

(表 面)

令和 年 月 日

あきる野商工会長 様

申請者

【法人】本店所在地	
【個人事業主】住所地	
市内の事業所所在地	あきる野市
企業名又は屋号	
氏名又は代表者名	印
担当者名	
電話番号	

## 事業者雇用継続給付金申請書兼請求書

事業者雇用継続給付金を受けたいので、誓約書（別紙2）に同意した上で、関係書類を添えて下記の通り申請し、給付金を請求します。

記

### 1. 申請者情報

申請区分	主な業種	従業員数	資本金 (法人のみ)
<input type="checkbox"/> 法人 <input type="checkbox"/> 個人事業主		人	万円

### 2. 新型コロナウイルス感染症により、影響を受けていること

(該当項目にチェックをしてください。※複数可)

- 売上の減少                       費用負担の増加                       資金繰りの悪化  
 材料等の調達難                       人件費負担の増加  
 その他支障をきたしていること ( )

### 3. 雇用保険被保険者数

令和3年4月1日以前より申請日現在まで、継続してあきる野市内の事業場として登録している事務所または事業所等で雇用している雇用保険被保険者の数。

人 【A】

※上記人数分の被保険者証明書類が必要となります。

### 4. 申請（請求）額 ※ 雇用保険被保険者1人につき10,000円支給。

金額 (右詰めで記入)				
		0	0	00円

↑ 【A】 × 10,000円

(裏面)

5. 振込先指定口座 (申請者名義のもの)

振込先金融機関名	本・支店名	金融機関・支店コード	種目	口座番号 (右詰めで記入)
銀行・信用金庫	本店			
信用組合・農協	支店 出張所			
口座名義人 (カタカナ) 30文字まで				

\* 種目: 預金種目は、次のコードを記入願います。 1: 普通、2: 当座、4: 貯蓄

ご注意

- ・振込先の口座は申請者ご本人の口座に限ります。(法人の場合は申請法人の口座に限ります。)
- ・口座名義人は正確にカタカナでご記入下さい。

6. 連絡先電話番号

種別	電話番号	担当者名
<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他	( )	

※日中、連絡可能な電話番号をご記入下さい。

7. 添付書類チェックリスト (詳細については概要の添付書類にてご確認下さい。)

- (1) 事業を営んでいることが確認できる書類 ※1
- (2) 雇用保険に加入していることを証明する書類 ※2
- (3) 被保険者を証明する書類 ※2
- (4) 登記簿謄本 (法人のみ) ※1
- (5) 代表者の本人確認書類 (運転免許書の写し等) ※1
- (6) 口座確認書類
- (7) 申請書兼請求書 [別紙1] (本紙)
- (8) 誓約書 [別紙2]
- (9) (法人) 市民税の納税証明書 (注: 必要な事業者のみ)
- (10) 市内に事業場があることを証明する書類等 (注: 必要な法人のみ)
- (11) 住所地の非課税証明書。添付できない事業者は、市内に事業場があることを証明する書類等 (注: 必要な個人事業主のみ)

※1 当会会員事業所については、省略することが可能です。

※2 当会事務組合に労働保険を委託している事業者については、省略することが可能です。