間の上限を満了した日】 ●●●●●●年●月●日
- 【在留資格】（※ 以下の在留資格から該当するもの 1 つを○で囲ってください。）
- ・ 「特定技能 1 号」
 - ・ 「技能実習」
 - ・ 「医療」 ※ 准看護師の場合
 - ・ 「特定活動（ ）」
※ （ ） 内に活動類型を記入してください。
 - ・ その他（ ）
※ （ ） 内に具体的な在留資格を記入してください。