

企業の魅力アップ奨励金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

福 島 県 知 事

所 在 地

名 称

代表者職・氏 名

企業の魅力アップ奨励金の交付を受けたいので、福島県企業の魅力アップ奨励金交付要綱第9条の規定に基づき、次のとおり申請します。

対 象 取 組	働き方改革支援コース（介護休業の取得促進） ア 5日以上1か月未満 イ 1か月以上 （どちらかに○をつけること）				
介護休業取得労働者の状況	フリガナ氏名				
	介護休業の対象となった家族	氏名	フリガナ	続柄	
	介護休業取得期間①	計 日間	日間（ 年 月 日～ 年 月 日） 日間（ 年 月 日～ 年 月 日）		
	介護休暇取得日数②	計 日間	日間（ 年 月 日～ 年 月 日）		
	合計日数③（①＋②）	合計 日間			
	職場復帰日	年 月 日			
振込先	金融機関名・支店名				
	口座の種類・番号	当座・普通			
	口座名義（カタカナ記入）				
担当者	部署・役職名				
	氏名（フリガナ）				
	電話番号				
	メールアドレス				

添付書類

- （1）雇用保険適用事業所設置届（事業主控）の写し
- （2）会社案内又は会社概要（ホームページの写し可）
- （3）対象となる労働者の介護休業期間の確認ができる書類の写し（介護休業決定通知、介護休業給付金支給決定通知書等）
- （4）対象となる労働者の職場復帰状況の確認ができる書類の写し（出勤簿等）
- （5）就業規則の写し及び育児・介護休業規程等の写し
- （6）奨励金振込先口座の通帳の写し（口座番号・口座名義が確認できるもの）
- （7）その他知事が必要と認める書類