（　　枚中の　　枚）

無期様式第8号

65歳超雇用推進助成金（高年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（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　） |
| ２　雇用保険適用事業所番号　　（　　　 　 －　　 　 　　　　－　　 ） |
| ３　対象労働者に係る状況   1. 氏名 　　　　　 （　　　　　　　　　　　　　　 ） 2. 生年月日・年齢　　　 （昭和　 　年 　　月 　　日　・　転換日時点の年齢：　　歳） 3. 雇用保険被保険者番号 （　 　　　－　 　　　　　－　　 ） 4. 雇入れ年月日　　　　 （　　 　　年　 　月 　　日） 5. 転換日　　　　　　 　（　　　 　年 　　月　 　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   （　　 　　年　　 月　 　日）   1. 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）   1. 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）   1. 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）   1. 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 雇用されていなかった） |
| 対象労働者が離職している場合  ⑪　離職年月日　　　　　 （　　　　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 ）   1. ①で 1の場合、定年後の継続雇用の予定 （1 　　　歳まで　・ 2 ない ） 2. 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　対象労働者の確認  上記の内容について間違いのないことを対象労働者に確認しましたか。□はい |

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。

　 令和　 　年　 月　 　日

　　　事業主 　 （所在地）

※申請者が代理人の場合、右上欄に代理人の記載を、右下欄に助成金の支給に係る事業主の住所、名称及び氏名を記載してください。

※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載を、右下欄に申請者の記載をしてください。

　　　又は （名称）

　　　代理人 （氏名）

　　　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

1　３②欄：転換日における年齢を記入してください。

2　３⑪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。平成30年4月1日以降に無期雇用転換計画書を提出した事業主にあっては、当該欄に記載がある場合、対象労働者となりません。

3　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、事業主等から対象労働者本人へ確認をした場合は□はいに、チェック（☑）をしてください。