

様式第2号内訳

7 支給対象労働者等の内訳

	番号	フリガナ 氏名(※1)	転換等された日 における支給対 象労働者の年齢	転換された日における支給対象 労働者雇用事務所(※2)の 名称	転換された日における支給対象労働者 雇用事務所(※2)の住所・連絡先	転換された日における支給対象者 の住所
支給 対象 労働 者	1		歳		(〒 - ) 山形県 市・町・村  電話番号 - -	(〒 - ) 山形県 市・町・村
	2		歳		(〒 - ) 山形県 市・町・村  電話番号 - -	(〒 - ) 山形県 市・町・村
	3		歳		(〒 - ) 山形県 市・町・村  電話番号 - -	(〒 - ) 山形県 市・町・村
	4		歳		(〒 - ) 山形県 市・町・村  電話番号 - -	(〒 - ) 山形県 市・町・村
	5		歳		(〒 - ) 山形県 市・町・村  電話番号 - -	(〒 - ) 山形県 市・町・村
	6		歳		(〒 - ) 山形県 市・町・村  電話番号 - -	(〒 - ) 山形県 市・町・村
	7		歳		(〒 - ) 山形県 市・町・村  電話番号 - -	(〒 - ) 山形県 市・町・村
	8		歳		(〒 - ) 山形県 市・町・村  電話番号 - -	(〒 - ) 山形県 市・町・村
キャリア アップ 助成金 支給申 請の結 果 対象外 となっ た労働 者	1		歳			
	2		歳			

※1 転換された日から対象労働者の姓が変更になっている場合には、変更後の姓で記入し、転換時の姓を( )書きで記入。

※2 支給対象労働者雇用事務所は、雇用保険適用事業所ではなく、支給対象労働者が勤務する事務所の名称、住所及び連絡先を記入。

※3 適宜、欄を挿入し該当労働者を漏れなく記入。

確認事項	上記労働者にかかる詳細については、別添キャリアアップ助成金申請様式及び支給決定の内容とおりである。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
------	---	--