

男性の介護支援奨励金交付申請書

（宛先） 港区長

会社名

所在地

代表者名

印

港区中小企業男性の介護支援奨励金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。また、過去に港区中小企業男性の介護支援奨励金を交付されたことはありません。当社は、暴力団又は暴力団若しくはその構成員の統制下にある者との関係は一切ありません。

事業主	①	業種（○で囲む。）	小売業（飲食店を含む。）・サービス業・卸売業・その他			
	②	資本の額又は出資の総額	円			
	③	常時雇用する従業員数	人			
事業に係る	①	名称				
	②	所在地	港区			
	③	雇用保険適用事業所番号				
対象従業員	①	雇用保険被保険者番号		②	雇用保険の被保険者となった年月日	年 月 日
		③	氏名			
	④	取得した制度及び期間（該当する項目1つに記入）	介護休業	年 月 日～ 年 月 日		
			介護休暇	1日目	年 月 日	
				2日目	年 月 日	
3日目	年 月 日					
	介護短時間勤務	年 月 日～ 年 月 日				
⑤	介護対象家族の氏名及び対象従業員との続柄	( )				
本確認	人認	上記①から⑤までについては、記載のとおりです。				
		所属	署名	印		

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_