



緊急就労支援事業 助成金請求書

令和 年 月 日

長野県社会福祉協議会長 様

法人・事業所名 _____

代表者名 _____ 印 _____

緊急就労支援事業について、下記のとおり助成金を請求します。

受入事業所 名称	(フリガナ)				
住所及び 連絡先	(〒 —)				
	電話		FAX		
担当者の氏名	(フリガナ)				
	電話		E-MAIL		
雇用者名		就労内容			
雇用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで				
助成対象期間	雇用開始日から2か月間				
助成対象期間 の就労時間	<input type="checkbox"/> 時給の場合 (計 時間) <input type="checkbox"/> 日給の場合 (計 日) <input type="checkbox"/> 月給の場合 (計 月) →日割りの有無 (有 無)				
助成対象期間 の賃金額	計	円	支払方法	<input type="checkbox"/> 振込み <input type="checkbox"/> 現金払い <input type="checkbox"/> その他	
請求金額	円 (支払金額の2/3:小数点以下切捨て)				
助成金 振込先	金融機関名	支店名	口座 種別	口座 番号	口座名義 (カタカナ)
			普通 当座		
備考					

※賃金の支払い明細書等の写しを添付してください。