

守山市障害者入所施設等職員就職支援事業補助金在籍報告書

年 月 日

守山市長 あて

障害者入所施設等 所在地

名称

代表者職・氏名

電話番号

担当者名

守山市障害者入所施設等職員就職支援事業補助金交付要綱第12条の規定に基づく在籍報告のため、下記の事項について相違ないことを証明します。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
雇用した者の氏名			
職 種			
雇用開始年月日	年 月 日		
雇用経過年月日	年 月 日	年経過	
現在の状況	雇用継続中 または 年 月 日退職		
雇用条件確認	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当	1週間の勤務時間が1年を平均して35時間以上または1か月の勤務時間が140時間を超える雇用条件である(であった。)	
長期休暇確認※	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当	年 月 日から 年 月 日まで (合計 日間)	

※勤務期間の中で1週間以上の長期休暇があった場合に、該当欄にチェックおよびその期間について記入してください。