様式第7号（第9条・第12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在籍証明書

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・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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 雇用対象者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 勤務施設 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 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 　　　又は 　　　 年 　 月 　日退職 |
| 職　種 |  |
| 雇用条件確認 | □該 当□非該当 | １週間の勤務時間が１年を平均して20時間を超える雇用条件である。 |
| 長期休暇確認※ | □該 当□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。