

提出日： 年 月 日

労働局長 殿

**人材開発支援助成金（人への投資促進コース、事業展開リスクリング支援コース）  
定額制サービスによる訓練に関する事業所確認票**

事業主 名 称：

所在地：

訓練コースの名称

事業所数： 事業所

**申請事業所**

事業所の名称	雇用保険適用事業所番号（4桁-6桁-1桁）			対象労働者数
	-	-		

**申請事業所以外の従たる（主たる）事業所**

事業所の名称	雇用保険適用事業所番号（4桁-6桁-1桁）			対象労働者数
1	-	-		
2	-	-		
3	-	-		
4	-	-		
5	-	-		
6	-	-		
7	-	-		
8	-	-		
9	-	-		
10	-	-		

申請事業所と申請事業所以外の  
対象労働者数の合計

※以下の内容に該当する場合はチェックしてください

当該定額制サービスについて、申請事業所以外の従たる（主たる）事業所から支給申請は行いません。

※ ホームページから様式をダウンロードする際は、第2面も両面印刷して使用してください。

**【注意事項】**

- 1 一の定額制サービスにより複数の適用事業所の被保険者が訓練を実施する場合は、原則、主たる適用事業所が、他の適用事業所に係る書類も含めて管轄労働局長に申請を行う必要があります。  
なお、主たる事業所とは、契約した定額制サービスを利用する被保険者数が最も多い事業所をいいます。
- 2 今回の訓練計画に係る事業所及び申請事業所以外の従たる（主たる）事業所をすべて記載してください。
- 3 事業所が他都道府県にまたがる場合もすべて記載してください。
- 4 記載しきれない場合は、適宜行を追加して記載してください。
- 5 「対象労働者数」は、職業訓練実施計画届（様式第1-1号）7欄受講（予定）者数の内数となるように、適用事業所ごとに記載してください。
- 6 記載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。
- 7 同一の定額制サービスの契約に対して、複数の適用事業所から助成金の申請があった場合、不正受給となる可能性があります。