

雇用調整助成金 支給申請書

事業所管轄 労働局長 殿

令和 3 年 2 月 18 日

雇用調整助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。
 今回の申請書一式の記載内容について偽りのないことを誓約し、労働局・安定所が確認のため問い合わせた場合は協力します。

1 申請する 事業主	会社などの名称	株式会社 ○○			
	代表者役職・氏名	代表取締役 ○○ ○男			
	住所 〒	854 - 1122			
	長崎県諫早市幸町4-×				
	※代理人又は社会保険労務士（提出代行者・事務代理人）の方は、裏面に記入欄があります。				
	申請担当者 氏名	○○ ○美	連絡の取れる電話番号	0957 - 22 - 123×	
2 休業した 事業所 <input checked="" type="checkbox"/>	店舗などの名称	居酒屋 ○○			
	住所 〒	854 - 1122	電話番号	0957 - 22 - 123×	
	長崎県諫早市幸町4-×				
	雇用保険適用事業所番号	4203 - 10200×	- 9		
3 振込先 口座 ※初回の 申請及び変 更があった 場合のみ	金融機関名	○○銀行		金融機関コード（4桁）	○○○○
	支店名	諫早支店		支店コード（3桁）	○○○
	口座名義	○○○○			
	フリガナ	マルマルマルマル			
	口座の種類	普通	口座番号	126×××	

4（経済上の理由に該当するかについて教えてください。）※初回の申請のみ

経済上の理由	新型コロナウイルス感染症の影響により、売上げ・生産量などが5%以上（3月31日までに実施した休業について申請する方は10%以上）減少しましたか。	(はい)
--------	--	--------

5（「休業実績一覧表」から、以下のことを確認してください。）

対象期間（始期） 令和 3 年 1 月 1 日

休業の規模	今回の支給申請する1か月間（判定基礎期間）において、従業員2人あたり1日以上休業しましたか。	(はい)
雇用の維持	令和2年1月24日～判定基礎期間の末日まで解雇等（※1）していませんか。また、判定基礎期間の末日時点で雇用が維持されていますか（※2）。	(はい)
助成額の計算	支給申請する1か月間（判定基礎期間） 令和 3 年 1 月 1 日 ~ 令和 3 年 1 月 31 日	
	a. 休業手当額 × 助成率	
	休業手当の合計額 166,200 円 × 100 % = 166,200 円 <small>「休業実績一覧表」の⑤欄</small>	助成率 <small>「雇用の維持」欄が「はい」の場合は100%、「いいえ」の場合は80%です</small>
	b. 上限日額 × 休業延べ日数	
	15,000（上限日額） 円 × 30 日 = 450,000 円 <small>「休業実績一覧表」の⑦欄</small>	休業延べ日数 <small>「休業実績一覧表」の⑦欄</small>
a か b のいずれか低い額を右の欄に記入 →		助成予定額 166,200 円

以下は、労働局・ハローワークのための欄なので、記入不要です。

※労働局 処理欄	●助成金支給番号					●支給決定年月日	年	月	日
	労働局 決裁欄	(局長)	(部長)	(課長)	(補佐)	(係長)			
※安定所 処理欄	区分	[A]判定基礎期間 助成対象休業延日数	[B]判定基礎期間 暦月末日対象労働者数	[C] [A]÷[B]	旧上限額 まで	166,200	円		
	休業助成金	人・日	人	日	旧上限額 超過	0	円		
	[F]支給判定金額	(休業)					円		
	安定所 決裁欄	(所長)	(部長・次長)	(課長・統括)	(上席・係長)	(職業指導官)	(担当)		