

(様式第 4 号)

提出日：平成 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 2 枚目に記入してください。
- 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。