

令和 年 月 日

阿賀町長 様

申請者 所在地
事業所名
代表者名 ⑩
電話番号

阿賀町雇用確保対策特別助成金交付申請書

次のとおり、阿賀町雇用確保対策特別助成金の交付を申請します。

記

1 交付申請額 円

2 雇用した者の住所及び氏名等

住 所	氏 名	年 齢	採用 区分	前勤務先名 (採用を取り消された事業所名)
阿賀町				
阿賀町				
阿賀町				

3 給付金の振込先

金融機関名	()支店	預金種類	普通・当座
口座番号			
(フリガナ)			
口座名義			

(添付書類)

- ・雇用したことを確認できる書類
- ・パートタイム社員については、「雇用保険被保険者資格取得等確認通知書」等雇用保険に加入したことを確認できる書類