別記様式１号(第７条関係)

令和　　年　　月　　日

井　川　町　長　様

(申請者)

住　　　所

事業所名

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号　（　　　　）　　　－

井川町従業員雇用維持支援事業支援金交付申請書

井川町従業員雇用維持支援事業支援金交付要綱第７条の規定により、関係資料を添えて、下記のとおり申請します。

記

１　申請者名・住所

　　（フリガナ）

　　申請者名

　　　　　　　　〒

　　住　　所

２　事業所の基礎情報　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合）

（１）名　　　称　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人番号　　　　　　　　　　）

（２）所　在　地　〒０１８－

井川町

（３）業　　　種　　　　　　　　　　（４）設立年月日　　　　年　　　月　　　日

（５）従業員数　　　　　　　　　人　（詳細を「従業員数確認表」に記載する）

３　支援金交付申請額

　　　　　　　　　　　　　　　円　従業員数　　人×30,000円（上限900,000円）

４　添付書類

（１）井川町事業継続支援金の交付決定通知書の写し

（２）雇用保険被保険者資格取得等確認通知書及び、勤務状況が確認できる書類

（３）井川町従業員雇用維持支援事業支援金申請書に係る誓約書（別記様式２号）

（４）従業員数確認表（別記様式３号）