

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（介護短時間勤務の取得促進）			
取得介護短時間勤務 労働者の状況	フリガナ 氏 名				
	介護休業の対象となつた家族	氏 名	フリガナ	続柄	
	介護短時間勤務 取得期間	計 日間	日間（ 年 月 日） 日間（ 年 月 日） 日間（ 年 月 日）	～ 年 月 日） ～ 年 月 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短時間勤務期間の確認ができる書類の写し（介護短時間勤務決定通知等）
- (4) 対象となる労働者の介護短時間勤務期間の開始及び終了が確認できる書類の写し（出勤簿、タイムカード等）
- (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