様式第５号（第６条関係）

長泉町がん患者就業雇用奨励金雇用状況報告書

年　　月　　日

長泉町長　　　　　　　　様

所在地

事業所名

代表者名

長泉町がん患者就業雇用奨励金交付要綱第６条の規定に基づき、下記のとおり雇用状況を報告します。

記

１　対象者の勤務実績（報告日現在で記入。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 雇入・復職年月日 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 奨励金種別（該当する者に○） | 採用奨励金　　・　　雇用継続奨励金 |
| 対象者の勤務実績 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで週平均所定内実労働時間　　　　時間（小数点第２位まで記入）（雇入れ時又は復職時の週所定労働時間　　　　時間） |
| 給与支給日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 | 月　日 |
| 賃金計算期間(労働時間計算期間) | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ | ～ |
| 月間所定内実総労働時間数 | ｈ | ｈ | ｈ | ｈ | ｈ | ｈ |
| 対象者への月ごとの賃金支払額（控除前の額） | 　年　月分 | 　年　月分 | 　年　月分 | 　年　月分 | 　年　月分 | 　年　月分 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

２　担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 担当者所属 |  | 担当者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |