

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） 定額制サービスによる訓練に関する対象者一覧

【① 訓練コースの名称】

※以下の内容に該当する場合はチェックしてください。

- 以下の定額制サービスによる訓練の受講予定者は全て雇用保険被保険者（雇用契約前の場合は雇用保険被保険者となる予定）であり、訓練実施期間中も雇用保険被保険者である。

上記内容に誤りがない 上記内容に誤りがないことを証明します。

年 月 日

申請事業主の証明

代表者役職名

氏名

No.	② 氏 名	③ 受講回数	④ 雇用形態	
			正規雇用労働者等	有期雇用労働者等
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

【記載上の注意】

- 「①訓練コースの名称」欄は、職業訓練実施計画届（様式第1-1号）と対応した訓練コースの名称を記載してください。
- 「②氏名」欄は、助成対象労働者のフルネームを記載してください。
- 「③受講回数」欄は、1年度（4月1日から翌年3月31日まで）の間において、本助成金の助成対象となる受講者の訓練受講回数を記載してください。なお、同一労働者が1年度の間受講できる受講回数は3回までとなります。
- 「④雇用形態」欄は、助成対象労働者の該当する雇用形態に「○」を記載してください。
- 欄が不足する場合は、様式第4-2号（継紙）に記載し、本紙に添付してください。

