様式第6号（第9条関係）

年　　　月　　　日

　　南伊勢町長　　　　　　　　　様

所在地

名称

代表者職・氏名

電話番号

南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金実績報告書

年　月　日付け、南高第　号で交付決定を受けた南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金について、対象雇用者の雇用の日から6ヶ月を経過したので、南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金交付要綱第9条の規定により、必要書類を添えて報告します。

必要書類

　(1)　南伊勢町福祉・介護サービス事業所等の職員新規雇用補助金在籍証明書（様式第7号）

（2） 対象雇用者の雇用の日から6ヶ月間の出勤状況等が分かる書類

　(3)　その他町長が必要と認める書類