

4 対象労働者雇用状況等申立書

(2 枚中の 1 枚)

様式第 20 号

高齢者雇用安定助成金（高齢者無期雇用転換コース）対象労働者雇用状況等申立書

1	対象労働者雇用事業所の名称（株式会社 井多呂 大阪支社）
2	雇用保険適用事業所番号（2742-567890-1）
3	対象労働者に係る状況 ① 氏名（相田 まり） ② 生年月日・年齢（昭和40年11月7日・年齢：51歳） ③ 雇用保険被保険者番号（5555-333333-2） ④ 雇入れ年月日（平成26年4月1日） ⑤ 転換日（平成29年3月1日） ⑥ 転換後6か月分（通常勤務した日数が11日未満の月は除く）の賃金を支給した最終日（平成29年9月15日） ⑦ 転換前及び転換後において派遣労働者であったかどうか（1 派遣労働者である・2 派遣労働者でない） ⑧ 労働契約法第18条有期労働契約の期間の定めのない労働契約への転換に基づき、労働者からの申込により無期雇用労働者（正規雇用労働者を含む。以下、同じ。）に転換した者に該当するか（1 該当する・2 該当しない） ⑨ 無期雇用労働者として雇用することをあらかじめ約していたかどうか（1 約していた・2 約していなかった） ⑩ 過去3年以内に、当事業主に無期雇用労働者として雇用されていたかどうか（1 雇用されていた・2 雇用されていない）
	対象労働者が離職している場合 ⑪ 離職年月日（平成 年 月 日） ⑫ 喪失原因（離職理由）（1 離職以外の理由・2 3以外の理由・3 事業主の都合による離職）
4	対象労働者の労働条件等 ① 定年制度（1 定年年齢 歳・2 定年制を適用しない・3 定年制なし） ② ①で1の場合、定年後の継続雇用の予定（1 歳まで・2 ない） ③ ①で2の場合、65歳以上まで雇用する見込み（1 ある・2 ない）
5	対象労働者の署名 上記の内容について間違いのないことを確認しました。 平成 29 年 10 月 18 日（本人署名）

⑤の転換日時点の年齢を記入してください

雇用保険被保険者資格取得日と実際の雇入れ日（最初の有期契約で定めた雇入れ日）が異なる場合には、④欄には実際の雇入れ日を記入してください。

対象労働者が直筆で署名してください

上記の記載事項については、いずれも相違ありません。

また、上記対象労働者の雇用状況の確認を機構が行う場合には協力します。

平成 29 年 10 月 18 日

※申請者が代理人の場合、右上欄に代理人の記名押印等を、右下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名を記入（押印不要）してください。

※申請者が社会保険労務士法施行規則第16条2項に規定する提出代行者又は同規則第16条の3に規定する事務代理者の場合、右上欄に事業主の記名押印等を、右下欄に申請者の記名押印等をしてください。

事業主（所在地） 東京都港区青山 3-16-99
又は（名称） 株式会社 井多呂
代理人（氏名） 代表取締役 今田 晴気

事業主（所在地）
又は（名称）
社会保険労務士（氏名）
（提出代行者・事務代理者の表示）

記入上の注意

- 3②欄：転換日における年齢を記入してください。
- 3⑩欄・⑫欄：対象労働者が支給申請日の前日に離職している場合は、「雇用保険被保険者資格喪失確認通知書」に記載の「離職年月日」及び「喪失原因」を転記してください。
- 5欄：すべての欄を記入した後に、記載内容に相違がないことを確認するために、対象労働者本人が直筆で署名をしてください。ただし、自己都合離職、死亡等の場合であって、対象労働者本人が署名、押印できない場合に限り、事業主がその具体的な理由を記載し、署名、押印してください。