

鯖江市長 殿

所在地
申請者 名称
代表者名

鯖江市介護短時間勤務等支援事業助成金交付申請書

下記の者に係る介護短時間勤務等支援事業助成金を交付されたく、鯖江市介護短時間勤務等支援事業助成金交付要綱第 4 条の規定により関係書類を添えて申請します。

記

1 交付申請額 円

2 事業所

事業所名			
業種		従業員数	
市内事業所の所在地			
実施根拠	労働協約	就業規則	

3 対象従業員

氏名		雇入日	年月日
介護休業の利用期間	開始日:	年 月 日	
	終了(予定)日:	年 月 日	
介護短時間勤務の利用期間	開始日:	年 月 日	
	終了(予定)日:	年 月 日	
要介護者の氏名		生年月日	年月日
本人確認欄	上記については記載のとおりです。		
	所属	氏名	㊟

4 添付書類

- ・ 労働協約または就業規則の写し
- ・ 対象従業員が提出した介護短時間勤務制または介護休業制度の利用申出書の写し
- ・ 対象従業員が介護短時間勤務制度または介護休業制度を利用したことが確認できる書類（タイムカード等）
- ・ 介護短時間勤務制度または介護休業制度の利用前と比べて基本給、諸手当、賞与の水準・基準等が同等以上であることが確認できる書類（賃金台帳等）
- ・ 対象従業員の介護する家族が要介護者であることが確認できる書類
- ・ 定款
- ・ 市税に係る納税証明書（滞納なし証明）