

業務改善助成金交付決定報告書

平成 年 月 日

山形県知事 殿

事業場 所在地
 名 称
 代表者職氏名 印
 代理人 所在地
 氏 名 印

- 1 業務改善助成金交付決定年月日 年 月 日
- 2 賃金引上げ労働者は以下の支給要件を満たす者である。(ご確認のうえ該当する場合□に✓してください)
- 賃金引上げが行われる時点において雇入れ後6月を経過している
 - 山形県業務改善奨励金支給要綱で定める要件を満たしている
- ※全て満たす場合に山形県業務改善奨励金の支給対象労働者となります

3 添付書類確認表 (提出書類を確認のうえ確認欄の□に✓を入れてください)

提出書類	確認欄
業務改善助成金交付決定報告書 (様式第 1 号)	<input checked="" type="checkbox"/>
業務改善助成金交付決定通知書の写し	<input type="checkbox"/>
業務改善助成金交付申請書の写し	
業務改善助成金 様式第 1 号	<input type="checkbox"/>
業務改善助成金 様式第 1 号 別紙 1	<input type="checkbox"/>
業務改善助成金 様式第 1 号 別紙 2	<input type="checkbox"/>

※添付漏れがある場合は受け付けられませんので、確認のうえ提出してください。

3 働き方改革推進アドバイザー (社会保険労務士) の派遣について (常用雇用 100 人未満の企業に限る)

働き方改革推進アドバイザーの派遣を希望する場合は右欄□に✓を記入してください。 □希望する

※ 働き方改革推進アドバイザー (社会保険労務士) は、長時間労働の抑制や多様な正社員制度の導入、非正規雇用労働者の処遇改善の推進、労働者を支援するための法制度の周知啓発を行います。

担 当	部 署 名	
	職 名	
	氏 名	
	連 絡 先	