

様式第2号内訳

6 支給対象労働者等の内訳

	番号	フリガナ 氏名(※1)	転換等された日 における支給対 象労働者の年齢	転換された日における支給対象 労働者雇用事務所(※2)の 名称	転換された日における支給対象労働者 雇用事務所(※2)の住所・連絡先	転換された日における支給対象者 の住所
支給 対象 労働 者	1		歳		(〒 -) 山形県 市・町・村 電話番号 - -	(〒 -) 山形県 市・町・村
	2		歳		(〒 -) 山形県 市・町・村 電話番号 - -	(〒 -) 山形県 市・町・村
	3		歳		(〒 -) 山形県 市・町・村 電話番号 - -	(〒 -) 山形県 市・町・村
	4		歳		(〒 -) 山形県 市・町・村 電話番号 - -	(〒 -) 山形県 市・町・村
	5		歳		(〒 -) 山形県 市・町・村 電話番号 - -	(〒 -) 山形県 市・町・村
	6		歳		(〒 -) 山形県 市・町・村 電話番号 - -	(〒 -) 山形県 市・町・村
	7		歳		(〒 -) 山形県 市・町・村 電話番号 - -	(〒 -) 山形県 市・町・村
	8		歳		(〒 -) 山形県 市・町・村 電話番号 - -	(〒 -) 山形県 市・町・村
キャリア アップ 助成金 支給申 請の結 果 対象外 となっ た労働 者	1		歳			
	2		歳			

※1 転換された日から対象労働者の姓が変更になっている場合には、変更後の姓で記入し、転換時の姓を()書きで記入。

※2 支給対象労働者雇用事務所は、雇用保険適用事業所ではなく、支給対象労働者が勤務する事務所の名称、住所及び連絡先を記入。

※3 適宜、欄を挿入し該当労働者を漏れなく記入。

確認事項	上記労働者にかかる詳細については、別添キャリアアップ助成金申請様式及び支給決定の内容と おりである。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
------	---	--