

様式第2号内訳

5 支給対象労働者等の内訳

	番号	(フリガナ) 氏名(※1)	転換等された日 における支給対 象労働者の年齢	転換された日における支給対象 労働者雇用事務所(※2)の 名称	転換された日における支給対象労働者 雇用事務所(※2)の住所・連絡先	転換された日における支給対象者 の住所
支給 対象 労働 者	1	( )	歳		(〒 - ) 鶴岡市 電話番号 - -	(〒 - ) 鶴岡市
	2	( )	歳		(〒 - ) 鶴岡市 電話番号 - -	(〒 - ) 鶴岡市
	3	( )	歳		(〒 - ) 鶴岡市 電話番号 - -	(〒 - ) 鶴岡市
	4	( )	歳		(〒 - ) 鶴岡市 電話番号 - -	(〒 - ) 鶴岡市
	5	( )	歳		(〒 - ) 鶴岡市 電話番号 - -	(〒 - ) 鶴岡市
	6	( )	歳		(〒 - ) 鶴岡市 電話番号 - -	(〒 - ) 鶴岡市
	7	( )	歳		(〒 - ) 鶴岡市 電話番号 - -	(〒 - ) 鶴岡市
	8	( )	歳		(〒 - ) 鶴岡市 電話番号 - -	(〒 - ) 鶴岡市
キャリア アップ 助成金 支給申 請の結 果 対象外 となっ た労働 者	1		歳			
	2		歳			

※1 転換された日から対象労働者の姓が変更になっている場合には、変更後の姓で記入し、転換時の姓を( )書きで記入。  
 ※2 支給対象労働者雇用事務所は、雇用保険適用事業所ではなく、支給対象労働者が勤務する事務所の名称、住所及び連絡先を記入。  
 ※3 適宜、欄を挿入し該当労働者を漏れなく記入。