受理印

※

吸収合併、相続、廃止等届

年 月 日

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構

理 事 長 殿

下記事項について届けます。

法 人 番 号

住 所

法人のときは主た

る事務所の所在地

名 称

代表者の役職

代 表 者 名

所在県ｺｰﾄﾞ 職安ｺｰﾄﾞ 整理番号

都道府県名

都道府県名

コード番号

理　　　由　　　　　　　吸収合併　　　　　相続　　　　　　廃止

(フリガナ) 　　 ( )

発生年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

常 用 雇 用　（　　　　年　　　　月　　　　　　　人　）

労 働 者 数

（上記発生日の前

日の人数を記入）

申告申請状況

（直近の申告申請

状況を記入）

　（　　 年度　　　申告 　　申請　 対象外）

記入担当者　　担当部署（　　　　　　　　　　　　　）

担当者名（　　　　　　　　　　　　　）

電話番号（　　　　　　　　　　　　　）

※

※

受理担当者氏名

（　　　　　）

**〒**

様式第１１３号

令和

（注）１　この届は、事業を廃止した場合、合併、分割（事業の全部を承継した場合のみ）、相続、事業の全部の譲り受けがあった場合に届け出てください。

２　該当個所を〇で囲み、記載すべき事項のない欄は、空欄のままとします。

３　理由欄は、2つの事業主が1つの事業主となり、片方の事業主が廃止となる場合は、「吸収合併」を選択してください。

　　個人である事業主が事業の全部を相続した場合は、「相続」を選択してください。

事業を廃止した場合、分割により事業の全部を承継させた場合（分割元である場合）、事業の全部を譲渡した場合は、「廃止」を選択してください。

４　※印欄は記入の必要はありません。

５　個人事業主の場合は、「法人番号」欄に、事業主番号（ハイフンを除いた数字のみ）を左詰めで記入してください。

６　「廃止」を選択した場合は、「被吸収合併企業・被相続人の情報」欄の記載は不要です。

 被吸収合併企業・被相続人の情報

〒 －

住 所

事業主名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

都道府県名　（　　　　　　　）

法人番号

(フリガナ) 　　( 　　　　 )

代表者の役職

都道府県名　（　　　　　　　）

住 所

事業主名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

代表者の役職

法人番号

〒 －

常用雇用労働者数

（発生日の前日の人数）

（　　　　　　　人）

申告・申請状況

（直近の申告申請状況）

（　　　　　年度）

申告　申請　対象外

(フリガナ) 　　( 　　　　 )

常用雇用労働者数

（発生日の前日の人数）

（　　　　　　　人）

申告・申請状況

（直近の申告申請状況）

（　　　　　年度）

申告　申請　対象外

　　　）

　　　）

１ 被吸収合併企業・被相続人の情報を記入してください。個人事業主の場合は、「法人番号」欄に、事業主番号（ハイフンを除いた数字のみ）を左詰めで記入してください。なお、記入欄が不足する場合には写しをとり記入してください。

２ 発生日の前日の常用雇用労働者数、直近の申告申請状況等を記入してください。

３　記入方法

　(1) 吸収の場合（Ａ企業がＢ、Ｃ企業を吸収）

　　　Ａ企業（存続）が、被吸収合併企業の情報としてＢ及びＣ企業（廃止）について記入します。

　(2) 合併（事業の譲受を含む。）の場合（Ａ企業＋Ｂ企業＝Ｃ企業）

　　　Ｃ企業（新規設立）が、関係する企業の状況としてＡ及びＢ企業（廃止)について記入します。